

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**PROCESSO DE TRABALHO DO SUPERVISOR CLÍNICO-
INSTITUCIONAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS) NA PERCEPÇÃO DOS SUPERVISORES**

Dissertação de Mestrado

Gilson Mafacioli da Silva

**Santa Maria, RS
Dezembro/2010**

**PROCESSO DE TRABALHO DO SUPERVISOR CLÍNICO-
INSTITUCIONAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS) NA PERCEPÇÃO DOS SUPERVISORES**

por

Gilson Mafacioli da Silva

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, Área de Concentração: Psicologia da Saúde da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS)
como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck

**Santa Maria, RS, Brasil
2010**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A Comissão, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

PROCESSO DE TRABALHO DO SUPERVISOR CLÍNICO-INSTITUCIONAL NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA PERCEPÇÃO DOS
SUPERVISORES

elaborada por

GILSON MAFACIOLI DA SILVA

como requisito parcial para a obtenção de

Mestre em Psicologia

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck


Prof. Dra. Ana Cristina Figueiredo


Prof. Dra. Analice Palombini


Prof. Dra. Marta Conte

Santa Maria, 13 de dezembro de 2010.

AGRADECIMENTOS

A todos que me deram a oportunidade de ir muito mais longe do que eu achei que poderia.

A Deus, Carmem, mãe, pai, Valkíria, Silvio, Henrique, Estela, Martin, Dóris, Rodrigo, Luísa, Augusta, Lurdes, Ligia, Cláudia, Lisiane, Mário, Carol, Volnei Janine, Djennifer, Bibiana, Ana Cristina, Analice, Marta, Fernanda, Taís, Karen, Ângela, Luciane, Juliana, Rosangela, Márcia, Rose, Edelweiss e tantos outros!!

Hoje eu preciso te abraçar...
Pra esquecer os meus anseios e dormir em paz!
Hoje eu preciso ouvir qualquer palavra tua!
Qualquer frase exagerada que me faça sentir alegria...
Em estar vivo (Composição: Fernanda Mello e Rogério Flausino)

Diariamente

Marisa Monte

Composição: Nando Reis

Para calar a boca: rícino
 Pra lavar a roupa: omo
 Para viagem longa: jato
 Para difíceis contas: calculadora
 Para o pneu na lona: jacaré
 Para a pantalonina: nesga
 Para pular a onda: litoral
 Para lápis ter ponta: apontador
 Para o Pará e o Amazonas: látex
 Para parar na Pamplona: Assis
 Para trazer à tona: homem-rã
 Para a melhor azeitona: Ibéria
 Para o presente da noiva: marzipã
 Para Adidas: o Conga nacional
 Para o outono, a folha: exclusão
 Para embaixo da sombra: guarda-sol
 Para todas as coisas: dicionário
 Para que fiquem prontas: paciência
 Para dormir a fronha: madrigal
 Para brincar na gangorra: dois
 Para fazer uma touca: bobs
 Para beber uma coca: drops
 Para ferver uma sopa: graus
 Para a luz lá na roça: duzentos e vinte volts
 Para vigias em ronda: café
 Para limpar a lousa: apagador
 Para o beijo da moça: paladar
 Para uma voz muito rouca: hortelã
 Para a cor roxa: ataúde
 Para a galocha: Verlon
 Para ser "mother": melancia
 Para abrir a rosa: temporada
 Para aumentar a vitrola: sábado
 Para a cama de mola: hóspede
 Para trancar bem a porta: cadeado
 Para que serve a calota: Volkswagen
 Para quem não acorda: balde
 Para a letra torta: pauta
 Para parecer mais nova: Avon
 Para os dias de prova: amnésia
 Para estourar pipoca: barulho
 Para quem se afoga: isopor
 Para levar na escola: condução
 Para os dias de folga: namorado

*Para o automóvel que capota: guincho
Para fechar uma aposta: paraninfo
Para quem se comporta: brinde
Para a mulher que aborta: repouso
Para saber a resposta: vide-o-verso
Para escolher a compota: Jundiaí
Para a menina que engorda: hipofagin
Para a comida das orcas: krill
Para o telefone que toca
Para a água lá na poça
Para a mesa que vai ser posta
Para você, o que você gosta:
Diariamente.*

Alguns conhecimentos ao se constituírem como novos, não se inscrevem nem na tradição e nem no moderno, mas direta ou indiretamente, estabelecem diálogos com um ou com o outro.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

PROCESSO DE TRABALHO DO SUPERVISOR CLÍNICO-INSTITUCIONAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA PERCEPÇÃO DOS SUPERVISORES

Autor: Gilson Mafacioli da Silva

Orientador: Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck

Data e Local de defesa: Santa Maria, 13 de dezembro de 2010.

RESUMO

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo descrever e analisar o processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Rio Grande do Sul, na percepção destes trabalhadores, selecionados de acordo com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para o ofício de supervisor e que está sustentada pela portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005. O presente estudo teve como método a pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Os participantes que compuseram a população estudada foram os supervisores clínico-institucionais do Rio Grande do Sul, selecionados a partir do edital de Supervisão Clínico-Institucional de CAPS e Redes de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde. Esta população foi composta por 10 participantes, os quais foram sorteados, levando em consideração a formação profissional com o objetivo de dar proporcionalidade e amplitude aos dados. Teve como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação não participante. O material coletado foi trabalhado com base na análise temática, possibilitando a construção de três eixos temáticos para a melhor compreensão da leitura dos dados. Eixo 1: a dinâmica do processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais, no qual foram agregados aspectos relativos a este processo, incluindo percepções acerca deste trabalho como a função do supervisor em relação às equipes e as ferramentas/instrumentos que possibilitaram suas ações. Entre eles, destacaram-se a construção de espaços de

escuta e de fala; a problematização das questões do cotidiano das equipes; a construção coletiva dos casos clínicos; a leitura de textos e a experiência profissional pautados pela presença da transferência de trabalho. No Eixo 2, destacaram-se os fatores facilitadores e dificultadores do processo de supervisão clínico-institucional. Dentre os fatores facilitadores destacou-se a experiência de trabalho em saúde coletiva e dentre os fatores dificultadores identificou-se a precarização das relações no trabalho. No eixo 3, desafios, perspectivas e sugestões para a supervisão clínico-institucional percebeu-se que os maiores desafios estão relacionados à implantação e efetividade das Políticas Públicas. No que tange às perspectivas evidenciou-se a ampliação desta proposta para as demais instituições da rede, e entre as sugestões, o prolongamento do tempo de supervisão. O estudo possibilitou elencar algumas recomendações, e não prescrições, à realização deste trabalho.

Palavras-chave: processo de trabalho, supervisão clínico-institucional, CAPS, saúde mental, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Master's Thesis
Post graduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

THE WORKING PROCESS OF THE CLINICAL-INSTITUTIONAL SUPERVISOR IN THE PSYCHOSOCIAL HEALTH CARE CENTERS (CAPS) FROM THE PERCEPTION OF THE SUPERVISORS

Author: Gilson Mafacioli da Silva

Advisor: Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Date and Place of defense: Santa Maria, December 13, 2010.

This master's thesis had as its aim to describe and analyze the working process of the clinical-institutional supervisors of Psychosocial Health Care Centers (CAPS) in Rio Grande do Sul, from the perception of such workers, who are selected according to the Mental Health Care Coordination of the Health Ministry to perform as supervisors, which is supported by the government directive number 11174/GM of July 7, 2005. The method of such study was an exploratory and descriptive research, with a qualitative approach. Clinical-institutional supervisors of Rio Grande do Sul composed the population under study and were selected from the Clinical-Institutional Supervision of CAPS and Psychosocial Health Care Networks edict of the Health Ministry. Such population was composed by 10 participants, and were sorted out taking into consideration the professional field, enabling data to be proportional and wide in its range. Data collection consisted of semi-structured interviews and non-participant observations. Data collected was analyzed through thematic analysis, enabling the emergence of three thematic axis, that made possible to widen the understanding of such data. Axis 1: dynamics of the working process of the clinical-institutional supervisors, that contained aspects related to such process, including perceptions about the work, such as the task of the supervisor concerning the staff, and the devices/instruments that enabled his actions. Among them, the construction of spaces of listening and talking; the problematization of daily questions of the staff; the collective construction of clinical cases; reading of texts and the professional experience based on the transference at work were highlighted. Axis 2

contained facilitating factors and obstacles regarding the process of clinical-institutional supervision. Among facilitating factors, the working experience in collective health was highlighted, and among the obstacles, the precarization of the relationships at work was cited. Axis 3 approached challenges, perspectives and suggestions for the clinical-institutional supervision and the greatest challenges were perceived as related to the implantation and effectiveness of Public Policies. Concerning the perspectives, widening of such proposal to other institutions of the network was evidenced and as regards suggestions, the extension of the supervision period was pointed out. Thus, such study enabled to list some recommendations, and not prescriptions, to the accomplishment of this task.

Keywords: working process, clinical institutional supervision, CAPS, mental health, Psychiatric Reform

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

A Comissão, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**PROCESSO DE TRABALHO DO SUPERVISOR CLÍNICO-INSTITUCIONAL NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA PERCEPÇÃO DOS
SUPERVISORES**

elaborada por

GILSON MAFACIOLI DA SILVA

como requisito parcial para a obtenção de

Mestre em Psicologia

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Carmem Lúcia Colomé Beck

Profª. Drª. Ana Cristina Figueiredo

Profª. Drª. Analice Palombini

Profª. Drª. Marta Conte

Santa Maria, 13 de dezembro de 2010.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo Geral	19
1.2 Objetivos Específicos	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
3 MÉTODO	36
3.1 Tipo de estudo	36
3.2 Participantes do estudo	37
3.3 Técnicas de coleta de dados	38
3.4 Organização e análise dos dados	40
3.5 Cuidados éticos com a pesquisa	40
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
4.1 Eixo 1- A dinâmica do processo de trabalho dos supervisores clínico- institucionais	44
4.2. Eixo 2- Fatores facilitadores e dificultadores da supervisão clínico- institucional	77
4.3. Eixo 3- Desafios, perspectivas e sugestões para a supervisão clínico- institucional	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	100

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A- Ficha de dados sociodemográficos dos supervisores clínico-institucionais	101
APÊNDICE B- Roteiro para entrevista semiestruturada	102
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
ANEXO D- Termo de Confidencialidade	105

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação está vinculada ao Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” e está inserido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM.

Recebi o título de especialista em Psiquiatria no final do ano de 2002, ano que coincide com a publicação da portaria que implanta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste momento, tinha apenas noções quanto ao trabalho em Saúde Pública, adquiridas por interesse próprio e junto a alguns colegas. Participei de seminários que ocorreram durante a residência médica, junto a uma orientadora que desempenhava sua função como psiquiatra de um CAPS, sendo que esse tema tornou-se um dos focos das nossas discussões. Desde então, comecei a participar de cursos e eventos que contemplassem estas questões.

Iniciei minha atividade profissional como psiquiatra no posto de saúde do município de Nova Palma (cidade com seis mil habitantes, a 70 km de distância de Santa Maria) onde comecei meu trabalho “em equipe”, junto com uma técnica de enfermagem que trabalhava acompanhando os pacientes portadores de sofrimento psíquico. Tal profissional já desempenhava esta função por interesse particular e era referência nesse município por trabalhar com os “loucos” da cidade. Senti satisfação ao perceber que este trabalho poderia ser realizado de forma compartilhada e com corresponsabilização. Minha experiência de trabalho em equipe, até este período, estava alicerçada na unidade psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria. Tinha interesse em escutar a opinião dos colegas da enfermagem da unidade, pois eram os trabalhadores que tinham contato direto com os pacientes que eu acompanhava e que poderiam trazer informações, possibilitando uma visão mais completa das pessoas sob nossa responsabilidade naquela instituição. Neste período, não tinha conhecimento teórico de trabalho em equipe, interdisciplinaridade, corresponsabilização na assistência, acolhimento, construção coletiva de casos, redes de saúde, territorialização, reinserção social, ou seja, de que havia uma proposta de reforma do modelo de assistência em Saúde Mental.

Lembro da minha primeira seleção, neste período, para Psiquiatra de um Centro de Atenção em Saúde Mental para os Servidores da Segurança Pública do Estado. Foi apresentado o caso clínico de uma situação real, noticiada pelos jornais.

Eram dois policiais que foram chamados para dar assistência em um assalto que estava ocorrendo numa agência bancária. Durante o tiroteio, um dos policiais foi atingido e morreu no local. Uma das questões trazidas na entrevista era: como acolher o colega deste policial e a família do mesmo naquele momento? Hoje, não estou certo do que respondi naquela situação. A lembrança que tenho é a de apenas uma das respostas: diazepam. Talvez a medicação fosse necessária e não sou contra seu uso quando bem indicado. Mas lembro de um grande espaço em branco em torno desta resposta, que ficou entre as demais questões. Rer ler este trecho, no decorrer do desenvolvimento deste trabalho, fez com que percebesse que a medicação era o último passo na minha conduta terapêutica, mas foi a primeira associação no caso desta avaliação. Esta seleção ocorreu em grupo, com trabalhadores de diversas áreas e foi algo novo para mim.

No ano seguinte (2003), iniciei minhas atividades como psiquiatra e coordenador do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) - Prado Veppo que estava em fase de construção em Santa Maria (recebeu este nome em homenagem ao poeta e psiquiatra santamariense Prado Veppo). Foi um período bastante conturbado, de muito sofrimento e, ao mesmo tempo, de grande aprendizado. O contato com trabalhadores de saúde de diversas áreas, buscando articular diferentes saberes e práticas nesta nova proposta de atenção psicossocial, idealizada pela reforma da assistência psiquiátrica, na qual se questionava o modelo hegemônico médico-psiquiátrico vigente até então, fazia com que me perguntasse qual era o meu lugar e quais as especificidades do meu trabalho naquele local. Ao mesmo tempo, estes trabalhadores, por questões históricas, sentiam-se seguros na tomada de decisões apenas quando as compartilhavam ou as demandavam a “medicação”, ou seja, ao psiquiatra. Discutia estas situações trazidas pelos colegas como forma de incentivar o trabalho conjunto, de desconstruir a imagem restrita à prescrição medicamentosa em que muitos acreditavam mais do que eu, como psiquiatra, ser a solução à maioria das situações que pareciam fugir ao controle no cotidiano deste trabalho. Hannah Arendt em seu livro, *A Condição Humana* (1958), referindo-se à teia das relações e às Histórias Humanas refere que, no momento em que desejamos dizer quem alguém é, nosso vocabulário nos induz ao equívoco de dizer o que esse alguém é e passamos a descrever um tipo ou personagem na

antiga acepção da palavra e perde-se de vista o que ele tem de singular e específico.

No trabalho em saúde coletiva, sob minha compreensão deste trecho, poderíamos ter o personagem psiquiatra, o personagem enfermeiro, o personagem psicólogo, o personagem paciente entre tantos outros, sem levar em conta a ação e o discurso destes sujeitos. Segundo a mesma autora, é a partir do discurso e da ação que os homens revelam, ativamente, suas identidades pessoais e singulares.

Nesta direção, Furtado (2007) expõe que foram muitas as determinações históricas que levaram à criação das diferentes disciplinas e atividades profissionais. Complementa que a discussão da interdisciplinaridade agrega valor somente na medida em que possibilita aos profissionais compreenderem essas mesmas determinações históricas, autorizando-se a criar novos modos de convivência institucional, aumentando, gradativamente, seus gradientes de cogestão. Este conhecimento pode permitir um trabalho desenvolvido em equipe.

Com isso, considera-se que é fundamental a instauração de um ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intraequipes e, aqui, incluo o espaço da supervisão como um dos que permite o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre os saberes. A partir disto, poder-se-ia considerar um trabalho construído em equipe e pautado no diálogo entre os diversos atos e discursos.

O trabalho, sob esta perspectiva, proporciona procedimentos mais afinados de intervenção e de abordagens terapêuticas, facilitando uma escuta que permita uma melhor compreensão dos problemas. Serrano Guerra (2007) refere que compartilhar democraticamente os níveis de conhecimento teórico e de manejo técnico, faz com que se desenvolva uma maior capacidade de tolerar a desigualdade e evita que se estabeleçam aristocracias de saber que podem fragmentar o grupo. Considera que para desenvolver esta capacidade devem-se promover atividades formativas que se realizem, preferencialmente, dentro da equipe e que tragam repercussões no trabalho, desde que compartilhadas por todos os integrantes.

Muitas vezes, me percebi sem saber o que fazer e precisava desses colegas para que me dessem suporte ou que, após essas discussões, se

responsabilizassem comigo, construindo um caminho para determinado caso clínico. Em várias situações, eles já tinham a solução, mas necessitavam do parecer do saber do psiquiatra para validar a mesma. O mérito, portanto, equivocadamente, seria do psiquiatra, reforçando a dependência a tal trabalhador. Acredito que os mesmos questionamentos e inseguranças presentes no exercício de minhas funções, também estavam presentes em cada um dos demais trabalhadores que ali atuavam. Assim, conclui-se que, por ser um novo modelo de atenção, não havia sido incluído na nossa formação acadêmica.

Como articular saberes num momento em que os trabalhadores buscavam se apropriar e definir o que era sua especificidade e o que era campo comum a todos neste trabalho coletivo? Com a desconstrução do paradigma psiquiátrico, o processo de trabalho sofreu mudanças. Quais os instrumentos deste trabalho? Quem é o “objeto” e qual a finalidade do trabalho nesta nova perspectiva?

Além do exposto, estes trabalhadores apresentavam uma trajetória de desgaste, de carência de cuidados, com dificuldades com a gestão, em condições ambientais precárias, com vínculos empregatícios variados e diferenças salariais significativas, com uma grande demanda de população a ser assistida, gerando grandes desafios na implantação e efetivação da proposta da Reforma Psiquiátrica. Neste momento, havia a transição do modelo ambulatorial de atendimento para a perspectiva do trabalho em CAPS.

Em muitas reuniões de equipe, as discussões se centralizavam nas questões institucionais, em detrimento da dimensão clínica. Nesta direção, a possibilidade da supervisão clínico-institucional seria um dispositivo viabilizador do processo de formação no ambiente de trabalho.

Nos anos seguintes, sob muitas críticas ao modelo psiquiátrico e aos psiquiatras em geral, fui construindo e ganhando espaço no desempenho da minha profissão no cenário da Reforma Psiquiátrica. Concluí que esta reformulação ou redimensionamento não era só para os psiquiatras. Esta construção teve como alicerces a observação da prática, trocas com colegas, experiência profissional, construção teórica e análise pessoal. Nesta perspectiva, Figueiredo (2004, p.76), diz que “ao incluir a psiquiatria no conjunto dos dispositivos da saúde, estaria indicando a qualidade multiprofissional e interdisciplinar desse campo e recusando certa

oposição entre psiquiatria e saúde mental que em nada seria benéfica para este trabalho, seja para a clínica ou quanto a questões institucionais”.

Durante cinco anos fui psiquiatra e coordenador de um Centro de Atenção Psicossocial Regional, tendo como referência usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad). Participei da implementação e da equipe de um serviço de internação para dependentes químicos em unidade aberta em Hospital Geral durante este mesmo tempo. Exerci, também, a função de matriciador aos trabalhadores do programa de Estratégia de Saúde da Família da cidade de Santa Maria, pelo período de um ano.

A proposta da atividade de matriciamento visava à capacitação em saúde mental e apoio clínico-institucional para estas equipes. Percebi, na implantação, que também poderia ser um espaço de expressão e escuta destes trabalhadores quanto às suas inseguranças e incertezas. Segundo Arendt (1958), a revelação do agente se dá no discurso e na ação. Ação e discurso são os modos pelos quais os seres humanos se manifestam, não apenas como objetos físicos, mas enquanto homens. É com palavras e atos que nos distinguimos, efetivando a pluralidade de viver como sujeitos distintos e singulares entre iguais. Para isto, é necessária a criação de espaços para que os trabalhadores falem e ajam, fortalecendo a valorização e o reconhecimento profissional. Creio que o matriciamento e a supervisão clínico-institucional são dispositivos que vão ao encontro destas considerações.

No ano de 2010, tive a experiência de supervisionar um CAPS, sendo convidado a partir do edital do Ministério da Saúde (MS). Tive a possibilidade de participar deste novo modelo de atenção em lugares diferentes: como aprendiz de trabalhador, de gestor e de supervisor (uso a palavra aprendiz referindo-me a “aprendizes da clínica”, citado por Figueiredo (2008), pressupondo certo esvaziamento de saberes adquiridos anteriormente e colocando entre parênteses o saber especializado, mas sem desqualificá-lo). Assim sendo, a construção da proposta desta pesquisa se justificou pelas mudanças geradas no processo de trabalho pela nova legislação e pelos movimentos em saúde mental, assim como pelas vivências expressas anteriormente.

Como trabalhador da área de saúde mental, percebo que são muitos os atravessamentos e desafios que surgem no cotidiano deste trabalho, sejam eles pela grande demanda, pelas “urgências” reais e subjetivas dos sujeitos implicados,

pelas limitações do trabalho em equipe, pelo desconhecimento e fragilidade da rede de saúde, das relações com gestão, dentre outros. São redes de sujeitos e, portanto singulares. Existe uma política que dá contornos gerais e que não será aplicada a todos da mesma forma. Ela “garante” o acesso universal e a equidade, mas considerando cada um na sua particularidade.

É importante reconhecer que o olhar sob determinadas situações deste cotidiano terá diferentes representações para cada integrante das equipes. O trabalho nos CAPS pode ser um espaço de formação profissional que se constrói na prática e que se qualificará se houver condições para que os impasses a este trabalho sejam superados.

Como dispositivos estratégicos na atenção psicossocial e conforme exposto anteriormente, os CAPS têm revelado estas realidades, demonstrando que as teorias e modelos prescritos de atendimento estão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade deste tipo de atenção. As equipes precisam criar, observar e questionar os rumos da clínica e de tais serviços. Práticas e conceitos que pareciam sustentar o trabalho, a partir da formação acadêmica e de experiências em saúde mental, exigem ser revistas antes de se tornarem estratégia terapêutica.

Assim sendo, o mestrado em psicologia oportunizou a construção desta proposta de pesquisa, mais especificamente, analisando e descrevendo o discurso e a ação dos trabalhadores relativos ao processo de trabalho, com enfoque nas intervenções das problemáticas de saúde deste cenário.

Tendo em vista a apresentação deste cenário no que tange à supervisão clínico-institucional, foram construídas as seguintes **questões norteadoras** para este estudo: como se dá o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional no cotidiano dos CAPS? Quais os recursos utilizados pelo supervisor clínico-institucional, considerando os elementos do processo de trabalho, ou seja, os instrumentos de trabalho, a finalidade do trabalho, a força de trabalho, o objeto de trabalho e as relações interpessoais?

Assim, a delimitação do tema para esta pesquisa é o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional na percepção dos mesmos, junto às equipes de CAPS do Rio Grande do Sul cujos objetivos serão apresentados a seguir:

1.1 Objetivo Geral

- Descrever e analisar o processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio Grande do Sul, a partir da percepção destes trabalhadores, de acordo com a Legislação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

1.2 Objetivos Específicos

- Analisar como se dá o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional nas equipes de CAPS, na perspectiva destes, considerando os instrumentos de trabalho, o objeto, a finalidade e as relações interpessoais;

- Verificar quais são as necessidades dos trabalhadores dos CAPS, a partir da percepção do supervisor neste processo;

- Identificar percepções quanto a fatores facilitadores e dificultadores no processo de supervisão clínico-institucional;

- Identificar os desafios, as perspectivas e os impasses desta proposta na direção da consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.

Tendo em vista que este processo de supervisão clínico-institucional pelo Ministério da Saúde é recente no país, ainda existem poucos trabalhos de pesquisa publicados. Assim, espera-se que esta dissertação possa apresentar alguns dados que subsidiem estas práticas, contribuindo para a revisão, reorganização e fortalecimento deste movimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a revisão de literatura construída para este estudo, pretendendo-se que ela dê sustentação teórica à leitura e discussão dos dados coletados na implementação deste projeto.

A Constituição Federal de 1988 promoveu uma sensível mudança no sistema de saúde pública do país. Definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantida através de políticas sociais e econômicas que possibilitariam o acesso universal e igualitário da população a todos os serviços (RELATÓRIO DE GESTÃO 2003-2006, 2007). Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 traçou novas diretrizes, promovendo modificações nas instituições, na assistência e no processo de trabalho, regulando as ações e serviços dentro de perspectivas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Desta forma, surgem os primeiros desafios ao trabalho, relacionados à compreensão e à dimensão desta política pública de saúde.

No que diz respeito à saúde mental, destacam-se os movimentos sociais ocorridos no final da década de 70, inicialmente formados por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas, pacientes entre outros. Estes buscavam a melhoria da assistência à saúde no Brasil e denunciavam a situação precária de atendimento nos hospitais psiquiátricos que, na época, eram o principal e, muitas vezes, o único dispositivo de atenção destinado às pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Mobilizam a atenção da população geral e caracterizam-se por serem plural em sua constituição, além de ser o primeiro movimento de saúde com participação popular. Estes movimentos marcaram o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, caracterizando-a por um conjunto complexo de transformações das práticas, saberes, valores sociais e culturais em torno da “loucura” e, principalmente, das políticas públicas vigentes até então (BRASIL, 2005).

No decorrer da minha inserção no processo da Reforma Psiquiátrica, percebia que alguns dos seus participantes, mesmo com a implantação dos CAPS, mantinham-se focalizados, principalmente, na extinção dos manicômios, sem identificar que já nos encontrávamos num novo momento deste percurso, ou seja, que o investimento deveria ser direcionado à desconstrução dos “manicômios

mentais.” Quando Pelbart (1998) fala do manicômio mental, não está enfatizando as instituições totais e sim fazendo uma crítica aos nossos preconceitos. Questionava se, na quebra da tradição referente ao modelo psiquiátrico, estes participantes se perguntavam, não contra o que estavam lutando, mas por que estavam lutando. Trago esta concepção relacionando a quebra da tradição do pensamento político escrito por Arendt (1958). Ela refere que “o fim de uma tradição não significa que os conceitos tradicionais tenham perdido seu poder sobre as mentes dos homens.” Incluo, nesta situação, o desconforto de alguns defensores desta proposta para com os psiquiatras e não só contra o modelo hegemônico vigente.

Vasconcelos (2008, p.99) salienta que

“na história moderna todas as vezes que revolucionários ou reformistas sociais trataram os processos subjetivos e inconscientes de forma linear e inteiramente subordinada aos ditames da projeção racional do modelo de homem e sociedade que consideravam como o caminho da verdadeira emancipação humana, e impondo esses padrões como norma de comportamento e subjetividade a ser seguido por todos, o resultado foi a mutilação e normatização cultural e subjetiva, e muitas vezes, até mesmo o totalitarismo.”

Referindo-se a esta proposição, Jorge (1997) discorre que, na militância, os trabalhadores de saúde mental, não deveriam calcar uma luta apenas centrada na queda dos muros do manicômio, mas também na abolição das opacidades que existem nas relações entre os técnicos e entre estes com os usuários, e, todos, com a sociedade. Um processo transformador, segundo ele, só aconteceria se considerasse o campo de multiplicidades de formas de se relacionar e de heterogêneas maneiras de existir. Os novos dispositivos criados devem convergir nesta direção para que haja mudanças, desde que inseridos nas articulações da realidade social vigente. Conclui que só assim os serviços estarão permanentemente inscritos em um processo contínuo de reformulação e de transformação.

Nesta direção, o SUS e a Política de Saúde Mental introduzem a cultura na definição do conceito de saúde. Minayo (2004) em relação a esta questão, diz que este conceito amplia e contém as articulações da realidade social. Cultura pensada não como um lugar subjetivo, mas que inclui uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político o religioso, o simbólico e o imaginário. Refere, ainda, que ela é o lócus onde se articulam os conflitos e as

concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca existe apenas um significado.

A substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos para leitos em hospitais gerais, no Rio Grande do Sul, com a lei Estadual 9716 de 1992 é intervenção que vai demonstrar a possibilidade de construção de uma rede extra-hospitalar de cuidados, efetiva, em saúde mental. Tal lei ampara a abertura de espaços para a constituição de novas práticas, no lócus onde se articulam as tradições, os conflitos e as possíveis concessões.

Com a perspectiva de continuidade deste processo, em 1987, em São Paulo, é organizado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país. Em 2001, a Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para uma atenção extra-hospitalar (BRASIL, 2001). A rede de saúde extra-hospitalar é o novo local de encontro entre trabalhadores e pacientes. Há uma nova relação que se estabelece entre estas pessoas, a partir da Reforma Psiquiátrica. Acredita-se que esta é uma das percepções que está presente no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde e que a possibilidade da proposta de supervisão poderá permitir que o trabalhador exerça, com maior tranquilidade e segurança, suas atividades.

No ano de 2002, a implantação dos CAPS foi regulamentada e foram descritos como modelos substitutivos em saúde mental pela portaria 336/GM (BRASIL, 2002), tendo o papel fundamental e estratégico de receber pacientes excluídos socialmente e organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, trabalho este a ser desenvolvido por equipe multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar. Desta forma, propicia-se a criação de uma rede integral em saúde mental descentralizada e municipalizada, observando-se as particularidades socioculturais de cada região com gestão social destes meios, dentro dos critérios definidos pelo SUS (Lei 8080/90). Existem, portanto, princípios norteadores gerais que servem de guia para as práticas, mas que são adaptados e “traduzidos” consonantes as realidades locais e as concepções teóricas dos trabalhadores de saúde mental e que correm o risco de ir de encontro à proposta do Ministério da Saúde.

É importante destacar que este processo ocorreu focalizando, principalmente, e quase na sua totalidade, as pessoas portadoras de sofrimento psíquico,

constituindo-se no preparo do trabalhador para lidar com esta nova situação, na época, relegado a um segundo plano.

Neste quesito, considera-se, com a lei do SUS, a saúde do trabalhador como o conjunto de ações visando à proteção, à recuperação e reabilitação destes, submetidos a riscos e agravamento de situações decorrentes das condições de trabalho (Lei 8.080/1990).

Logo, apesar do trabalhador de saúde também estar contemplado e amparado pelas novas leis (SUS e Reforma Psiquiátrica), o que se observa são trabalhadores sobrecarregados e pressionados a “dar conta” desta situação.

Segundo Vasconcelos (2008), o processo de trabalho na atenção psicossocial tem como uma de suas características ser sustentado por relações pessoais diretas de trabalhadores entre si e com a população em geral e mobiliza fortes implicações pessoais dos mesmos. Além disto, viver num ambiente marcado pelo desinvestimento destas políticas, precarização e perda de direitos básicos do trabalho, multiemprego, deterioração da infraestrutura e forte exigência de produtividade quantitativa, torna-se difícil. Há, segundo o mesmo autor, um bloqueio das forças instituintes e impedimento dos processos de subjetivação do trabalho, trazendo conseqüências não só para os trabalhadores, mas também para a formação de profissionais habilitados para este campo da saúde.

Assim, questiona-se: que recursos um supervisor clínico-institucional poderia utilizar para intervir nestas situações que possibilitassem/favorecessem a gestão deste trabalho?

A proposta de supervisão clínico-institucional que está sendo implantada nos CAPS tem o objetivo de fortalecer e concretizar a política de atenção em saúde mental, a partir dos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) são atribuições dos CAPS: prestar atendimento em regime de atenção diária para a população com transtornos mentais severos e persistentes; gerenciar os projetos terapêuticos e oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado; promover inserção social através de ações intersetoriais; organizar a rede de serviços de saúde mental do território em que está localizado; dar suporte e supervisionar a saúde mental na rede básica e Estratégia de Saúde da Família; supervisionar as unidades hospitalares da região junto com o

gestor local; manter atualizada a listagem de pacientes que utilizam medicamentos para saúde mental na sua região, dentre outras atividades. Assim, pode-se perceber a complexidade do trabalho presente neste novo modelo estratégico.

Para a concretização desta proposta, a supervisão clínico-institucional, como traz Figueiredo (2008), é um dispositivo de formação permanente e que pode possibilitar a responsabilidade compartilhada da equipe, favorecendo o espaço para que as diferentes questões possam ser expostas, para que os casos e as situações sejam manejados com seus desafios e surpresas inerentes nestes processos. Segundo a mesma autora, a supervisão atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentar os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo. A definição do espaço de cada trabalhador na equipe, a pactuação de responsabilidades, a possibilidade de construção coletiva de casos podem ser resultado deste dispositivo e geradores de satisfação às equipes dos CAPS. Sua efetividade poderia ser verificada pela existência de um trabalho construído em equipe.

Dentre as tarefas características da supervisão (Brasil, 2009), destaca-se que ela seja clínica e institucional, levando em conta a integração da equipe de cuidado para possibilitar a construção de projetos terapêuticos que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia. O supervisor, segundo Figueiredo (2008), não é portador do saber como aquele que ensina, nem do controle como aquele que fiscaliza, mas sim do manejo da clínica e dos impasses que existem no trabalho. Refere que a supervisão não deve se reduzir ao período de implantação ou do estabelecimento dos serviços, nem ser esporádica. Segundo ela, “sua força transformadora e impulsionadora vai contra a inércia e o automatismo que podem se instalar a qualquer momento (s.p)”. A regularidade da presença do supervisor opera efeitos importantes no trabalho cotidiano (FIGUEIREDO, 2008) como, por exemplo, a garantia da construção do trabalho realizado em equipe.

Os supervisores podem ter formações teóricas e práticas diversas desde que estejam abertos a exercê-las no cenário peculiar da rede pública, tendo como um dos desafios o de harmonizar as diversidades profissionais e teóricas (BRASIL, 2009). Ter conhecimento teórico e prático e saber contextualizá-lo à realidade do SUS seria suficiente para ocupar o lugar de supervisor? De que forma estes

trabalhadores usam este conhecimento no processo de supervisão? Haveria outros instrumentos para a efetivação desta proposta?

Segundo Pitta (in ABRASCO, 2006, s.p) na conferência Redes, Territórios, Intersetorialidade e Saúde Mental:

“o supervisor é alguém que age como catalisador e tradutor de sentimentos favorecendo leituras que permitam o grupo a trabalhar os conflitos e que acompanhe a equipe, para "trabalhar o trabalho" cotidiano em "encontros-instituintes" onde a partir da discussão de casos, ou do exame de uma situação de crise, ou ainda o debruçar-se sobre qualquer situação adversa ou não, possa se desenvolver uma cultura de compartilhamento e encontro de novas soluções para dilemas clínicos e/ou institucionais que, por serem discutidos coletivamente, formará e informará a toda a rede que estabelece na equipe, numa espiral crescente de conhecimento e experiência compartilhada”.

A supervisão clínico-institucional pode emergir como uma alternativa que proporcione estes espaços de reflexão. Na citação anterior, a presença do supervisor favoreceria a construção do trabalho em equipe. Quais recursos poderiam ser utilizados para se fazer catalisador e tradutor de sentimentos no processo de trabalho?

Referindo-se ao processo de trabalho em saúde, Milhomen e Oliveira (2007) afirmam que trabalho em saúde não pode ser abstraído de suas relações históricas. Arendt (1958) compreende que existe a possibilidade de transformação da realidade imposta pela sociedade, mediante a busca de alternativas de novas formas de ação e discurso que construam e redefinam os espaços, embasados no agir que é começar, no realizar e experimentar algo novo.

Ao processo de trabalho em saúde corresponde: um objeto/sujeito, que é a quem (ou para que) se dirige o cuidado; os instrumentos ou meios que incluem conhecimentos, métodos, técnicas, equipamentos ou recursos para realizar este trabalho e a finalidade ou o que se quer alcançar com o trabalho.

Segundo Milhomen e Oliveira (2007), essas dimensões do trabalho em saúde não existem isoladamente, são interdependentes e se conformam mutuamente numa relação que é indissociável. Os objetos (doença ou doente), os instrumentos (medicação, internação, institucionalização, etc) e a finalidade (cura) do trabalho em saúde mental têm seu foco deslocado e ampliado pelo processo da Reforma

Psiquiátrica na direção de formas mais subjetivas de intervenção, incluindo o âmbito singular, familiar, social e cultural.

Quanto a esta proposição, cita-se Vasconcelos (2008, p.142-143) que no livro intitulado *Abordagens Psicossociais*, escreve:

“o imperativo da desinstitucionalização da atenção psicossocial implica não só em reconhecer que a liberdade é terapêutica, mas também que o objeto de seu conhecimento e intervenção acompanha o processo de reconhecimento e a ampliação das múltiplas necessidades humanas dos usuários, aumentando a complexidade deste objeto, uma vez que agora o que está em jogo é toda a existência e reprodução social destas pessoas, seus projetos de reinvenção de novas formas de viver, e que modificam integralmente os componentes psíquicos de sua realidade. Este movimento de ampliação do objeto das abordagens e da atenção psicossocial implica uma verdadeira revolução epistemológica e teórica do processo de construção do conhecimento, na direção de maior complexidade, bem como em um processo de crítica, desconstrução e reconstrução dos paradigmas convencionais de conhecimento científico e profissional.”

O reconhecimento ou não da ampliação e da complexidade deste paradigma pode ser verificado pela existência da construção coletiva dos casos clínicos pelas equipes nos diversos serviços de atenção à saúde mental e como isto se estabelece. O autor citado acima refere, entre outras questões importantes, que, como características centrais deste novo modelo de saúde, estão incluídas os conceitos e as práticas de integralidade: como uma perspectiva utópica a ser alcançada, mas que oriente e direcione o planejamento da prática e ações no presente, como um modo mais flexível quanto à organização e o processo de trabalho e que sirva como princípio integrador de políticas e programas para além da saúde; a intersetorialidade: incluindo ações multidimensionais como infraestrutura urbana, educação, transporte, trabalho, assistência e cultura e a sua integração; e a interdisciplinaridade, buscando a superação da fragmentação das diversas áreas de conhecimento.

As mudanças geradas por estes movimentos sociais e pelas leis na saúde mental proporcionam uma ampliação da atenção psicossocial e abrem uma crescente discussão em relação a este tema. Daí emerge conflitos teóricos quanto às novas práticas, assim como mudanças nos saberes neste campo gerando inseguranças no exercício dos trabalhadores das diferentes áreas de trabalho que atuam junto a estes grupos.

Para esta transposição, cita-se Dejours et al (1993) que ao se referir à psicodinâmica do trabalho, assinalam que o trabalhador não chega ao seu lugar de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada conferindo a cada indivíduo características únicas e pessoais. Esta história pessoal inclui o conhecimento adquirido previamente de cada um, que também é singular.

Refletindo quanto ao exposto, Franco (2006) salienta que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, sendo que os mesmos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e que formam uma intrincada rede de relações que complexificam a realização deste trabalho, o que expõe e reforça a necessidade da construção de espaços de discussão.

O reconhecimento deste sofrimento, gerado pelo enfrentamento de algo “novo e pelo desconhecido” previsto pela lei do SUS e cobrado pela Reforma Psiquiátrica, e que não estava incluído na formação técnico-científica dos trabalhadores, é fator essencial para a motivação e desempenho dos mesmos. Em atenção ao exposto, Ramminger (2006) assinala que quando estão presentes espaços para que os profissionais possam inventar e refletir sobre seu trabalho, como os enunciados pela supervisão, menores são os riscos de sofrimento e de adoecimento. Esta autora destaca que “a saúde no trabalho está relacionada à possibilidade de criação de outros modos de viver e de trabalhar” (2006, p.91). Quando isto não é possível, “apresenta-se um campo fértil ao sofrimento e adoecimento.” Isto se apresenta, segundo ela, quando a Reforma Psiquiátrica apresenta-se apenas como “um discurso ou uma imposição” (p.91).

Além do exposto, fatores institucionais como condições precárias associadas a baixos salários, formas de terceirização nos serviços públicos de saúde e sua instabilidade, a tensão emocional crônica pelo contato contínuo com pessoas em sofrimento psíquico; a falta de estímulo, de reconhecimento e de contato com as chefias, a precarização das relações de trabalho, também podem potencializar esta prerrogativa. Assim, visualiza-se uma sobrecarga mental e física do trabalhador de saúde mental, a partir da confrontação com as demandas do seu cotidiano.

Esta pressão ao trabalhador, quando mantida de forma contínua e por tempo prolongado, pode levar a diversos agravos à sua saúde, como por exemplo, a Síndrome de Burnout, as depressões, os distúrbios psíquicos menores, dentre outros. Ramminger (2006) sugere que a possibilidade da supervisão clínico-institucional reconhecer e trabalhar estes impasses e o sofrimento que eles acarretam, pode contribuir para a construção e qualificação deste trabalho.

Percebe-se a necessidade de reflexão de todos os envolvidos e a mudança e ampliação do fazer em saúde por parte destes “sujeitos trabalhadores”. Para que isto aconteça, são necessários espaços de discussão como os propostos pela supervisão.

Quanto ao exposto, sob um olhar não generalizador, a formação na academia não alia de modo satisfatório o conhecimento teórico à realidade da saúde, assim como a realidade do SUS não tem se efetivado como a Lei proposta. Muitas vezes, há um encarceramento teórico que “cega” o sujeito, não havendo a compreensão de que as concepções práticas devem ser aliadas na construção do conhecimento. O contrário também está presente, ou seja, a prática sem ancoragem teórica, instrumentalizada dentro de preceitos individuais, sociais e morais.

Os trabalhadores recém-formados, muitas vezes, são “empurrados” para o serviço público, com verdades teóricas e sem as terem problematizado, na prática, desconsiderando ou mesmo desvalorizando o que transborda daquele conhecimento. As universidades têm o papel de formar trabalhadores críticos, capazes de compreender o contexto de saúde e assim poder traçar estratégias de intervenção sobre esta realidade.

Para Palombini (ABRAPSO, 2007, s.p) no trabalho *Planejamento e gestão coletiva do trabalho no CAPS: uma experiência de supervisão*, os processos de trabalho envolvendo as equipes dos modelos substitutivos como os CAPS, estão afetados pela complexidade do contexto em que se encontram inseridos. Segundo a autora, a atenção psicossocial requer um trabalho coletivo que necessita da desmontagem da estrutura hierárquica em que se assentam as formas tradicionais de organização e gestão do trabalho em saúde, propiciando uma ampliação do seu campo de intervenções. Para ela, os espaços de formação técnica e universitária dos profissionais de saúde tardam a alcançar tais mudanças. Dispõe que, se de um lado, os profissionais oriundos dos modelos tradicionais, encontram-se diante do

desafio de corromper esta lógica, autorizando-se a reinventar suas práticas, por outro lado, os novos trabalhadores, ao iniciarem sua prática profissional nestes modelos de atenção, necessitam desprender-se dos paradigmas e preceitos técnicos científicos que sustentaram sua formação para problematizá-los no espaço vivo que constitui o território.

Neste caminho, Onocko et al (2009) recomendam que é necessária a reformulação das políticas públicas nesta área e que urge expandir tanto os cursos de especialização, como também redefinir os planos curriculares de várias profissões da saúde.

Figueiredo (2010), em conferência no IV Congresso Internacional e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, referindo-se à formação profissional, contextualiza que a educação formal universitária da graduação o que se aprende na sala de aula é apenas 'sobre' o trabalho na Saúde Mental e que a pós-graduação *latu sensu* (especializações, residências) seria um campo de aprendizagem a partir de práticas efetivas.

Observa-se, então, que os cursos de graduação em saúde não efetivam uma integração satisfatória com a realidade do SUS, assim como o SUS evidencia-se frágil, neste contexto, na sua efetivação. Como exemplo, as prescrições médicas, quando realizadas, não consideram a existência dos medicamentos da rede básica e que são de distribuição gratuita, mesmo que estes sejam precários e desatualizados. Assim, nos estágios curriculares, em algumas situações, os acadêmicos dos cursos de saúde vão à rede básica e permanecem sem interações e sem a apropriação dos conhecimentos que se construíram nestes locais. O que se deseja é que haja a integração entre estas duas realidades e não que se situem em pólos contrários, onde um desconsidera o lugar e a potencialidade do outro.

Nesta linha de reflexão, quem seriam os profissionais formadores no processo de supervisão clínico-institucional e como se deu a construção dos instrumentos que utilizam neste trabalho?

Minayo (2000), problematizando os conceitos empregados para a construção do conhecimento, entende que nem a teoria e nem a prática são isentas de interesse, de preconceito e de incursões subjetivas. É essencial reconhecer a complexidade com que se opera no campo da saúde, em que a teoria desafia a prática e, esta, a teoria. Este seria um dos desafios do ofício de supervisão.

Neste contexto, a transformação do modelo de atenção à saúde mental no SUS é direcionada para a ampliação e qualificação do trabalho nos serviços comunitários, com base no território. Trata-se de uma mudança na concepção e na forma de como esta deve ser realizada, ou seja, o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada deste recorte à sua história de vida e de seu processo de adoecimento. Aliado a isto, segue-se a concepção de que a produção de saúde considere a produção de sujeitos. Nesta perspectiva, os saberes e práticas devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, no qual os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (BRASIL, 2010, s p). Entende-se que o trabalho da atenção básica teria como finalidades investir nas potencialidades dos sujeitos, auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reinserção social. Dessa forma, haveria a convergência de princípios entre a saúde mental e a atenção básica.

Em relação a esta discussão e ao encontro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da produção e ampliação do conhecimento em saúde, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) aponta para a criação de equipes volantes de saúde mental que funcionem como apoio aos profissionais das equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e unidades básicas de saúde, como equipes de referência, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade.

Neste intuito, o Ministério de Saúde (2001, p.5-6) tem a proposta de que:

a reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde – como a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico – dependem, fundamentalmente, da instituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. É preciso investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde [...] Criar novos arranjos organizacionais, capazes de produzir outra cultura e novas formas de lidar com a singularidade dos sujeitos.

Na busca destas transformações, o Ministério da Saúde (2004, p. 13-14) propõe:

“o apoio matricial como uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência. A equipe de referência e o apoio matricial, juntos,

permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes. [...] Permite ainda a expressão dos saberes, desejos e práticas dos profissionais, bem como um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada sujeito-usuário.”

Na concepção de Campos e Domiti (2007), o apoio matricial em saúde tem o objetivo de garantir apoio especializado e suporte técnico-pedagógico às equipes de profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde.

O matriciador procura construir espaço para a comunicação ativa e compartilhar conhecimentos entre os profissionais, sendo que esta metodologia permite a articulação dos trabalhadores de saúde centrados nas necessidades, demandas e desejos do usuário numa relação de co-responsabilização com as equipes de referência. Com isto, o indivíduo em sofrimento que procura atendimento e é recebido por este trabalhador, poderá ser atendido de forma humanizada, no seu próprio território.

As ações de saúde mental na atenção básica também podem ser organizadas por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme a portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Ela se caracteriza pela criação de núcleos multiprofissionais para dar apoio às equipes da estratégia de saúde da família. Nesta portaria há recomendação explícita de que cada NASF conte com, pelo menos, um trabalhador de saúde mental para realizar as ações de matriciamento que visam potencializar as ESF.

Na direção da concretização destes objetivos, em 2003, surge a Política Nacional de Humanização que parte de conceitos e dispositivos com o objetivo de reorganizar o processo de trabalho em saúde, propondo mudanças, tanto nas formas de produzir e prestar serviços à população, quanto nas relações sociais que envolvem gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2003). Esta política direciona-se ao cuidado e crescimento destes trabalhadores, valorizando o trabalho em equipe, a horizontalização das linhas de trabalho, a rede, a grupalidade, a democratização dos processos decisórios, reforçando os princípios do SUS de acessibilidade e integralidade, avançando para o que se tem denominado de clínica ampliada, capaz de melhor acolher e lidar com as necessidades dos sujeitos (SANTOS-FILHO 2007).

A construção de redes de valorização do trabalho com autonomia e protagonismo dos sujeitos, a construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais entre estes e os usuários, na produção de saúde, são os eixos que fortalecem a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006).

Beck et al (2009), ao pesquisarem a percepção de enfermeiros quanto ao processo de humanização da assistência nos serviços de saúde, sejam relacionados aos usuários ou aos trabalhadores, identificaram que, entre as limitações da implantação desta política estão: a falta de tempo dos trabalhadores, a estrutura física inadequada dos serviços, a carência de pessoal e materiais, o atendimento não integrado das ações, a falta de apoio da gestão e de ações de promoção de saúde a estes trabalhadores. Identificam, no mesmo artigo, que são muitos os desafios que engessam a efetivação do SUS e a Política de Humanização como a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, a pouca participação dos trabalhadores de saúde nos processos decisórios e a atenção centrada na doença, desconsiderando as questões subjetivas dos sujeitos.

Nota-se que é preciso avançar na efetivação das políticas de saúde, enfatizando neste ponto, o que se refere à valorização e o reconhecimento dos profissionais que participam deste cenário.

Com a portaria 1174/GM de 2005, o Ministério da Saúde vem possibilitando a supervisão clínico-institucional das equipes de CAPS, com o objetivo de qualificar o atendimento e a gestão destes serviços. Entre as funções da supervisão clínico-institucional, estão: acompanhar, discutir, assessorar, acolher a equipe em suas dificuldades, sejam elas por tensões internas, por sobrecarga ou por dificuldades concretas da gestão pública visto a complexidade da tarefa clínica que realizam (BRASIL, 2005a).

De acordo com essa portaria, para ser supervisor neste processo, o trabalhador de saúde deve ter comprovada habilitação teórica e prática para exercer esta função. Cabe ao supervisor compreender esta dinâmica, disponibilizando-se a auxiliar no andamento do serviço e na construção permanente do trabalho em equipe (BRASIL, 2007a). Pode-se dizer que o trabalho nos CAPS está frequentemente, marcado por conflitos internos e externos relacionados à gestão, à

falta de estrutura, a interferências dos demais setores da rede, dentre outros, além de ser desenvolvido numa perspectiva multidisciplinar, com profissionais com formações teóricas diversas e fenômenos grupais característicos.

A proposta acima orienta que o supervisor realize este ofício na direção de uma clínica ampliada que inclui a integração da equipe do CAPS, assim como a construção de projetos terapêuticos clínicos e institucionais, integrando os conceitos de singularidade, rede, território e autonomia (BRASIL, 2007a).

Referenciadas pela leitura psicanalítica, Rinaldi e Bursztyn (2008) entendem que, nas discussões fomentadas pelo dispositivo da supervisão, é possível combinar a clínica com a lógica institucional, uma vez que a supervisão pode articular aspectos importantes como equipe, serviço e discussão clínica. Se aliados os determinantes clínico-institucionais, a discussão indispensável de um caso clínico direcionará a equipe a formular ofertas institucionais que sustentem o sujeito na manutenção de seu desejo. Se isolados, as discussões limitam-se às dificuldades burocráticas, à organização de eventos culturais e entretenimento, à insuficiência de recursos, dentre outras limitações práticas que excluem o sujeito e a possibilidade de uma discussão clínica.

Serrano Guerra (2003, s p) diz que:

Los equipos interdisciplinarios de Salud Mental necesitan mantener un cierto equilibrio interno que garantice su unidad de acción. En ocasiones, este equilibrio puede estar amenazado por tensiones, no siempre manifiestas, derivadas de la exigencia, en principio enriquecedora, de hacer coexistir en su interior, tanto las diversas concepciones y teorías de la salud mental, como los diferentes niveles de formación de los integrantes del equipo. Los conflictos generados por esta situación pueden emerger en forma de crisis que, si no empobrecen al equipo, suelen traducirse en procesos creativos de crecimiento. La formación de los profesionales puede integrarse dentro de este proceso de búsqueda de identidad del grupo terapéutico, permitiendo la reflexión, facilitando la tomada de conciencia de unidad de trabajo y dando estabilidad al equipo interdisciplinar en los diferentes momentos de su desarrollo.

Nesse sentido, a supervisão vem operando como dispositivo central e como eixo do trabalho clínico em alguns CAPS, sustentando uma aposta na interlocução dos coordenadores, dos trabalhadores e dos pacientes a eles referidos. Além disso, esse dispositivo é capaz de produzir a elaboração, a posteriori, das produções de

fala dos sujeitos nas intervenções de quem os escuta, tal como dos efeitos colhidos de uma prática em que várias orientações profissionais se articulam na dinâmica institucional (RINALDI e BURSZTYN, 2003). O processo de formação na prática pode ser o resultado deste dispositivo.

Reforçando esta proposição, Serrano Guerra (2003, s p) diz que:

ampliar el marco teórico en que se mueve el equipo, además de facilitar la reformulación progresiva de la metodología de trabajo para ajustarla a los diferentes momentos de desarrollo del grupo terapéutico, puede propiciar también, el desarrollo de nuevas estrategias con las que abordar los problemas de salud mental. Cuando la necesidad de formarse, no es "agregada" desde fuera, sino que surge del propio equipo en desarrollo y busca, al mismo tiempo, propiciar fórmulas de trabajo más adaptadas a la complejidad asistencial, ya podemos hablar de formación continuada en el pleno sentido de la expresión. Este tipo de formación también es conocido con el nombre de "permanente", para subrayar, con ello su relación con el permanente compromiso con los pacientes.

Percebe-se que são diferentes dispositivos que têm em comum a educação permanente, ou seja, a formação em serviço. Se aposta neste processo com a implantação da portaria 339 de 2006 que comporta a adoção destas diferentes e inovadoras metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem.

A Política Nacional de Educação Permanente está centrada em ações de formação de trabalhadores que atendam às necessidades do SUS. Para que se viabilize, tem que contemplar com a cooperação técnica, com a articulação e com o diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e o controle social (PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006).

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) demonstram que as equipes de CAPS têm uma representação positiva de seu trabalho, mas se apresentam muito desgastadas com as dificuldades da gestão pública e com a complexidade da função clínica que exercem. São equipes multiprofissionais heterogêneas e com diversificadas formações teóricas inseridas numa proposta de política de saúde mental, ainda em construção com produção teórica recente. Elaborar as ansiedades e fantasias que surgem neste trabalho facilita o processo de reorganização interna e evita a criação de departamentos estanques no interior da

equipe, os quais podem permitir que haja a convivência, mas sem facilitar a comunicação entre os participantes.

A partir do primeiro Congresso Brasileiro de CAPS em São Paulo, em 2004, surge a proposta de uma Escola de Supervisores, evidenciando-se a necessidade de dar suporte às equipes de CAPS no seu contexto institucional.

Em Porto Alegre-RS, vêm acontecendo encontros da Oficina de Supervisores do Estado do Rio Grande do Sul, onde tive a oportunidade de acompanhar algumas discussões neste espaço aberto na Escola de Saúde Pública do RS.

As reuniões eram divididas em três momentos: um do conselho gestor (formado por coordenadores regionais de saúde e profissionais com reconhecida trajetória dentro da Reforma Psiquiátrica), outro dos supervisores (os escolhidos dentro de proposta do MS) e um momento aberto para demais interessados. Ela tem entre os seus objetivos: capacitar os supervisores clínico-institucionais no campo da saúde mental, construir e definir coletivamente um perfil mínimo para estes profissionais dentro dos pressupostos do SUS e da Reforma Psiquiátrica, pactuar consensos quanto a este ofício dentro da clínica psicossocial, construir um coletivo de supervisores estimulando a criação de Fóruns e redes de comunicação entre estes profissionais, acompanhar e avaliar coletivamente os processos de supervisão e produzir e sistematizar conhecimento sobre esta nova proposta. (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/RS, 2009).

Este movimento evidencia uma preocupação destes trabalhadores em aprimorar este trabalho, fortalecendo o espaço da supervisão clínico-institucional. Logo, a temática trazida para esta discussão é atual, oportunizando, assim, novas leituras da realidade e, portanto, a construção de um conhecimento que se deseja inovador.

3 MÉTODO

Este capítulo tem por objetivo descrever o método que foi utilizado para o alcance dos objetivos desta investigação.

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo teve como método a pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, a qual se deu a partir da interação do pesquisador no contexto e na percepção, interpretação e análise do fenômeno (MINAYO, 2000) neste caso, o processo de trabalho dos supervisores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A pesquisa é a atividade básica das Ciências na construção da realidade, pois é ela que gera o ensino, pois vincula pensamento e ação, ou seja, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2004, p. 80).

Sob este ponto de vista, não seria diferente, o que instiga e serve como propulsor para a realização de uma pesquisa, parte daquilo que se vivencia e do que inquieta, levando à investigação, à busca de respostas, a revelações e a descobertas. Ainda que se ancore em referenciais teóricos, sabe-se que cada situação é própria daquele espaço e daquele determinado tempo. A investigação qualitativa compreende a descrição e análise da realidade das diferentes formas de representar as experiências vivenciadas pelos sujeitos. Há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto (MINAYO, 2004).

O estudo qualitativo requer como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação do investigador com o foco da pesquisa (MINAYO, 2000). Logo, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, é parte integrante do processo de conhecimento.

É um método que proporciona descobertas, mesmo que o investigador utilize, inicialmente, o conhecimento prévio, a partir do qual novas respostas poderão ser reveladas. Dessa forma, a pesquisa qualitativa está fundamentada “no pressuposto de que o conhecimento não é algo acabado, mas sim uma construção que se faz e

refaz constantemente [...] onde o pesquisador buscará novas respostas e novas indagações no desenvolvimento do seu trabalho” (LUDKE e ANDRÉ, 1986, p.18).

Para Onocko et al (2009), a pesquisa qualitativa, classicamente, não produz explicações, senão interpretações que ampliam a compreensão do objeto em estudo.

Minayo (2000) referindo-se à especificidade da metodologia da pesquisa social, diz que seu objeto é histórico. Segundo a autora, as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo pode ser transformado. Associando tal citação ao objeto desta pesquisa, observa-se que o processo de trabalho está imbricado nas relações históricas e, aqui, especificamente, a implantação do SUS e de um novo modelo de atenção em saúde mental.

3.2 Participantes do estudo

No país, existem 1541 CAPS (dados de junho de 2010) distribuídos em três especificidades quanto ao atendimento (BRASIL, 2010): CAPS para a infância e adolescência (CAPS i), CAPS para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) e CAPS para os pacientes com transtornos psicóticos e neuróticos graves (CAPS I, II, ou III conforme o número de habitantes na cidade).

O Rio Grande do Sul está contemplado com 135 CAPS sendo 63 CAPS I, 36 CAPS II, 14 CAPS i e 22 CAPS ad com uma cobertura considerada muito boa pelo Ministério da Saúde (0,95 para cada 100 mil habitantes).

Neste ano, realizou-se a sexta chamada para a supervisão clínico-institucional através de edital do Ministério da Saúde, na qual foram selecionados projetos para supervisão, construídos pelas equipes dos CAPS segundo critérios determinados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Os aprovados recebem incentivo financeiro para desenvolver a atividade de supervisão. Não há um vínculo de contrato definido entre o município e o supervisor. Importante salientar que quem escolhe o supervisor é a equipe do CAPS, provavelmente alguém que possa ir ao encontro de suas necessidades, naquele momento.

Incluindo, desde a segunda até a quarta chamada, foram contemplados, no Rio Grande do Sul, 10 CAPS II, 20 CAPS I, 5 CAPS ad e 5 CAPS i, com um total de 40 CAPS e, de, aproximadamente, 28 supervisores.

Os participantes que compuseram a população deste estudo foram os supervisores clínico-institucionais do Rio Grande do Sul selecionados, a partir do edital de Supervisão Clínico-Institucional de CAPS e Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde.

Assim sendo, foi composta uma amostra formada por 10 participantes de diferentes regiões do estado do RS, com formações teóricas e experiências profissionais diversas. Foram incluídas indiretamente na pesquisa, todas as modalidades de CAPS.

O sorteio dos participantes que compuseram o estudo considerou as diferentes formações profissionais da graduação. Desta forma, houve proporcionalidade e amplitude dos dados para a construção e efetividade da pesquisa.

A maioria da população de supervisores foi constituída por psicólogos, seguidos de médicos, enfermeiros, assistente social e educador físico.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho ou na residência dos mesmos. Dos contatados, após o sorteio, nenhum se opôs a participar da entrevista.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram os seguintes: ter sido supervisor clínico-institucional em algum CAPS do Estado do Rio Grande do Sul, ter sido selecionado até a quarta chamada pelo Ministério da Saúde desde o início deste processo, ou seja, em 2005.

O critério de exclusão dos participantes do estudo foi ser supervisor clínico-institucional sem ser selecionado pelo Ministério da Saúde.

3.3 Técnicas de coleta de dados

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada realizada com os supervisores selecionados pelo programa do Ministério da Saúde de Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial, bem como a observação não-participante junto a um supervisor em seu processo de trabalho.

Para Minayo (2000, p. 108), a entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador.”

A entrevista foi composta de duas partes: a primeira no qual foram captados dados sociodemográficos importantes para a leitura dos resultados. Já, a segunda parte, contou com um roteiro com questões específicas relacionadas ao tema propriamente dito (APÊNDICE B).

Quanto à entrevista, Minayo (2000) assinala que o que a torna um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, ideologias, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Foi solicitada aos participantes da pesquisa, a autorização para gravação da entrevista, a qual foi transcrita, no intuito de favorecer a fidedignidade dos dados.

Para operacionalização da coleta de dados, os participantes da pesquisa foram contatados pessoalmente, por telefone e por email pelo pesquisador, para a apresentação sucinta da proposta do estudo e solicitação de agendamento para a entrevista. O dia e local da entrevista foram acordados entre pesquisador e o participante do estudo.

É importante destacar que o material com as transcrições das entrevistas ficará em posse do pesquisador por um período de cinco anos sendo, após, incinerados.

Com relação à observação não-participante, foram realizadas duas observações de encontros entre um supervisor e a equipe a ele vinculada, com o objetivo de acompanhar a ação deste na execução deste ofício.

Os registros destas foram feitos em um diário de campo, sendo destacado o processo de trabalho realizado, bem como as percepções do pesquisador quanto ao discurso e a ação do supervisor naquele momento.

O campo escolhido para realização das observações deveu-se ao fato da supervisão estar em andamento e por ser no município de Santa Maria, o que facilitou a sua concretização. Para tal, houve o contato com o supervisor e com a equipe, solicitando autorização para a participação, neste processo.

Assim sendo, foram realizadas duas observações, com duração de um turno de trabalho, sendo as mesmas registradas no mesmo dia em diário de campo próprio.

3.4 Organização e Análise dos dados

Seguindo as etapas de análise propostas por Minayo (2000) compreendeu-se as fases: a pré-análise, na qual houve a sistematização dos dados coletados, através da leitura flutuante das transcrições das entrevistas; a exploração do tema, sendo que para sua construção, o material foi lido diversas vezes, até que se pôde identificar palavras ou expressões relevantes e recorrentes, de acordo com os objetivos da pesquisa. A terceira etapa constituiu-se da organização de três grandes eixos temáticos.

A partir daí, o pesquisador propôs inferências e realizou interpretações previstas no seu quadro teórico. Outras pistas, associadas à dimensão teórica, foram incluídas, pela leitura dos dados.

Os participantes da pesquisa não foram apresentados de nenhuma forma junto às falas ilustrativas no capítulo da descrição e discussão dos resultados, tendo em vista a necessidade de garantir o anonimato destes trabalhadores, conforme previsto na Resolução 196/96.

3.5 Cuidados éticos com a pesquisa

Quanto aos cuidados éticos, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/ Resolução 196/96) foi cumprida, destacando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias, e do Termo de Confidencialidade.

Esta pesquisa foi registrada no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) assim como submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM.

O estudo não apresentou riscos diretos aos participantes da pesquisa, apesar de oportunizar a reflexão sobre a realização do seu trabalho durante sua participação no estudo.

Quanto aos benefícios, os resultados deste estudo fornecem subsídios para a proposição de ações interventivas que visam potencializar este processo de trabalho, fortalecendo esta estratégia de ação em saúde mental.

Este estudo contribui com uma nova investigação e novos conhecimentos, assim subsidiando a construção de processos de trabalho na supervisão clínico-institucional.

Na esfera do ensino, espera-se que seus resultados venham a auxiliar na sensibilização das instituições formadoras no que tange à necessidade de se abordar questões referentes à sustentação necessária para a continuidade de implantação da Reforma Psiquiátrica esperada.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos neste estudo, iniciando-se por breves informações sobre os CAPS.

Passaram-se vinte e três anos da implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil e oito anos da regulamentação destes serviços pela portaria 336/GM (BRASIL, 2002).

No que se refere à supervisão clínico-institucional dos CAPS, esta foi implantada em 2005, com recursos financeiros próprios para sua efetivação.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS têm as seguintes características: sob a coordenação do gestor local, são responsáveis, no âmbito de seu território, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; prestar atendimento em regime de atenção diária para a população com transtornos mentais severos e persistentes; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico que seja eficiente e personalizado; promover a inserção social através de ações intersetoriais montando estratégias conjuntas, em equipe, de enfrentamento de problemas, assim como de manterem atualizada a listagem de pacientes que utilizam medicamentos para saúde mental na sua região.

Na realização deste trabalho, os CAPS contam com equipes multiprofissionais as quais são responsáveis pela organização, desenvolvimento e manutenção destas atividades e, tendo em vista a proposta de modelo de saúde, ou seja, aquela ancorada nos pressupostos e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, este trabalho teria que ser desenvolvido de forma interdisciplinar.

A seguir, serão apresentados alguns **dados sociodemográficos** que caracterizam os sujeitos desta pesquisa, com o objetivo de favorecer a compreensão dos dados coletados.

Em seguida serão descritos os **três eixos temáticos que emergiram da análise, a saber: Eixo 1- dinâmica do processo de trabalho dos supervisores**

clínico-institucionais; Eixo 2- fatores facilitadores e dificultadores da supervisão clínico-institucional e Eixo 3- desafios, perspectivas e sugestões à supervisão clínico-institucional.

Para ilustrar os achados encontrados neste estudo, serão apresentadas algumas falas dos supervisores provenientes das entrevistas, as quais não serão identificadas de forma a assegurar a confidencialidade e o sigilo das informações.

Os **dados sociodemográficos** desta população revelaram que sete entrevistados são do **sexo** feminino e três do sexo masculino e as que suas idades variaram entre 31 e 60 anos, sendo que a maioria se encontra na faixa etária de 41 a 50 anos. Este dado pode apontar para um grupo que tem anos vividos, ou seja, possivelmente tenha experiências acumuladas que podem favorecer a realização do trabalho.

Quanto ao **município de residência**, nove são de Porto Alegre e um do interior do Estado. O local de residência revela as necessidades de deslocamento até o município em que realizam a supervisão, o que pode demandar investimentos de diferentes ordens e alguns riscos inerentes a este fato.

No que se refere à **formação profissional**, quatro são psicólogos, três são médicos, um é enfermeiro, um é assistente social e um é educador físico. Estes dados revelam uma diversidade na formação profissional, assim como um mosaico a ser estudado, apontando para a possibilidade de um trabalho coletivo, interdisciplinar.

Quanto à **instituição de formação da graduação**, seis entrevistados concluíram sua graduação em instituições públicas e quatro em instituições privadas.

No que diz respeito à **formação após a graduação**, nove sujeitos são pós-graduados, sendo que dois tem especialização, quatro são mestres e três tem curso de doutorado. Dentre as especificidades das pós-graduações, incluíram-se especializações relativas à formação em saúde pública e saúde mental coletiva; residências; gestão em serviços de saúde; políticas públicas; psicologia; psiquiatria; educação; clínica (e suas especificidades), etc.

Um aspecto relevante neste quesito é que todos os entrevistados têm experiência profissional em Saúde Coletiva dentro do Sistema Único de Saúde. Este fato é importante porque vem ao encontro de um perfil desejado, ou seja, alinhado aos pressupostos do SUS.

Dentre os supervisores, dois já tinham experiência de supervisão anteriormente ao edital do Ministério da Saúde, sendo contratados pelos municípios e atuando na mesma lógica proposta pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Na pesquisa, evidenciaram-se muitas características que compõem o perfil de um supervisor dentro da proposta de supervisão clínico-institucional de CAPS e das redes de atenção psicossocial. Assim, pode-se dizer que, na sua maioria, os supervisores estão adequados às diretrizes do Sistema Único de Saúde, apesar de se originarem de formações teóricas diversas.

Destaca-se que os entrevistados estavam abertos a exercer sua competência clínica no cenário peculiar da rede pública em saúde mental e que se desafiaram a fazê-lo nesta nova experiência.

A seguir, apresenta-se o ***Eixo 1, a dinâmica do processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais***, no qual foram agregados aspectos relativos a este processo, incluindo percepções acerca do trabalho; ferramentas/instrumentos que possibilitaram as ações, as relações interpessoais, dentre outros.

4.1 EIXO 1- A DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DOS SUPERVISORES CLÍNICO-INSTITUCIONAIS

Segundo o Ministério da Saúde, a supervisão clínico-institucional deverá ser realizada por profissional de saúde mental externo ao quadro de funcionários dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática nesta área. Aliado a este currículo, os projetos enviados pelas equipes devem estar em consonância com os princípios do SUS, com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

No entendimento da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), o ofício de supervisão para a rede de saúde mental do SUS, apresenta algumas características comuns, mesmo que exercido por profissionais de formações teóricas e práticas diversas. Percebeu-se este entendimento no discurso dos trabalhadores pesquisados, sendo que esta observação vem descrita abaixo, associada ao edital de supervisão.

Os supervisores entrevistados foram indicados pelos municípios onde se localizava o serviço de supervisão clínico-institucional. Assim sendo, apesar de se esperar que o supervisor iniciasse sua tarefa contando com condições propícias de

acolhimento pela equipe, alguns supervisores relataram resistências iniciais por parte de alguns integrantes das mesmas.

Por outro lado, outros supervisores relataram terem sido acolhidos pelos serviços diante das suas dificuldades e as da própria equipe, considerando-se as tensões internas, a sobrecarga de trabalho, o que permitiu a construção de um ambiente de trabalho favorável.

Na análise, dentre as questões trazidas pelos entrevistados com relação às demandas das equipes, destacaram-se as dificuldades de diálogo e articulação do CAPS com os demais serviços da rede; a construção de redes mais flexíveis; a implantação de ações de promoção e de prevenção; a organização, o funcionamento e a autonomia do serviço; as dificuldades com a gestão do trabalho no serviço e com a gestão local; o monitoramento e avaliação das ações; a desarticulação entre a saúde coletiva e a saúde mental; a necessidade de capacitação, de orientação técnica e de suporte.

É interessante destacar que estas dificuldades correlacionam-se com as atribuições dos CAPS, pois

“os CAPS deverão assumir seu papel estratégico na articulação e tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas empresas, etc.” (BRASIL, 2004, p.12)

Assinala-se que a portaria 336/GM- de 19 de fevereiro de 2002 ressalta que estas atividades devem estar sob responsabilidade, coordenação e determinação dos gestores locais. O conhecimento das políticas de saúde e a vontade política do gestor são essenciais para que existam meios de promover as mudanças necessárias, bem como a disponibilidade dos trabalhadores de exercitarem esses novos modos de fazer saúde.

Onocko et al (2009, p.21) reitera a necessidade “de estímulo e o reforço à gestão democrática, assim como a formação de gestores. Destaca que “ao gestor local cabe, afinal, a gestão da clínica do CAPS, de suas relações com a rede de saúde como um todo e da própria equipe multiprofissional”.

Os pesquisados, na sua maioria, compreenderam a dinâmica do processo de trabalho das equipes, desvelando-o para as mesmas como multidisciplinares, heterogêneos, com tradições teóricas diversas e fenômenos grupais diferenciados, de modo que estes aspectos ajudaram no andamento do serviço e na construção permanente deste trabalho marcado por conflitos, mas também vitalidade. A supervisão como dispositivo de trabalho.

Tal proposição pode ser percebida na fala a seguir:

[...] a supervisão é especialmente uma escuta, ela é uma escuta do grupo, desse grupo que trabalha cada um na sua especificidade, cada um na sua linguagem, cada um no seu imaginário, que é um grupo heterogêneo e que nem sempre entende o sujeito da mesma forma, o mesmo fenômeno da mesma forma [...]

Nas entrevistas também foi possível identificar uma concepção, de certa forma, preocupante por parte de um dos supervisores:

[...] trabalhando, uma das primeiras perguntas que eu fiz foi qual a idéia que cada um tinha de supervisão, o que cada um esperava de uma supervisão. Um dos trabalhadores disse assim: “eu espero do supervisor alguém que tenha uma formação bem maior que a minha, que tenha bem mais tempo de trabalho do que eu, que saiba muito mais do que eu e que, na realidade, seja um super-visor, que tenha uma super-visão”. Aí, ele disse: “porque pra mim supervisão não adianta ser de alguém que sabe menos do que eu ou tem uma formação menor do que a minha [...]

Esta manifestação aponta para uma concepção de supervisor como alguém em um espaço privilegiado e distanciado dos demais membros da equipe. Um profissional “acima” dos outros, ou seja, um trabalhador com uma super-visão, o que parece irreal e inadequado para o perfil desejado de supervisor e necessidades observadas por parte das equipe dos CAPS.

Segundo a Comissão Nacional de Saúde Mental, este "novo cenário" onde se dá a prática do trabalho do supervisor, é o espaço social concreto e histórico da vida dos sujeitos e da instituição, no âmbito da política pública do SUS. Os entrevistados, em sua maioria, trabalharam na direção da construção do SUS, buscando vencer a dicotomia entre as diretrizes gerais da política e a construção particular do cuidado clínico. Estes priorizaram a complexidade da singularidade dos sujeitos, fossem eles trabalhadores ou pacientes.

[...] acreditar que o sujeito é possível, e esse possível quem vai definir é ele, na radicalização de uma clínica da singularidade, ou seja, é aquele UM que está ali, e é em torno daquele UM que vão se levantar as questões a serem trabalhadas [...]

A supervisão como clínica e ou institucional, a integração da equipe de cuidado e a construção do projeto terapêutico articulando os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia foram características da tarefa destes supervisores, assim como a discussão e estudo de casos específicos com diferentes psicopatologias.

Nos encontros destacou-se, como perspectiva de trabalho, harmonizar e não homogeneizar as diversidades profissionais e teóricas.

[...] foram pautados os principais problemas do CAPS e onde é que entrava a questão da concepção de cada um, para tentar fazer uma costura, não precisava ter consenso, e nem hoje se tem consenso, mas alguma costura entre o que um pensa e, o que o outro pensa, para se propor, então, a idéia das bases para um programa terapêutico singular, ou seja, o que serve para cada um dentro daquele espaço mais coletivo. Então, se trabalharam as expectativas, a concepção do CAPS na rede, a relação entre eles. Isto o tempo todo foi costurado e agora, ultimamente, além do programa terapêutico, a relação com os outros serviços [...]

É esperado, conforme o edital do ofício de supervisão que a discussão dos casos clínicos deva levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Pode-se destacar que o aspecto clínico foi enfatizado como foco principal do trabalho pela maioria dos supervisores. Entretanto, identificou-se, em alguns momentos, um afastamento no que tange aos aspectos relativos ao sujeito, privilegiando-se os institucionais como, por exemplo: excesso de demanda, desvalorização profissional, deficiência na infraestrutura, dentre outros.

Nesta perspectiva, há a necessidade de manter o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política, como evidencia esta fala:

[...] quando se discute o caso, aparecem às coisas do serviço [...] e quem vai dizer que rede vai se construir é o caso [...]

Destaca-se que um dos supervisores fez o movimento inverso, priorizando a dimensão política e relegando, a segundo plano, a clínica. Então, esteve presente na maioria dos casos, a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação

clínica, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território aliada à tradição teórica predominante de cada um.

A CNSM diz que, embora recente, a supervisão clínico-institucional em saúde mental já tem uma história. Esta prática surge no contexto dos chamados "serviços substitutivos" e hoje integra a rede de atenção psicossocial. Identificou-se que nem todos os supervisores estavam apropriados da história da política nacional de saúde mental, do funcionamento e da "linguagem" que circula no contexto do SUS e não ter este conhecimento foi relatado pela maioria deles como um fator dificultador deste processo de trabalho.

[...] os editais têm que estar vinculados à questão de conhecimento, de trajetória social e política, no sentido de que quem não tem formação em saúde pública, ou trajetória (não precisa ter curso), tem que ter vivência em saúde pública, senão fica muito complicado [...]

Os dados encontrados na análise desta pesquisa reforçam a necessidade da leitura do conjunto de documentos básicos da política sugeridos pela CNSM (Manual dos CAPS, Relatório de Gestão 2003-2006, Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Saúde Mental e Economia Solidária, Saúde Mental da Criança e Adolescente, Legislação de Saúde Mental, dentre outros), assim como familiarizar-se com a produção teórica em torno do trabalho dos CAPS, da rede de atenção psicossocial e do próprio ofício de supervisão.

Para propiciar um diálogo viável e permanente, o Ministério da Saúde propôs a implantação de uma "Escola de Supervisores". Esta proposta, nascida do I Congresso Brasileiro de CAPS realizado em São Paulo em 2004, surge como um dispositivo capaz de permitir a difusão e intercâmbio do ofício de supervisor, estimulando a articulação entre estes trabalhadores dos diversos territórios do país.

No Rio Grande do Sul, esta proposta vem se concretizando na Escola de Saúde Pública, desde 2008.

Dentre os entrevistados, dois supervisores participam destes encontros. Sabe-se que a escola de supervisores tem como propósito se constituir num espaço de trocas e aprendizagens coletivas para a produção de conhecimento sob esta temática, assim como a construção de características comuns que possam nortear o processo deste trabalho. Acredita-se que isso ocorra tendo em vista a incipiência

deste movimento e com a forma de contrato para ser supervisor, dentre outros aspectos.

Voltando a questão da demanda das equipes, salientou-se também que estes trabalhadores estão afetados pela falta de investimento das políticas, pela fragilidade e perda de direitos básicos do trabalho, pela instabilidade dos vínculos empregatícios, pela deterioração da infraestrutura e forte exigência de produtividade quantitativa. Isto é constatado pelos pesquisados e exemplificado na fala a seguir:

[...] a questão da precarização das relações de trabalho como um problema que é um grande entrave, hoje, para o avanço dos CAPS, a qualificação dos trabalhadores, a questão da instabilidade, a baixa remuneração, a falta de reconhecimento, a instabilidade geram um não reconhecimento. Tu es transitório, tu reduz a possibilidade de envolvimento e planejamento, reduz a possibilidade de planejamento a longo prazo, isto reduz a flexibilidade. Acaba tendo que eleger protocolos que sejam realizados num determinado período definido de tempo em que a pessoa tenha tarefas mais ou menos estabelecidas. Então, o trabalhador acaba tentando ganhar estabilidade em outras coisas, ou seja, na realização de uma tarefa única e repetitiva [...]

É importante considerar que os praticantes da saúde mental estão cada vez mais confrontados com os efeitos de uma sociedade que se governa como uma empresa e são “convidados” a absorver os sofrimentos gerados por estas práticas gerenciais (LEBRUN, 2009).

O paradoxo entre o que está “prescrito” pelo Ministério da Saúde e a realidade dos serviços é o responsável por grande parte deste efeito. Em contrapartida, acredita-se que a supervisão clínico-institucional vem propor um espaço de enfrentamento e conjugação das possibilidades e impasses destas assimetrias. Em acordo com esta colocação, o mesmo autor (p.21) desafia as autoridades políticas a se avaliarem enunciando que:

“à força de exigirem dos praticantes da escuta que eles se transformem em cães de guarda da avaliação, e mesmo da auto-avaliação, à força de enquadrar suas competências nas fichas técnicas [...], à força de serem controlados por pessoas que não pensam mais do que em números contábeis, à força de incitá-los a homogeneizar suas práticas, à força de identificá-los como encarregados da gestão dos conflitos ou do controle de afetos violentos, em uma palavra, à força de negar o que está ocorrendo, essas autoridades políticas organizam a destruição do que permanece de espaços [...] que permitam respirar. Simplesmente

porque, em breve, não restará tempo, nem espaço, e, sobretudo, nem desejo, para que alguns assumam esta função”.

A necessidade de espaços que permitam que os trabalhadores “respirem”, foi pontuada como fundamental por vários dos pesquisados. Entre eles, destaca-se o trecho a seguir:

[...] ter que dar conta de toda uma demanda, de toda uma expectativa de números, de coletividade e de políticas públicas mesmo, de ter que mostrar que fez, de ter que aparentar que fez [...] a supervisão eu acho que ela faz esse movimento de retirar um pouco, de salvar um pouco esse funcionário que está tão mergulhado nessas exigências, exigências não só políticas como do social mesmo. Ele fica tomado em ter que dar conta disso, a supervisão eu acho que faz um afastamento desse “mergulho” que ele tem no trabalho. É extremamente importante [...].

As relações de poder dentro dos serviços, as dificuldades de relacionamento interpessoal, e aqui “como escutar os colegas”, a definição dos lugares de cada um nas equipes, as concepções diferenciadas que circulam na rede também foram temas levantados para supervisão, assim como a discussão e construção de casos específicos considerando as diferentes psicopatologias. Neste ponto, é importante ressaltar que os CAPS (BRASIL, 2004), trabalham com a noção de território. Ele é constituído pelas pessoas que nele habitam com seus conflitos, seus interesses, suas relações de afeto e suas instituições. Não seria algo estático. Os sujeitos não habitam seu território, mas sim, constituem-se dele. A rede de saúde é singular e se forma com a articulação destes recursos, sejam eles afetivos, sanitários, econômicos, culturais, religiosos e de lazer. A fala abaixo explicita isto claramente.

[...] quem vai dizer que rede que vai se construir é o caso [...].

Vasconcelos (2008, p. 162), referindo-se às implicações e características que seriam desejáveis ao ambiente, aos recursos humanos e à gestão do trabalho no campo psicossocial enfatiza, dentre elas, a presença de um programa de supervisão profissional em campo que inclua não só a aquisição de novos conhecimentos teóricos e operativos, mas também abordagens estratégicas da inserção do serviço num contexto mais geral das políticas sociais. Um espaço que considere os desafios e conflitos das relações de poder e dos processos grupais vivenciados na prática

institucional, assim como os dispositivos de trabalho com os usuários, as questões de implicação pessoal, subjetiva e/ou relacionadas com o sofrimento no trabalho.

Em relação ao sofrimento no trabalho, os supervisores percebem o desgaste das equipes e o quanto isto aparece como desmotivação das mesmas frente aos impasses do dia-a-dia. Isto é percebido no quanto cada trabalhador do serviço coloca de si e como isto afeta seu trabalho e a vida pessoal. Demonstram assim, que a supervisão, direta ou indiretamente, pode minimizar os seus tensionamentos e as suas angústias.

Articulando-se a Vasconcelos (2008) e aos dados encontrados na pesquisa, Ramminger (2006, p. 88) assinala que:

“as supervisões devem ser estruturadas de forma a incluir também as discussões das relações de poder, das dificuldades do trabalho em equipe, das inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com os desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse e síndrome de esgotamento (burnout), etc.”

A autora aponta que a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, já previa a garantia, dentro do horário de trabalho, de espaços para a atualização, trocas, pesquisas, supervisão de equipe, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho.

Neste mesmo contexto, outro grupo de demandas identificadas pelo supervisor para serem trabalhadas na supervisão foram: a assessoria para a elaboração e formação da equipe de apoio matricial; o acolhimento; a necessidade de capacitação técnica relacionada à temática sobre álcool e outras drogas; a formação de uma rede que permita dar conta das situações mais graves; a capacitação dos profissionais para lidar com as situações do cotidiano; a demanda excessiva e a impossibilidade em receber situações novas e de crise por estarem sobrecarregados já que não tinham vínculos satisfatórios de rede; assim não havendo possibilidade de escoamento, de desafogo das situações estabilizadas.

Fica evidente, nesta pesquisa, o frágil equilíbrio em que se encontram os trabalhadores da saúde coletiva e aqui, mais especificamente, as equipes dos CAPS.

Ramminger (2006, p. 88) comenta acerca da transformação dos processos de subjetivação no trabalho dizendo que:

“o trabalhador de saúde mental, constitui-se nesta tensão entre o habitar um lugar rico para a criação e invenção, o confronto com a dureza do setor público submetido a uma visão estereotipada e de desvalorização, e ainda com a falta de investimentos e ações intersetoriais que impõem limites para a prática. É neste jogo que o trabalhador de saúde mental se constrói e é no confronto com o sofrimento, seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer, que se dá o cotidiano do seu trabalho.”

É manifestada, nos relatos, a preocupação dos supervisores clínico-institucionais com o gerenciamento dos projetos terapêuticos pelas equipes, pois para o MS os projetos devem oferecer cuidado clínico que seja eficiente e personalizado. Percebeu-se esta fragilidade especialmente no trabalho realizado com as oficinas terapêuticas. Onocko et al (2009), em sua pesquisa, referem que tais práticas acontecem em todos os CAPS, sob diversas modalidades, mas que não são discutidas ou supervisionadas entre os trabalhadores. Esta questão é apresentada na pesquisa com preocupação para que não perca de vista a singularidade dos sujeitos, considerando as suas potencialidades e os seus limites. A equipe não deveria colocar suas expectativas e seus ideais nos pacientes.

A importância do singular, dentro do coletivo das oficinas terapêuticas, está caracterizada neste trecho descrito por Kesselman e Pavlovsky (1991):

“se conhece alguém mais por sua maneira de mover-se, de escutar, de olhar, de opinar, de calar-se, de prestar atenção, etc. Do que nos conta de sua privacidade pessoal. Na vida dá-se o mesmo [...] Não é pelo relato de suas intimidades que se conhecem as pessoas, mas pela forma singular e diferente de reagir frente a acontecimentos diários.”

Na avaliação deste tema, os autores acima dispõem que o Plano Terapêutico Individual é considerado como consolidado nos serviços. Lembram de que deve ser avaliado periodicamente pelas equipes, com o cuidado de não torná-lo apenas protocolar.

Isso aparece destacado na fala a seguir:

[...] a gente trabalha com os pacientes na medida em que eles podem. Ao se trabalhar com a doença mental, uma atividade terapêutica, independente se for pintar, cozinhar, correr, ela sempre

tem que ter um cunho terapêutico, o objetivo dela não é formar, o objetivo é suportar, ajudar, é identificar precocemente os transtornos [...]

Dentro desta perspectiva, o trabalho com um profissional de referência, para cada paciente, foi referido por melhorar e avançar na discussão dos casos. Importantes relações de vinculação e de confiança podem ser constituídas com esta proposta. Alguns pesquisados consideraram um risco a centralização das práticas de acompanhamento no profissional de referência, levando em conta a dificuldade de compartilhamento de responsabilidades pelo caso.

[...] para cada caso havia oficialmente um técnico de referência, eu achava estanque, por exemplo, este caso aqui, quem vê é a psicóloga, atualmente a técnica de referência é a psicóloga, é estanque, fechado, se alguém ligava era o técnico de referência que iria responder, isto é uma das coisas que na nossa ultima reunião a gente discutiu, pode-se ter técnico de referência, mas o paciente é de todos, lá era um pouco fechado [...]

Quanto ao projeto terapêutico dos pacientes vinculados ao CAPS, foi destacado como importante, por alguns supervisores, a necessidade de se trabalhar nas supervisões a psicopatologia como algo real, não focalizando apenas no social.

Figueiredo (2010) em sua conferência no IV Congresso Internacional e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental referindo-se à atenção à crise na diversidade dos serviços, mais especificamente quanto ao diagnóstico psicopatológico, sugere que este pode ser simultâneo ao diagnóstico da situação (aquele imediato, ou seja, o do momento inicial do acolhimento na avaliação da situação através da queixa, da demanda de quem procura o serviço) ou não necessariamente, requerendo um tempo maior para a avaliação. Na sua fala, pontua os dois grandes campos diagnósticos: neurose e psicose, equivalentes possíveis com os manuais da OMS (CID10) – “caracteriza a dimensão clínica descritiva (estrutural ou fenomenológica) dos modos de subjetivação e da experiência do adoecimento.”

Este olhar presentifica-se no trecho abaixo:

[...] Existe uma psicopatologia que em algum ponto se radicaliza e precisa-se uma instituição pra acolher isto que acontece [...].

E o terceiro diagnóstico, referido ao do sujeito, é colocado como o mais difícil de detectar. Este se daria na transferência, ao longo do tratamento, nos diferentes atendimentos e nas atividades de convivência. Ele, para sua detecção, envolveria a construção do caso com a finalidade de recolher os elementos que falam a seu respeito, localizando seu arranjo particular em relação ao quadro psicopatológico geral. Isto caracterizaria segundo Figueiredo (2010), a dimensão subjetiva singular e orientaria a construção, reavaliação e retificação do projeto terapêutico.

Nesta prerrogativa, a supervisão teria “a função clínica de sustentar a particularidade do caso, a partir do diagnóstico nestas três dimensões, ou seja, da situação, do psicopatológico e a do sujeito” (s.p). Complementando a prática da supervisão como clínico-institucional, refere que a função institucional seria a de sustentar a gestão partilhada do trabalho incluindo o acompanhamento e a avaliação dos projetos do serviço junto com a equipe, a análise do funcionamento do serviço e de suas relações com o projeto mais amplo da reforma psiquiátrica e das políticas públicas. Além disso, dar condições de sustentar, junto com a coordenação e/ou direção do serviço, um diálogo permanente com as instâncias políticas em diferentes níveis no campo da saúde mental (FIGUEIREDO 2010).

Outro aspecto identificado pelos supervisores como necessários ao trabalho das equipes de saúde dos CAPS é a educação permanente.

Assim destaca-se que a construção do conhecimento deve acontecer de forma distinta da educação tradicional, pois “aquilo que anda da teoria para a prática, passa da prática à teoria através de outros percursos que valorizam os diferentes saberes, a cultura, o contexto sócio-econômico e político” (CONTE, PLEIN e SILVEIRA, 2009, p.130).

Neste caso, “a aprendizagem no trabalho, torna-se um componente significativo, ancorado na elaboração da experiência para daí produzir teorias”. (CONTE, PLEIN e SILVEIRA, 2009, p.130).

Este trecho, retirado do artigo *Saúde Coletiva, Psicanálise e Educação Permanente em Saúde*, vem ao encontro do que a Política de Educação Permanente em Saúde (2007) tem como estratégia, ou seja, a implantação de dispositivos de aprendizagem no cotidiano das pessoas e das organizações.

Acredita-se que isto só será possível se houver a utilização de dispositivos que possibilitem transformar as práticas profissionais, a partir dos problemas

enfrentados na realidade, sem desconsiderar os conhecimentos e as experiências que os profissionais já têm incorporados na sua história.

Conforme o mesmo artigo é necessária a criação de espaços que sejam favoráveis a fala, à escuta e que incluam a subjetividade nas ações das instituições públicas de saúde. Além disso, relaciona-se a proposta de supervisão clínico-institucional direcionada pelo Ministério da Saúde aos CAPS, como um espaço de educação/formação permanente.

[...] É um dispositivo que vem suprir uma deficiência de espaços de educação permanente, que já poderiam estar colocados às equipes, [...].

Neste contexto, Figueiredo (2008) conclui que a presença regular de um supervisor poderia sustentar a ação dos profissionais nos serviços, conduzindo a uma produção permanente de conhecimento. A presença do supervisor, na perspectiva do artigo, permite que o trabalho tenha desdobramentos e que o produto deste, tenha um registro que inclua os impasses e dificuldades presentes neste percurso. O supervisor operaria como facilitador do trabalho e da produção em equipe.

Ainda para esta autora, “o supervisor cumpriria a função de “êxtimo”, isto é, alguém que é, ao mesmo tempo, externo e interno à equipe. Por não ser ninguém da equipe, sendo de fora, ele ficaria “por dentro” do trabalho por sua constante presença” (s.p).

Para o grupo pesquisado, o supervisor não faz parte da equipe. Ele não teria um lugar definido, mas poderia transitar entre o dentro e/ou o fora, mas sem ser da equipe. A fala abaixo enfatiza esta proposição:

[...] o supervisor tem que estar “na borda”. Ele não pode nem estar muito dentro, nem muito fora. Tem que estar dentro o suficiente para estar atento, para poder se deixar mergulhar, transpassar por toda aquela angústia, aquele enredamento todo que é o cotidiano do CAPS, mas, ao mesmo tempo, tem que estar fora suficientemente para não se confundir com isso [...]

[...] às vezes tu se enfia para dentro, às vezes sai pra fora [...]

Na análise dos dados, percebe-se que o lugar que o supervisor ocupa na realização do seu trabalho está correlacionado à sua função em relação à equipe. Não fazendo parte da equipe, não seria sua função ser porta-voz dela, ou mesmo, fazer por ela. Ele teria uma função diferenciada da equipe.

Quando questionados sobre esta função, evidenciou-se um grande número de expressões relacionadas à tradição teórica predominante de cada um e que pareciam divergir quanto ao seu significado. No momento em que foram solicitados a descrevê-las, os pontos de convergência foram preponderantes, por exemplo: ele não faz terapia de grupo; não polariza num profissional e não aponta defeitos; não centraliza a supervisão em si; não vem para dizer o que os outros devem fazer, mas ajuda a equipe a descobrir o que tem que fazer; ele pode dar alguma sugestão, às vezes, desde que não seja algo conclusivo.

Assim, destacam-se as seguintes falas que contextualizam esta questão:

[...] o supervisor não tem a função de dar aulas, ou seja, não é dizer o que tem que se fazer ou como as coisas devem ser. Não é função do supervisor de ser prescritivo. Por exemplo, ensinar o que é acolhimento, não seria uma proposta da saúde coletiva. Não teria uma visão compreensiva do porquê a equipe lança mão desta ferramenta. O supervisor pode ter como referência a saúde coletiva e conceitos potentes, mas a utilização que faz destes conceitos pode ser tão reacionária, quanto o conceito que o antecedeu [...].

[...] o supervisor é uma alteridade, é um suporte e um aliado. Ele é um dispositivo da reforma psiquiátrica [...]

[...] o supervisor é um copensor. Seria alguém que vem para problematizar o processo de trabalho. Ele vem para estar com a equipe e não para pensar por ela [...].

Para Matumoto et al (2005), copensor seria aquele que pensa junto sobre os obstáculos com que a equipe se depara no processo de trabalho, facilitando sua compreensão para que ela possa modificá-los. Ele auxiliaria o grupo a pensar em seu próprio processo e ressignificá-lo.

Os autores ressaltam como impasse que surge no cotidiano do trabalho, o medo dos profissionais de serem confrontados nas suas certezas, de perderem aquilo que já é conhecido, da censura e da não aceitação, de se deslocar do território conhecido para outro novo que pode desestruturar, mas que pode abrir

brechas para a recriação. Aprender algo implica em quebrar a matriz de aprendizagem que se tem arraigado. A supervisão pode desenvolver a crítica dos trabalhadores, possibilitando uma adaptação ativa à realidade, sem desconsiderar o conhecimento já adquirido previamente, que é o que esta sustentando o trabalho até então.

Esta fala exemplifica esta proposição:

[...] levantava várias lebres, para eles ficarem pensando, mas em nenhum momento me passou pela cabeça -não esse pessoal aqui está errado nisso e eles têm que fazer assim- pois eles têm o processo deles. Aliás, isso é uma coisa boa, em nenhum momento eu me senti pressionado, ou inseguro, eu só me sentiria assim se eu tivesse a pretensão de ir lá e dizer o que eles teriam que fazer. Como eu me coloquei nesta postura, foi um processo tranquilo para mim também [...]

Pitta (apud ABRASCO, 2006) reforça esta manifestação quando coloca que o objetivo maior do supervisor clínico-institucional é fazer operar a equipe. Ele é alguém que funciona como facilitador e catalisador de sentimentos, promovendo leituras que favoreçam o grupo a trabalhar seus conflitos.

A partir do mencionado acima, evidenciou-se que os supervisores utilizaram algumas ferramentas ou instrumentos de trabalho na implementação das propostas de supervisão feitas pelo Ministério da Saúde.

São eles: a escuta e a palavra; a construção coletiva dos casos clínicos; a experiência do dia-a-dia na saúde coletiva; a experiência pessoal e profissional; a leitura de textos e a participação de convidados em temas específicos; a problematização das situações do cotidiano das equipes dos CAPS; a construção de um mapeamento do processo de trabalho no CAPS antes de iniciar a atividade, todos pautados na presença da transferência de trabalho.

Estas ferramentas podem favorecer e estimular, enfim, possibilitar um trabalho multiprofissional, interdisciplinar, imprescindível à realidade dos CAPS.

A escuta e a palavra como recursos operativos para a supervisão, são citadas por todos os pesquisados como ferramentas imprescindíveis. Elas possibilitam a circulação da complexidade dos discursos nas reuniões de equipe. Uma escuta livre, aberta, desprovida de preceitos morais, vinda de alguém que não é detentor da verdade. Que “descole e desloque” os profissionais das prescrições preconcebidas

de funcionamento dos serviços e que os retire de uma posição de alienação, de não interrogação.

Segundo Costa (2009), a alienação seria uma forma de recusa ao sofrimento gerado pela relação dos sujeitos com suas experiências. Isto foi percebido na maioria das supervisões e trabalhado para além dos contornos da legislação do SUS, ou melhor, interrogando os seus fundamentos.

[...] A supervisão é especialmente uma escuta, uma escuta do grupo, deste grupo que trabalha cada um na sua especificidade, cada um na sua linguagem, cada um no seu imaginário e que é um grupo heterogêneo e que nem sempre entende o sujeito da mesma forma, o mesmo fenômeno da mesma forma, e justamente por isso precisa se escutar entre si. Então, esta fala do grupo, em relação ao seu trabalho, amparado pela presença, pela escuta e por algumas intervenções do supervisor, permite a criação de uma linguagem coletiva que pode ser mais ou menos consensual. É possível criar, a partir deste espaço, um campo de semelhança na observação e na compreensão do mesmo fenômeno [...].

[...] A escuta é feita de forma livre, quase como uma associação livre do próprio grupo e, aos poucos, isto vai criando uma possibilidade do próprio grupo ir se dando conta, se deparando com alguns insights como se fosse uma cabeça coletiva, coisas que isoladamente não seriam possíveis [...].

Neste sentido, Oliveira, Palma e Veronese (2009, p.1351) propõem como reflexão que:

“a escuta daquilo que retorna como efeito de um discurso automatizado, circunscrito na impessoalidade, pode indicar palavras que possam estabelecer uma dimensão subjetiva. Escutar e apontar para uma palavra que indique a dimensão subjetiva parece ser um recurso fundamental. Servir como suporte para a construção de um arranjo singular, no lugar de uma fala automatizada e subserviente, é um trabalho que exige esforços de várias ordens.”

A fala abaixo valida o exposto:

[...] uma escuta atenta, tudo o que se fala, tudo o que pode ter a possibilidade de um entrave, de um mal-estar, fazer o assinalamento disso e que as pessoas possam dali então passar adiante nessa fala e poder vencer esta resistência e ir mais adiante no trabalho [...].

A escuta seria o disparador do processo de supervisão, podendo permitir que a equipe explicitasse suas demandas, auxiliando na definição dos tópicos a serem trabalhados. Entre eles, segundo Onocko et al (2009) e os pesquisados, podem

estar incluídos a discussão das relações de poder, as dificuldades de trabalho em equipe, as inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou a técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela e dos sintomas de estresse.

O supervisor teria o lugar de quem fala a mesma linguagem e, volta e meia, oferece um olhar externo. Propõem um espaço de escuta que apazigúe aqueles tensionamentos. Uma das ações para que isto se concretize, seria promover a circulação da palavra entre os membros da equipe, proporcionando que ela possa se colocar no diálogo em torno do objetivo do seu trabalho, no porquê de sua existência.

A fala a seguir expõe a importância deste espaço para as equipes.

[...] A única intervenção foi de apoiar a equipe para que todos falassem, momento de catarse, quebrando resistências de ambos os lados criadas pela troca de coordenação [...].

Em relação ao estresse, segundo alguns relatos, a supervisão não tem a tarefa de mudar alguém, mas de fazer com que as pessoas lidem melhor com suas questões. Não teria a função de ficar fazendo análise de quem está na equipe ou de se tornar um espaço psicoterápico. Entretanto, não deixa de ser considerado um espaço de cuidado, como evidenciado na fala dos participantes.

Um dos entrevistados explicita que as equipes têm problemas interpessoais e, provavelmente, continuarão tendo após a supervisão.

[...] Não considerar o profissional como um “coitadinho é não correr o risco dele se colar ao seu objeto de trabalho [...].

A construção coletiva dos casos clínicos, segundo eles, pode servir para avaliar o funcionamento da equipe e a implicação de cada um no trabalho com determinado usuário. Casos que envolvam toda a equipe, nos quais haja confusão quanto aos encaminhamentos do mesmo, podem expor os atravessamentos de uns com os outros, do quanto um propõe algo e o outro desconsidera.

Evidenciam-se questões de um profissional com o outro, diferenças importantes que dificultam o trabalho na equipe. A partir de algo que não anda bem

na direção do tratamento com um ou outro paciente, pode-se revelar pontos de dissociação ou de rupturas da equipe. Poderia se considerar, então, um espaço de cuidado com o serviço, com a política e com o usuário.

Caberia, então, ao supervisor, sustentar a dimensão clínica quando todos se perdem no político, pontuando estes momentos. Os supervisores, em sua maioria, apontam que a supervisão, nesta perspectiva, não vem para corrigir ou para fiscalizar. Com ela, não se teria a intenção de sistematizar o trabalho ou de chegar a uma conclusão certa ou errada, mas sim poder devolver as questões para que a própria equipe pudesse construir suas conclusões. Esta perspectiva aponta na direção da autonomia da equipe no seu processo de trabalho. Entende-se, então, que o supervisor não tem a função de dar respostas e sim de fazer com que os trabalhadores possam buscá-las. Não é alguém que diz como funciona, mas que alia os seus subsídios com os da equipe, como se percebe no trecho abaixo.

[...] se eu estou dentro do serviço público, discutindo uma supervisão dentro do SUS, eu vou discutir tendo como princípios e diretrizes o SUS, usando a teoria como uma caixa de ferramentas para que se possa trabalhar. E o papel do supervisor, eu acho que é poder trazer, instrumentalizar mais a equipe, proporcionar espaços de discussão e de problematização. É um olhar externo que é sempre diferente. Tem um autor que nos diz que para chegarmos perto de ver o todo são os vários olhares que nós temos, porque eu acredito que eu vou olhar de fora e vou ver coisas que eles não vêem, mas também têm coisas que não adianta, eu não vou conseguir captar porque eu não estou lá dentro. E nem quero estar, porque daí seria outro papel. Então, eu acho que é esse o papel, é de problematizar, instrumentalizar, possibilitar uma construção, avaliar demandas, construir juntos [...].

Os supervisores, em sua maioria, propuseram abordagens que se centraram na integração e na qualificação do trabalho em equipe, problematizando sobre suas construções, dificuldades, conflitos e sofrimentos experimentados no cotidiano do trabalho do CAPS.

Entre estas dificuldades, Ribeiro (2009a) ressalta o conflito entre a clínica e a política presentes nas instituições: a primeira, voltada para o sofrimento individual e a segunda, visando à garantia de direitos e deveres universais.

Neste cenário, segundo o autor, estabelece-se o confronto entre as concepções de sujeito, as quais se fundamentam por ações orientadas por éticas distintas. Isto seria vivenciado nas relações que se estabelecem nas equipes multiprofissionais dos serviços de saúde.

Como proposta para este impasse, sugere que se estabeleçam relações de respeito à especificidade das competências de cada profissional na convivência nestas equipes. Ressalta que, nestas possíveis articulações, as diferentes profissões costumam ser objeto de vários tipos de tensionamentos.

As equipes, segue o autor, necessitam ter metas em comum, não significando que elas se façam um ou se tornem uma totalidade, mas que cada integrante tenha como direcionamento de sua ação a escuta e o respeito às demandas e desejos de quem procura os serviços.

Nesta direção, explicitam-se os trechos da entrevistas a seguir:

[...] não acho que seja interessante uma homogeneização [...] mas acho que nós temos que ter referências comuns, nós temos que ter um conhecimento de saúde coletiva, a gente tem que ter um conhecimento de rede, a gente tem que ter um conhecimento, por exemplo, sobre implicação, o supervisor tem que fazer um trabalho muito cuidadoso de não impor para os seus supervisionados a sua visão, mas sim poder fazer um trabalho de problematização da visão dessas equipes, a partir de um contorno, de uma construção conceitual que está colocada pra rede no SUS. Com todos esses pressupostos da educação permanente, no acolhimento como uma posição de trabalho, a dimensão do território, então isso já está colocado, mas precisa ser reinventado, apropriado por parte das equipes. E às vezes, como a gente tem um lugar na rede, a gente tem que ter muito cuidado de não querer que o pessoal siga o que a gente acredita, mas que eles possam fazer sua própria construção [...]

[...] a supervisão não pode apagar as especificidades das ações e da qualificação dos profissionais. Não pode transformar tudo numa coisa só [...]

Este trabalho está presente no discurso de quase todos os entrevistados. Em apenas um caso, a questão política prevaleceu sobre a clínica. Isto faz perceber que estar afinado com a Política Pública ou prescrevê-la, sem problematizá-la, como critério para se “qualificar” a função de supervisor, não é suficiente. Vencer esta dicotomia, que se instala entre as diretrizes gerais da política e a construção particular do cuidado clínico e ser capaz de levar em conta a complexidade da dimensão existencial de um sujeito singular, neste caso, haveria afinidade com a proposta de supervisão do MS.

[...] As equipes se tensionam de forma constante, como “numa panela de pressão”, pois trabalham com problemas sociais

gravíssimos. São cobradas a administrar uma demanda que não vão dar conta sozinhas. Sempre ficará sobrando, e com isto, a sensação de que nunca se faz o suficiente. Então, a supervisão é um suporte que precisa ser contínuo pelo lugar social que ocupa um CAPS, por conta da dificuldade e da complexidade que é este trabalho. O supervisor tem que permitir que os sujeitos construam saídas [...]

[...] poder fazer dialogar as diferentes concepções, as diferentes formações, os diferentes campos de trabalho faz parte do processo de trabalho do supervisor. Poder colocar estes em enlace, de algum modo, pela palavra é fundamental [...]

Seguindo adiante, pelo relato de alguns pesquisados, a experiência do dia a dia na saúde coletiva pesaria mais na realização deste trabalho quando comparada às demandas apresentadas nos consultórios particulares. Esta bagagem serviu como ferramenta potente para o planejamento e para momento das supervisões. Percebe-se, no trecho abaixo, a relevância dada pelos supervisores ao conhecimento da realidade do SUS e a experiência do trabalho em equipe para a prática deste ofício.

[...] para supervisionar uma equipe tem que ter um mínimo de trajetória na saúde coletiva. Como é que tu vai pensar o processo de trabalho se tu nunca entraste... Eu acho que é fundamental [...]

[...] Quem não tem conhecimento do sistema único de saúde, não teria como participar como supervisor neste processo [...]

[...] para ser supervisor tem que ter experiência de trabalho institucional e SUS, não necessariamente em CAPS, o próprio trabalho em hospital, na universidade, enfim, porque é de relações que se trata, de algum tipo específico de laço social que está ali fundado e que, apenas o saber acadêmico não vai dizer o que é [...].

A experiência profissional e pessoal também é utilizada no processo de trabalho da supervisão. Quanto a isto, Campos e Garcia (2007, p.98) relatam que:

“sem parâmetros consistentes, cabe ao supervisor construir seu próprio modo de atuar a partir da prática, onde inevitavelmente vai imprimir traços da sua própria trajetória, de sua vivência de quando foi supervisionado. Pela ausência de insumos mais conceituais e metodológicos, a experiência se apresenta como uma fórmula a ser replicada: 'aprender com a prática'. Não se trata aqui de desqualificar esse expediente, mas de reconhecer que a função do supervisor é a de qualificar a prática e não validá-la como

pressuposto. O aprendizado implica, necessariamente, em abstração conceitual e em produção de conhecimento na revisão de práticas reiterativas. Portanto, as experiências pessoais não deveriam servir exclusivamente como parâmetro para construção de valores.”

Quanto às práticas, Rosa (2004, p.342) afirma que:

“a prática não tem sabedoria própria. Ela suscita idéias, a princípio indeterminadas, por via da construção e do trabalho do conceito que nunca acaba de se formar, pois, uma vez fixado, despotencializa-se como conceito. É preciso perguntar se a existência de um conceito é necessária, e de que problema constitui a solução. [...] Assim, o trabalho teórico não pode ser dispensado, pelo contrário, a teoria constrói condições de descobrir os fenômenos sem se ater apenas na experiência. É nesta relação que é possível construir, ultrapassar o já dito. Construção que não se sustenta em uma linearidade e em que a teoria e a prática não têm autonomia. As questões são formuladas a partir dos sujeitos implicados neste processo.”

Importante salientar que a experiência profissional ou pessoal como instrumento de trabalho, não é usada de forma isolada, mas sim associada à formação específica de cada profissional. Sob esta ótica, não seria uma recusa dos conhecimentos científicos adquiridos, mas o reconhecimento de que o processo de convívio e as relações que se estabelecem nestas experiências, contribuem da mesma forma, para a construção do conhecimento.

A fala a seguir solidifica este pensamento:

[...] para este trabalho, o supervisor deve procurar conhecer a equipe para que possa ajudá-la a se conhecer um pouco mais. Nisto, pode aportar da própria experiência. O supervisor faz uma radiografia do processo de trabalho, porque falar do processo de trabalho e não ver o que as pessoas estão sentindo, não produz efeitos [...].

Dois entrevistados ao identificarem dificuldades de conhecimentos no grupo e sem se sentirem em condições adequadas de atendê-los convidaram alguém com mais experiência para trabalhar com a equipe. Fizeram estes encontros em duplas dentro do processo da supervisão.

[...] existia a idéia de se convidar algumas pessoas pra fazer alguns seminários, algumas coisas que nós fizemos levantamento que seriam importantes, não é porque tu fazes trabalho de supervisão, que tu vai dar conta do todo. Então em alguns momentos é interessante aproximar outras pessoas para discussão [...]

Para o início das atividades de supervisão alguns dos entrevistados acharam necessário coletar dados do serviço, entre eles, o número de funcionários, as funções, o tipo de vínculo empregatício, o número de usuários, os tipos de atendimentos.

Este mapeamento teve como objetivo conhecer as pessoas, o fluxo e os encaminhamentos, o que funcionava como CAPS e o que não funcionava como CAPS, mas como ambulatório dentro do CAPS, as relações com o usuário, as relações com a equipe, com familiares, com gestores e com a rede. Este levantamento inicial serviu para desnudar as nuances das práticas do serviço para posterior elaboração de um projeto de trabalho e de encontros pré-programados. Os fragmentos abaixo atribuem sentidos a esta investigação inicial:

[...] a coleta destes dados possibilita estabelecer diálogos e, como, dentro da perspectiva do SUS, fazer girar todos eles [...].

[...] para a supervisão foram pautados os principais problemas do CAPS, as questões relativas às diferentes concepções tentando fazer uma costura entre elas, mas sem ter como alvo um consenso, ou seja, alguma costura entre o que um pensa, o que o outro pensa, para se propor a idéia de um programa terapêutico que faça esta pontuação mais singular, o que serve para cada um dentro do espaço coletivo. [...]

Um destes encontros teve como objetivo fazer uma “fotografia” da saúde no local. Reuniu os trabalhadores em pequenos grupos onde cada um ficou responsável por fazer um desenho de determinado serviço da rede, com o objetivo de tentar ver como este funcionava. Fazer a equipe conhecer o outro o serviço foi à finalidade desta atividade. Para tanto, tiveram que conversar com os trabalhadores, conversar com alguns usuários, acompanhar algum dia de trabalho, privilegiando um movimento entre a saúde mental e a atenção básica. Evidenciaram-se, a partir deste encontro, várias questões que puderam se trabalhadas na supervisão. Entre elas, o desconhecimento dos profissionais em relação ao funcionamento dos demais serviços. Este desencontro é um dos impasses que se apresenta nos espaços públicos à efetivação do SUS no eixo da integralidade das ações.

Outro instrumento descrito pelos supervisores foi a leitura de textos sugeridos pelo supervisor ou pelas equipes. Tinham como objetivo embasar as supervisões,

ampliando o olhar sobre os problemas e ajudando a equipe a encontrar possíveis soluções.

Também quanto às leituras, dependendo do tema a ser debatido, houve a sugestão de textos complementares e outros obrigatórios. Dentre os obrigatórios, destacaram-se os que abordam as leis do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Alguns supervisores sugeriram leituras específicas que funcionaram como obstáculos para a equipe.

Existiram opiniões divergentes quanto ao objetivo destas leituras, como pode se observar na fala abaixo:

[...] a supervisão tem que permitir que a equipe reconheça o momento em que se encontra, que tipo de construção, que tipo de assimilação dos conceitos que tem e onde eles podem buscar aprofundar. Permitir um aprofundamento desde que seja uma questão para eles e não algo que é imposto. Então, a supervisão tem que trabalhar com o que emerge da equipe. Não necessariamente se restringe a isto, mas ao trabalhar com uma rede conceitual, uma rede afetiva, um determinado questionamento, dependendo de como for trabalhado, pode-se gerar outros questionamentos [...].

O trecho acima remete a Freire (1992, p.11-13) quando diz que:

“Observar, olhar o outro e a si próprio, significa estar atento, buscando o significado do desejo, acompanhar o ritmo do outro buscando sintonia com este.”

“Para escutar, não basta, também, só ter ouvidos. Escutar envolve receber o ponto de vista do outro (diferente ou similar ao nosso), abrir-se para o entendimento de sua hipótese, identificar-se com sua hipótese, para a compreensão de seu desejo.”

Em contrapartida a esta construção compartilhada, o trecho a seguir explicita que a leitura imposta não contribui para este momento da equipe:

[...] criamos um projeto que fosse um projeto terapêutico que substituísse o que eles estavam fazendo. A estratégia era começar de manhã com as atividades que exigiam mais mentalmente deles. Então começava com essa coisa mais dura, mais conceitual. Eu levei um texto do Peter Pelbart e foi muito complicado trabalhá-lo. O pessoal patinou quase dois meses para conseguir engolir aquele texto. Eu achei que ia conseguir trabalhar o texto no dia. Era como se fosse grego numa sala que ninguém sabia falar grego. Aquele do manicômio mental, que nem é um texto tão grande assim. Para quem está na trajetória da saúde mental é um texto viável de trabalhar [...]

Nestas situações, a supervisão adquire um caráter prescritivo. Ensinam-se as equipes como trabalhar as redes sociais, o que é acolhimento, como preencher um prontuário, fazendo um passo a passo até mostrar formas de cuidado que seriam corretas. Há um planejamento teórico inicial que se mantém cristalizado na continuidade, desconsiderando o saber da equipe.

A problematização das situações do cotidiano das equipes dos CAPS foi referida, em várias entrevistas, como forma de trabalho das supervisões. Esta metodologia teria como objetivo propiciar o diálogo entre os participantes e as diferentes concepções e campos de trabalho, abrindo espaço para novas reflexões e novos acordos. Conhecendo um assunto, sendo o mesmo apresentado e compartilhado com o que outros sabem sobre ele, poderia se começar a problematizar este tema específico.

Problematizar seria fazer com que a equipe interrogasse, repensasse e questionasse suas condutas, ou melhor, a sua própria clínica. Nesta perspectiva, ao iniciar por um problema, encadearia outro, e isto ocorreria sucessivamente.

A partir desta análise, a supervisão poderia ser um espaço não só de resolução, mas também de construção de problemas. Elege-se uma questão trazida por alguém da equipe e há o detalhamento da mesma a partir de perguntas colocadas à pessoa que a enunciou. A partir das respostas e das próprias perguntas que os outros integrantes da equipe vão fazer, tem-se aquilo que vai ser trabalhado, e que pode não coincidir com o que foi enunciado. Por esta concepção haveria um hiato entre o que foi dito que queria ser trabalhado, e o que efetivamente apareceu como emergente, como uma necessidade do grupo.

Tal argumento de ação permitiria que os trabalhadores olhassem mais objetivamente para realidade do seu trabalho. Haveria um estímulo à construção ou a reformulação das hipóteses colocadas na discussão, substituindo-as por outras mais próximas da realidade a partir do olhar de vários trabalhadores. Constata-se que tal apelo reflexivo teria como conseqüência a construção de novas formações críticas e criativas, sem desconsiderar os conhecimentos prévios da equipe.

A equipe pode se referenciar em si, ou seja, no que ela já tem de conhecimento acumulado para que não se construa uma relação de dependência com o supervisor clínico-institucional. Da realidade extrai-se o problema, fomentam-se discussões sobre os dados obtidos e conclui-se com ações que possam

transformá-lo. A problematização das situações do cotidiano favoreceria a busca de soluções, caminhos ou, pelo menos, “pistas”.

[...] Problematizar permite emergir como é que a equipe está entre ela, como é que ela está com o usuário, como é que ela está com a rede e como é que ela está com o conceitual [...].

Neste caminho, Ribeiro (2009b) refere que uma instituição que busca a interdisciplinaridade pode produzir como efeito, a possibilidade de superação de impasses, justamente pela possibilidade de lidar com a alteridade. Fazer a palavra circular e problematizá-la, poderia de algum modo, produzir conexões.

[...] Problematizar o que foi dito - olha quando tu estás falando dessa forma em relação à determinada questão tu quer dizer o que?- Diferentes concepções podem ser conjugadas numa mesma equipe, sem homogeneizar o conhecimento. O supervisor pode enunciar aquilo que esta se operando abrindo diferentes pontos, pois, muitas vezes, as pessoas não tem o significado claro do sabem, sobre o que pensam ou o porquê pensam de determinada maneira [...].

[...] Por exemplo, como é que essa pessoa foi agendada? Como é que essa pessoa foi parar no hospital? Como é que ela voltou? E o CAPS, acompanhou? Então, as discussões de caso revelam as questões de gestão do trabalho e de organização do serviço [...].

O recorte da fala acima também evidencia que o trabalho clínico está indissociado do institucional. Entende-se que a problematização como processo educativo e pedagógico, produz um trabalho de educação permanente que não impõem os ideais do supervisor em detrimento do desejo e do conhecimento dos trabalhadores nas equipes.

[...] O supervisor querer que todo mundo esteja afinado com a Reforma, com a luta antimanicomial, bom, mas não é assim. A vida é como ela é, e não é como eu quero [...].

Em relação a este fato, na concepção de Conte, Plein e Silveira (2009), a educação permanente em saúde é uma política e uma prática que inverte a lógica de lugar de objeto que ocupam os trabalhadores. Ou seja, retira os trabalhadores da lógica de receber conteúdos e de reprodução de um saber. Sob esta interpretação, há o deslocamento desta posição para a de “sujeitos que produzem conhecimento a

partir de uma prática engajada que lhe permite investir libidinalmente no trabalho.” (p136). É necessário situar que a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007c) está voltada aos problemas cotidianos das equipes de saúde visando transformações nas suas práticas técnicas e sociais. Insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual.

Para este fim, utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho.

Rinaldi (2008) lembra que o campo da atenção psicossocial que surge a partir destas portarias é atravessado por normas que definem formas de gestão, objetivos, competências e dispositivos de tratamento. Assinala que no cotidiano dos serviços está presente a interpretação destas normas pelas equipes, as quais tentam articulá-las a clínica propriamente dita. Entre o normativo das novas instituições e a sua reinterpretação pelas equipes, a clínica que se desenvolve nos CAPS corre o risco de reproduzir, sob novas formas, práticas tutelares mascaradas, tão criticadas no modelo anterior. Ela diz que:

“o imperativo da reinserção social presente na reforma pode levar a uma redução da clínica aos procedimentos de reabilitação psicossocial, com seu caráter normatizador e pedagógico, a partir da crença em um saber naturalizado sobre o que é melhor para o sujeito.”

Este estudo demonstrou que, no discurso da maioria dos supervisores, esteve presente a preocupação de trabalhar com as equipes a inserção e inclusão social dos sujeitos em sofrimento, levando em consideração a singularidade de cada caso, tendo como princípio a Política Nacional de Saúde Mental.

[...] Eu acho que tu restituir a dimensão clínica do sofrimento do sujeito vai te ajudar a traçar qual é a rede de apoio. Se a gente ficar normatizando “está na rua precisa de benefício”, não. Entrou pro CAPS precisa passar pelo psiquiatra e tem que ser medicado senão vai embora, não é assim [...].

[...] esta questão da não dissociação da clínica com a reabilitação é extremamente importante, algumas coisas que são norte do meu trabalho, e tem a ver com a minha formação e que na supervisão vou

lançar mão, não esquecendo essa questão da articulação do político, da assistência, então, esses diferentes campos que acabam se cruzando na saúde mental isso interfere na clínica, e a gente tem que estar sabendo fazer a leitura disso. Eu acho que essa multiplicidade, a experiência do trabalho, mas muito a partir do CAPS, tu és forçado a fazer elos, a fazer o laço para que aquilo ali se sustente. Então, acho que a riqueza que é o trabalho num CAPS, mas sem perder de vista que o norte é a clínica, isso para mim é fundamental, isso, assim, o que define com quem eu vou fazer rede ou não, é a questão do paciente [...].

Nesta direção, a garantia do trabalho e a direção clínica construída em equipe são condições para que o dispositivo de supervisão produza efeitos, segundo Figueiredo (2008). A autora traz como um balizador para o trabalho em equipe com suporte na supervisão, sob referência da psicanálise, a “transferência de trabalho”. Para ela:

“o coletivismo da organização democrática da equipe em que todos pleiteiam o mesmo lugar deve dar lugar ao coletivo em aberto regido pelos acontecimentos e situações clínicas mais do que pela evocação de palavras de ordem ou paradigmas de ação social. Neste caso, a ação social pertinente é a que considera esta etapa preliminar do trabalho na direção do sujeito como condição para sua intervenção” (s p).

Por esta proposição, o que interessaria é o não todo, ou seja, o coletivo que não se faz UM. A supervisão tem que produzir sentido, tem que possibilitar a produção de subjetividade. Fazer com que o profissional possa encontrar, no espaço coletivo, aplicabilidade da sua especificidade, ou seja, considerando a rede, os objetivos dos CAPS e a equipe. Não é fazer do CAPS uma clínica fechada, mas, pelo contrário, é dar ênfase ao trabalho que é o de distribuição de responsabilidades do caso tendo o sujeito, na sua singularidade, como referência inicial.

Sob este ponto de vista, se não há transferência de trabalho, a supervisão não acontece. Nesta perspectiva, Figueiredo (2005 s p):

“a transferência de trabalho é concebida a partir do próprio conceito de transferência, central no tratamento psicanalítico, mas dessa vez como um instrumento do trabalho entre pares. Seria a condição do estabelecimento de um laço produtivo *entre pares* visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é conseqüente. A transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteadada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito.”

Validando o exposto, estabelecer transferências de trabalho em uma equipe, para Ribeiro (2009b, p.18) significaria que todos partiriam de uma posição de não saber. Este seria o “em comum” da equipe. O autor pontua que “cada um só pode falar a partir de sua trajetória pessoal e profissional, mas que nesta experiência ninguém falaria de sua especialidade e, menos ainda, autorizado por ela”. Haveria um deslocamento da suposição do saber, da equipe, para os sujeitos por ela atendidos (ou neste caso, para os supervisionados). A singularidade de cada caso (situação) é que irá orientar a ação da equipe (supervisor).

Se a transferência da equipe está relacionada ao saber acadêmico, por exemplo, pode-se convidar um professor, mas a equipe vai continuar na condição de aluno. O trabalho em saúde mental, como em muitas outras áreas, mas principalmente, com os pacientes com transtornos mentais graves, exige autoria e implicação.

[...] fiquei espantando com um professor meu que me disse assim - psicoterapia não era para resolver os problemas das pessoas- fiquei até meio decepcionado com isso, porque na minha ingenuidade ali na formação, achava, - como é que não?-, depois eu fui entender a psicoterapia é um processo, mas quem tem que resolver os problemas é a própria pessoa, e que o tempo disso aí também pode ser diferente, psicoterapia está aqui, a solução pode estar mais adiante, então, na devida proporção, tem a ver com isso, eu acho que a supervisão não é pra resolver os problemas da equipe, mas é pra ajudar ela a entender um pouco melhor o processo de trabalho e ser capaz de resolver os problemas dela, eu acho que o supervisor não deve ser um cara metido [...]

No decorrer dos encontros e com um vínculo ou transferência estabelecidos, as equipes se permitem ocupar do espaço de supervisão para trabalhar as dificuldades existentes entre si e com a gestão. Seria como se a presença do supervisor viabilizasse que este diálogo fluísse.

O supervisor pode ser aquele que autorize a equipe a falar com o gestor e a compor com ele em momentos de crise. Ele tem que ter a capacidade de perceber estes pontos de cegueira. Isto pode se dar, se existir a transferência de trabalho.

Num caso específico, a supervisão estava rigidamente dividida em dois momentos: pela manhã a produção era teórica, com apresentação de temas com recursos audiovisuais e no turno da tarde abertas a discussões diversas que incluíam o estudo de casos. Os encontros iniciais priorizaram a questão da Reforma Sanitária

e o movimento e construção do Sistema Único de Saúde, diretrizes, princípios, legislação, história da reforma sanitária e da saúde pública. Como “uma sabatina” matinal, perguntava-se: Quais são as diretrizes da saúde mental e para onde apontam as conferências? Tendo este norte como direção, o que fazer para alcançá-lo? O trabalho que está sendo realizado está de acordo com essas diretrizes?

O supervisor faz este trabalho com o objetivo de alcançar o que está preconizado como diretriz e como princípio da política de saúde. Em contrapartida a esta disposição de trabalho, Palombini (2003, p. 161) refere que a obediência como modo de relação, desautoriza a invenção e prescreve comportamentos.

Os demais supervisores conduziram o processo de supervisão com uma postura mais flexível, fundamentada no momento em que as equipes se encontravam como revelam as falas a seguir.

[...] eu costumo ter um planejamento, não rígido, nas direções de trabalho para cada encontro, possibilidades de propostas, de dispositivos para facilitar, que circule a palavra entre a equipe. Mas normalmente, como que eu acho que deve acontecer em todas as situações, sempre vai ser diferente do que tu planejas, seja por uma administração do tempo, seja porque tu precisa assinalar mais um tópico do que outro, porque o que eles vão situar como importante te dá outro rumo, ou outro sublinhamento, outra necessidade de assinalar algumas coisas [...]

[...] eu encontrei uma equipe em crise, acho que mais da metade do tempo da supervisão eu trabalhei a equipe. Era engraçado que eu chegava lá e eles colocavam os prontuários que eles queriam discutir na mesa e os prontuários não eram pegos, eles não pegavam, pois era tanta dificuldade depois da troca de coordenação, foi muito difícil [...]

Onocko et al (2009) apontam o risco da supervisão, transformar-se, também, em espaço de "saber-poder" que opera sobre as equipes, com total descolamento da gestão local.

Quanto à gestão local, apareceram, nas entrevistas, situações em que esta tenta se apropriar do espaço da supervisão como agenciador de suas necessidades. Os relatos abaixo evidenciam a postura contrária a este lugar.

[...] a gestão me procurou, eu tive que dizer que se eu me aliasse com eles, eu não teria como trabalhar com o grupo. Então houve momentos de tentativas de fazer certo conluio: seja nossos olhos e

eu disse, olha, não posso, se for isso, a supervisão acaba, o grupo já está cheio de ansiedades paranóides, eu não posso me aliar com vocês [...]

[...] na verdade o que eles queriam era o aumento do aporte de pacientes, eles queriam mais atendimento, mais produção. Eles atendiam crianças muito graves. Tem crianças que tu podes colocar em grupo, tem crianças que tu tem que colocar um grupo de técnicos para atender [...]

Quanto a esta questão, Palombini (apud ABRAPSO, 2007, s.d) dispõe, num relato de experiência de supervisão durante a construção coletiva de casos, a emergência de duas lógicas distintas de concepção da atenção psicossocial. Reporta esta oposição ao que seria uma cisão entre a clínica e a gestão. A clínica voltada ao momento singular da emergência de uma situação específica e a gestão, o tempo da busca de resultados como sua prioridade. Esta cisão não seria favorável para a atenção psicossocial, pois esta requer uma coesão entre a gestão e a clínica.

“Entenda-se clínica, aqui, como o acompanhamento das singularidades em seus ritmos próprios, oferecendo-lhes formas e espaços de expressão e conexão com o mundo; e gestão como o agenciamento de redes de cuidado dentro e fora do serviço.”
(PALOMBINI, ABRAPSO 2007, s.p)

A construção coletiva de casos pode abrir espaço para que ambas as lógicas possam dialogar. Esta, segundo a autora, seria um dos desafios presentes no cotidiano das supervisões.

Com o decorrer do processo, os entrevistados percebem que, nos momentos da supervisão, a coordenação da equipe também é favorecida. Ela ficaria num outro lugar, diferente daquele de ficar chamando as diversas situações para si. Neste espaço, a partir da transferência, a equipe pode dizer o que não falaria nas reuniões.

Além disto, foi considerado, que intervenções em ato podem ser necessárias. Isto dependerá da confiança, do vínculo e da transferência existentes.

Fazer a devolução do que foi trazido pela equipe e daquilo que pareceu ser indispensável das falas, também é proposto por alguns supervisores.

[...] eles tem que ter a tranqüilidade de que alguém vai estar atento a captar o essencial, seja do entrave da questão que não vai adiante, seja daquilo que foi um insight, que deram um salto adiante, que superaram certos problemas do caso, algo que alguém falou, mas que passou despercebido, mas que o supervisor escutou. Como

exemplo, quando se percebe que um caso está muito centrado dentro do CAPS, pode-se questionar e dizer -bom, mas e a rede, não esta se falando nada sobre a rede. Outros casos ocorrem o contrário, tem-se a urgência de não segurar no CAPS e de fazer a distribuição na rede [...].

Assim, a partir da utilização adequada destas ferramentas elencadas anteriormente, a interdisciplinaridade seria algo tangível e que ainda assim, careceria de muitos investimentos por parte da equipe, bem como por parte dos supervisores.

Observa-se nas falas dos supervisores que, além das dificuldades em efetivar o que seriam suas atribuições, as equipes enfrentam estes impasses gerados pela convivência, pela divisão das atividades e pelo trabalho em equipe. Elas emergem em muitos momentos, como aquelas que ocorrem na definição do espaço de cada trabalhador na equipe, na pactuação de responsabilidades e na construção coletiva de casos. O exemplo abaixo situa a atuação da equipe em relação aos acordos internos

[...] Foi uma proposta que se fez: "vamos ver como é que está cada paciente ligado à que modalidade, vamos fazer um panorama". Foi feito um bom número de revisão de prontuários e o que se notava é que sobrecarregou alguns e não foi distribuído para outros e aquele trabalho que foi superimportante, não teve tempo de ser, ou não teve condições de ser socializado com todos [...]

Segundo Vasconcelos (2008, p.57), a interdisciplinaridade abre espaço para mudanças e ampliação do processo de trabalho das equipes como a responsabilização das mesmas pelo agenciamento e avaliação inicial da totalidade das necessidades dos usuários; uma disposição para um trabalho colaborativo dentro da própria equipe e entre as equipes da rede, visando superar o isolamento e intervenções fragmentadas; a disponibilidade para o novo, ou seja, para “aprender a aprender” e uma atuação que leve em consideração a transversalidade, o singular das questões econômicas, sociais, políticas, culturais, ambientais, jurídicas, relacionais, psicológicas, biológicas, dentre outras.

Para tal proposta, segundo o mesmo autor, haveria de se buscar a superação das conseqüências da especialização e da fragmentação das diversas áreas de

conhecimento, das competências profissionais e das técnicas de intervenção, superando um sistema desintegrado e com ações profissionais desarticuladas.

Os supervisores ao se reportarem a este processo referem que:

[...] acho que as equipes conseguem ter uma aproximação, mas um trabalho mais conjunto é mais difícil. Tem um respeito, mas um predomínio muito grande da clínica, das intervenções e ferramentas da clínica, e é o que predomina nos CAPS que eu conheço até hoje, uma relação bem disciplinarizada, passa por um, passa por outro, mas bem integrada. Diria que numa transição, uma aproximação bem razoável, um respeito entre colegas, um tendo uma boa noção do que o outro faria, ou seja, uma relação de confiança entre os colegas relativamente boa, no sentido de poderem combinar coisas ou um poder delegar pro outro alguma atribuição ou responsabilidade. Neste sentido da integração, da interdisciplinaridade ainda estão bastantes presentes as fronteiras e os limites das disciplinas, das especificidades, mas dentro da atividade clínica, dentro da esfera dos cuidados clínicos, psicoterapia, manejo da medicação, manejo de crise, etc [...]

Neste processo, é importante considerar que alguns impasses e dificuldades para efetivação da interdisciplinaridade são gerados pela confrontação de uma formação acadêmica e de práticas profissionais isoladas quando da sua inserção nos novos serviços do SUS como os CAPS.

A fala abaixo explicita esta problemática:

[...] minha formação é clínica e por mais que eu seja sensível a questão social e institucional, eu sou um clínico e não vou deixar de ser. Então, se eu não tenho profissionais tão qualificados um quanto o outro, se eu não tenho essas especificidades respeitadas e valorizadas, são formações, qualificações específicas e se elas não estão contempladas, o discurso da multidisciplinaridade vira um pouco unificação, aproxima um pouco do modelo mais total, um modelo de orientação única [...]

[...] eu acho que é possível resgatar isto no modelo único, em modelos de CAPS, desde que com uma revisão já pensando na reformulação das equipes mínimas, pois elas já são desenhadas com profissionais mais voltados para questão da clínica. O potencial clínico da intervenção psicossocial fica minimizado. Hoje a preocupação mais importante seria com o institucional, a valorização profissional e precarização dos contratos [...]

Lebrun (2009) destaca que a sociedade estava organizada, até bem pouco, conforme o modelo religioso, ou seja, reconhecia-se um evidente lugar de transcendência ocupado por Deus. Na nossa sociedade, este lugar de

superioridade, estava representado pelas figuras de autoridade. Na quebra deste laço, enfraquecido pelo discurso da ciência e pelos avanços da democracia em favor daquela, outro regime simbólico passa a organizar o social. Não há mais a representação simbólica de um sistema que tem dois lugares diferentes, e sim, a de um sistema em que todos os lugares estão em igual paridade.

Este autor exemplifica que hoje a rede, onde os lugares são paritários, substituiu a pirâmide onde o lugar do topo era evidente. Este sistema, segundo ele, tem suas vantagens, pois autoriza que coexistam um sim e um não simultaneamente sem que estes não exijam excluir-se mutuamente, favorecendo e permitindo que haja diferenças. Nesta prerrogativa, o saber próprio de cada um poderia contribuir para a realização de projetos coletivos.

Em contrapartida, ao se liberar do modelo religioso, ou da presença desta transcendência, observa que são numerosas as oposições que existem entre os diferentes trabalhadores e que as discussões entre estes permanecem geralmente na constatação, sem que nenhuma decisão seja tomada “ou quando, no melhor dos casos, uma decisão é tomada, é preciso frequentemente constatar que a ela não se dê nenhuma continuidade.” (LEBRUN, 2009, p.42).

Por esta abordagem, segundo Lebrun (2009) emergem vários conflitos para conciliar essas opiniões singulares. Como fazer com que todos esses particularismos funcionem em acordo? Como evitar que projeto coletivo não seja inteiramente tributário da opinião de cada um, exigindo a unanimidade consensual e, desta forma, não se torne debilitado?

Concorda-se com Lebrun (2009, p.41) quando ele afirma que “esta nova distribuição das cartas do jogo impõem-nos o desafio de reinventar a vida coletiva.” Nesta mesma direção, Figueiredo (2005, p.44) refere que, neste modo de organização:

“as especialidades sofrem uma 'implosão', devendo todos os participantes ter a palavra, seja em que momento for. A hierarquia dá lugar a uma autorização difusa e sempre questionável de um profissional por outro. Ao contrário da anterior, as discussões são infundáveis e a cada argumento novo, surge uma nova situação ou uma nova dúvida. Tudo pode ser discutido e o que prevalece é o confronto de 'igualdades', em que cada diferença pode ser tomada como desavença ou ameaça ao equilíbrio harmonioso do todo, no qual se sustenta a equipe. Aqui, a equipe se sustenta na lógica do 'todo'. O igualitarismo corre o risco permanente de desconsiderar a

especificidade de certas ações no trabalho clínico em nome de abolir as especialidades profissionais ou de confrontá-las.”

Esta situação é percebida pelos entrevistados como possibilidade de intervenção e que leva a desdobramentos na direção do processo de trabalho coletivo nos CAPS, conforme ilustrado a seguir:

[...] o SUS é um lugar de diversidade, mas que também coloca alguns contornos. Então, pode-se compor, a partir deste ou daquele referencial, desde que não estejam na contra mão desta proposta. Inclui-se, neste processo, poder problematizar como estes diversos referenciais e saberes estão servindo para serem universais, de que maneira eles estão servindo para serem integrais, como que eles tão servindo para que se tenha equidade e como é que vão se abrindo sentidos [...].

[...] a capacidade de poder criar estaria colocada na Reforma Psiquiátrica desde que se considere a condição subjetiva dos sujeitos [...].

[...] a presença do supervisor pode autorizar as pessoas a falarem e a disputarem certas concepções. Ele vai fazer um trabalho de, percebendo que concepções estão ali em disputa, poder dar uma indicação, que é a que está colocada para o SUS e para a Reforma Psiquiátrica. Ele pode empoderar aquela equipe ficando atento e valorizando as contribuições que cada um pode trazer, validando as mesmas quando na direção dos conceitos operativos de rede e de território, permitindo a construção de um entre-saberes, que é um saber a mais, que opere cuidado, saúde e contribua na produção de um saber do próprio usuário sobre si [...].

Ribeiro (2009a, p.18) aponta que podem existir algumas noções-chave que atravessem as diferentes disciplinas com o intuito de nortear um trabalho em comum entre os profissionais numa única direção, mas que permitam supor um saber que não é completo. Inclui, entre eles, a própria clínica e seus impasses, enquanto norteadores do atendimento; a aposta no respeito ao sujeito e nas suas potencialidades; a idéia de que o caso é construído e não está dado e que a particularidade é que humaniza.

A ética do singular na qual o tratamento deve ser dirigido, a partir de cada discurso particular, estaria também inserida nestas noções. Tais proposições, aliadas a uma posição ética da equipe que deixe um espaço ao não sabido, pode possibilitar o surgimento do novo, do não esperado. Estas noções podem ser

construídas pelas equipes, a partir de espaços que permitam coexistir os saberes clínicos específicos.

Finalizando a discussão deste eixo, para alguns pesquisados, poderia haver um momento de fechamento a cada encontro, no qual as pessoas pudessem dizer como elas se sentiram, porque, segundo eles, algumas considerações podem emergir e serem um modo de monitoramento e avaliação do próprio trabalho de supervisão.

4.2 EIXO 2- FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

Os supervisores clínico-institucionais identificam fatores que facilitaram o processo de supervisão clínico-institucional, assim como fatores que limitaram a sua efetivação.

Destacou-se pelos entrevistados, como **fator facilitador**, a experiência de trabalho em saúde coletiva. Inclui-se nesta perspectiva a experiência em consultoria para atenção básica, a participação em pesquisas em saúde coletiva, o envolvimento no processo da Reforma Psiquiátrica, o conhecimento sobre internação domiciliar e hospital dia, a experiência com matriciamento, a participação no planejamento e implantação dos CAPS, ter trabalhado em CAPS, a participação na discussão das políticas de saúde, o trabalho em comunidades terapêuticas, em ambulatório, dentre outros.

O saber escutar, como referido previamente, como prática deste trabalho, foi citado por todos como facilitador das ações. Neste caso, cada um fazendo o uso deste dispositivo, conforme a construção de sua trajetória na saúde mental.

A formação analítica, a formação em relações humanas, a experiência de ter sido supervisionado e de ser “paciente” em psicoterapia, também foram considerados fatores facilitadores da realização deste ofício.

Ter trabalhado em CAPS, em ESF, em gestão e planejamento, ter trabalhado em equipe multiprofissional, ou seja, a vivência com as pessoas no serviço, o estar em contato com o cotidiano do serviço, mais do que na teoria, segundo alguns deles, ampliariam o olhar e poderiam permitir um melhor aproveitamento, pelo supervisor, do que a equipe teria a oferecer.

Tais proposições, aliadas a receptividade da equipe, a presença de espaços como o das reuniões de equipe, os CAPS já terem proporcionado experiências aos trabalhadores considerando seu tempo de existência, a presença de equipes mais estruturadas e mais motivadas, são aspectos que otimizaram o encaminhamento da supervisão. Com relação à gestão do processo, destacou-se, como relevante, o supervisor ter sido escolhido pelas equipes.

Entre as **dificuldades** destacou-se a alta rotatividade de trabalhadores, o processo de trabalho dos médicos (médicos com agenda no CAPS); a mudança de coordenações (tanto nas coordenações das secretarias de saúde como coordenações dentro dos CAPS), as buscas pelos espaços e as disputas de poder; os interesses pessoais tanto da gestão como dos profissionais na equipe; diferenças e fragilidade dos vínculos profissionais; profissionais das equipes com consistência teórica frágil, levando a entraves durante as discussões nos diálogos com os colegas, dentre outros aspectos.

Segundo Matumoto et al (2005) quando se produz um ato de saúde, o trabalhador intervém em problemas de saúde e a forma com que este trabalhador reconhece o que é problema de saúde e como ele pensa que deve abordá-lo, interfere diretamente no resultado que pode alcançar. Segundo estes autores, a representação do problema de saúde e o conhecimento teórico e prático, fazem o trabalhador construir a ação e escolher os instrumentos e recursos a utilizar nesta realidade. Isso constitui suas ferramentas, cujo eixo orientador é a finalidade do seu trabalho compondo, assim, o seu processo de trabalho.

Os mesmos autores trazem como questão, a existência de relações de poder na divisão social/técnica do trabalho e que estas são aceitas e reforçadas culturalmente como inerentes às relações sociais. Problematizam que a denominação como nível universitário, médio e fundamental, por si só, marca essa diferença na rede de relações do processo produtivo.

Matumoto et al (2005, p. 21) refere que esta percepção pode ser apreendida em diferentes momentos, como por exemplo: na diferença de remuneração entre os profissionais; na flexibilização do cumprimento da jornada de trabalho para uns e não para outros; na liberação diferenciada para participação de cursos e na indicação para representar a equipe em diferentes eventos.

Estes autores salientam que:

“nas reuniões de equipe é freqüente observar uma hierarquização nas manifestações: primeiro fala o mais graduado, o socialmente mais reconhecido, para, em seguida, falarem os demais, numa espécie de escala pela posição-valor de determinado profissional naquele micro-espço social. Percebe-se uma polarização de falas entre os integrantes de formação universitária, tomando grande parte do tempo disponível. Os trabalhadores de nível médio colocam-se de forma muito acanhada e raramente se ouve os agentes comunitários. Observa-se um movimento da equipe no sentido de delegar a decisão final ao médico, ou ao coordenador da equipe.”

Esta questão é relevante e é percebida na maior parte dos relatos.

[...] nas dinâmicas participava toda a equipe. Alguns profissionais se vêm num lugar de não valor e no espaço da supervisão podem se sentir a vontade de colocar suas ansiedades [...]

[...] o profissional achava que as pessoas não o tratavam bem, e aí todo mundo estranhou: - mas nós te tratamos tão bem, mas do que tu estás falando... Diz um colega de equipe. Acho que foi re-situado o lugar dele, porque pelo ao menos não apareceu mais, como queixa de não valor. Nos próximos encontros, ele não participou de todos os momentos, mas entendeu que seu lugar não era secundário, que ele tinha uma relação muito intensa em função do tempo que permanecia com os usuários... Fazer perceber que todos têm um lugar nessa equipe é importante [...]

É importante que o espaço de supervisão seja usado para trabalhar estas questões, quando forem explicitadas. Apontar este estranhamento é fundamental para que esses fatos possam ser percebidos e compreendidos como constituintes da conformação da divisão social e técnica do trabalho, e que está vinculado ao modo de produção da nossa sociedade. Nesse sentido, a supervisão pode ser um dispositivo para que os integrantes da equipe possam entender que diferenças existem. Como propõem os autores, a possibilidade de analisar os conflitos, os sentimentos de impotência, os mal-entendidos, os não-ditos, os sentimentos de mal-estar presentes no processo de trabalho, para que estes não se tornem naturais ou entrem no campo de conflitos pessoais, é inquestionável. Conhecer esta realidade facilitaria, ao supervisor, o seu trabalho.

Foi pontuada a precarização do trabalho como algo que afeta os resultados do fazer terapêutico previsto nos dispositivos de saúde mental. Para Milhomen e Oliveira (2007), o vínculo nas equipes só se constrói e perdura se condições

mínimas de trabalho forem asseguradas e para isso a estabilidade dos contratos é fundamental. Uma equipe contratada precariamente, não se responsabiliza e não se compromete com movimentos de mudança e com a proposta institucional, como almejado pela atenção psicossocial. O relato a seguir aborda esta questão.

[...] a questão da precarização das relações de trabalho como um problema é um grande entrave hoje para o avanço dos CAPS e qualificação dos trabalhadores, a questão da instabilidade, a baixa remuneração, a falta de reconhecimento, a instabilidade gera um não reconhecimento, tu é transitório, tu reduz a possibilidade de envolvimento, reduz a possibilidade de planejamento a longo prazo [...]

Com relação ao supervisor, entre as dificuldades percebidas, estão: as dificuldades na implantação da proposta da reforma em função dos profissionais serem terceirizados; o cansaço com o tempo de viagem; os limites de conhecimento do supervisor quanto a temáticas mais específicas e o deslocamento. Foram citadas ainda inseguranças relacionadas ao que seria a função do supervisor, dúvidas acerca de quando e como intervir na equipe. O pagamento e o tempo escasso e restrito de supervisão também foram citados pelos supervisores como fatores limitadores da supervisão clínico-institucional.

Algumas destas preocupações aparecem nas falas a seguir:

[...] a minha preocupação agora é com o fora, entre serviços, a retaguarda do PSF, a idéia de convênios pra profissionalização, então eu estou um pouco angustiada, porque está no final deste ano de trabalho e este 50% que se precisam para que se tenha efetividade nestes 50% que se trabalhou internamente no serviço com esses usuários ao longo de um ano, um ano e meio [...]

[...] é claro que a gente vai com muita vontade de fazer as coisas e interesse, a gente também vai pisando em falso. O que é função mesmo do supervisor, onde a gente tem que só dá uma letra e esperar para ver o que se passa, onde é que a gente tem que se meter, e o que é que a gente tem só que estimular e fazer refletir ou colocar alguns interrogantes. Então eu estou aprendendo, e fico nessa ansiedade [...]

Existiram ansiedades produzidas pelas relações entre o supervisor e os profissionais da equipe:

[...] eu acho que eu não entrei em conexão com todos da equipe, com uns eu estou mais próximo, outros menos próximo, enfim, depende do que se passa no entre, que questões me mobilizam quando eu estou trabalhando com essa equipe, que questões mobilizam para cada um quanto às intervenções, as propostas. Porque muitas coisas que se analisa incomodam o cotidiano e podem ser entendidas como uma avaliação. Por mais que eu não esteja aí pra julgar, vai mexer no jeito com que cada um funciona [...]

Foram trazidos alguns impasses relacionados a serviços que estavam num segundo momento de supervisão. Houve a necessidade de quebrar algumas regras e pré-concepções, construídas no processo de supervisão anterior, como afirmou o entrevistado. Aqui aparecem divergências quanto este processo, seus instrumentos e finalidade.

Importante salientar, que dentro da proposta da saúde coletiva, foi citada como dificuldade, numa das entrevistas, a construção do espaço como supervisor sem ser psiquiatra ou psicólogo.

Algumas supervisões ocorreram de forma não linear, em função do repasse, com intervalos grandes entre os encontros.

[...] o atraso dos repasses pelo ministério, ou a verba vem pro município e o mesmo não se da conta que a verba entrou. A comunicação com gestor e supervisor de que a verba esta disponível é falha. Sei de supervisores que terminaram a supervisão e depois ficaram correndo atrás pra receber, é um sofrimento, eu tenho o cuidado de negociar com os municípios de desenvolver o trabalho na medida em que o contrato se viabiliza também em termos de remuneração do supervisor, mas isso traz sofrimento, a gente faz um, dois encontros e espera, manda relatório, espera confirmação, a sistemática é complicada, isto é atroz, eu te diria que a precarização é a coisa mais danosa dentro do modelo dos CAPS [...]

Percebe-se que o supervisor não fica imune ao desgaste e limites deste ofício. Em algumas situações, referem não saber como lidar com certos eventos que se apresentam. Como exemplos citam momentos em que houve grandes crises institucionais principalmente com tensões que se instauraram entre gestão e equipe. Descrevem uma sensação de desamparo frente a estes limites.

O desgaste com as viagens e os transtornos relacionados à remuneração aparecem nas entrevistas como queixas. Quanto a esta questão, assinalam a falta

de comunicação entre gestão, o Ministério da Saúde e o supervisor quanto ao tempo de supervisão, pagamento e número de supervisões. Aqui se incluem os impedimentos burocráticos e entraves relacionados à forma de contratação do supervisor.

O desafio da experiência deste ofício aparece nas falas, como destacado no trecho que segue.

[...] é bastante desafiador, eu penso que, apesar de ser extremamente rico e interessante, é preciso conciliar com uma exigência bastante objetiva que é um trabalho imenso dos CAPS, com uma demanda enorme, com uma linguagem [...] que tem a ver com o serviço público, uma política pública, então esse diálogo entre um campo e outro é o mais difícil [...]

Conclui-se aqui, que as supervisões cumpririam a função de reorganizar o processo de trabalho das equipes, ou seja, de “arrumar a casa”. Poder dialogar foi amplamente citado como necessidade, em função das dificuldades de relacionamento entre os profissionais das equipes.

Percebe-se que a maioria dos impasses e dificuldades estavam relacionados a não efetivação e a fragilidade da implantação das Políticas Públicas (principalmente do SUS, da RP e da PNH).

4.3. EIXO 3- DESAFIOS, PERSPECTIVAS E SUGESTÕES PARA A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 teve como tema Central a “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Pela primeira vez, segundo MS, uma conferência de saúde mental trouxe outros setores para o debate deste tema como a assistência social, a cultura, a educação, a justiça, os direitos humanos, entre outros, envolvendo áreas do governo e da sociedade civil organizada.

As discussões foram pautadas em três eixos temáticos: Saúde Mental e Políticas de Estado para pactuar caminhos intersetoriais; a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e o fortalecimento dos movimentos sociais e, como terceiro eixo, os Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial.

Muitas das propostas para discussão no eixo 1, também chamado eixo da política e da pactuação, coincidem com os desafios, perspectivas e impasses colocados pelos entrevistados nas pesquisas. Citam-se: a organização e a consolidação da rede, o financiamento das políticas, a gestão do trabalho em Saúde Mental, a formulação de políticas e do controle social, a gestão da informação, a avaliação, o monitoramento e o planejamento em Saúde Mental, as Políticas Sociais e de Gestão Intersetorial, a formação, a Política de Educação Permanente, a pesquisa em Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e o SUS.

Em consonância como o exposto, o supervisor, segundo o MS, tem a função 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 prestada.

Constata-se assim, que também os desafios, as perspectivas e os impasses estão relacionados à implantação e efetividade das Políticas Públicas, de acordo com os supervisores clínico-institucionais:

[...] eu penso que a reforma da saúde ocorre como um todo no mundo inteiro e por que no Brasil é realizado como algo a parte, isto é manicomial pra mim, acaba que a gente não discute a saúde como um todo, e a reforma sanitária, do setor saúde acaba não discutindo muito a questão da saúde mental, então a gente faz um movimento paralelo em relação à saúde como um todo, acho isso péssimo [...]

[...] em que medida os supervisores clínico-institucionais estão apropriados do qual é a sua tarefa, em que medida eles estão apropriados de SUS, estão apropriados de saúde coletiva, estão apropriados dos aportes clínicos e institucionais pra acompanhar a transmutação de uma equipe em direção aos seus objetivos, mas também a sua função dentro do SUS. Acho que isso ainda está se operando [...]

[...] nesse piloto que o Ministério vem fazendo, algumas coisas ainda terão que ser respondidas em termos mais amplos, em termos de saúde coletiva, de SUS, de questões de financiamento, de questões administrativas em relação a outros tipos de financiamentos que existem no SUS. Agora, eu acho bem produtivo de que exista essa experiência dos supervisores clínico-institucionais, eu só acho que existem alguns impasses, alguns impasses do ponto de vista político [...]

Em 2010, foram lançados dois editais de supervisão clínico-institucional pelo Ministério da Saúde. A VI e última chamada do Ministério da Saúde selecionou projetos voltados ao cuidado dos usuários de crack, álcool e outras drogas. Destaca-se que esta chamada teve como diferencial a supervisão clínico-institucional abrangendo a rede de atenção integral e não apenas os CAPS.

Os projetos selecionados receberam valores entre R\$ 20.000,00 e R\$ 25.000,00 por 12 (doze) meses de supervisão. Nos editais anteriores foram repassados R\$ 10.000,00 de incentivo, já evidenciando a necessidade de ampliação do tempo de supervisão, assim como a valorização dos profissionais, assinalada pelo aumento do valor dos incentivos financeiros. Isto apareceu como sugestão dos supervisores como fator de valorização e, conseqüentemente, de motivação para a realização deste trabalho.

Segundo critérios do MS, a supervisão clínico-institucional deve se realizada por profissional com formação e experiência comprovada na área da saúde mental, com uma regularidade de no mínimo uma vez no mês, com duração de um ano. Ela deverá ser preferencialmente, semanal, mas poderá ser quinzenal, quando isto se justificar pela inviabilidade da presença de profissionais no município e/ou região. Poderá ser considerada a regularidade mensal em situações específicas, justificadas pela dificuldade de acesso.

Os municípios, sem programa de supervisão em andamento, são considerados prioritários, entretanto será considerada a continuidade de programas de supervisão já implantados.

Ressalta-se que a prioridade de incentivo à supervisão será aos CAPS que ainda não foram contemplados nas seleções anteriores. Até 2009, 540 CAPS receberam o incentivo do MS.

As sugestões quanto à freqüência e tempo da supervisão, por parte dos pesquisados, variaram de acordo, principalmente, com o momento em que o supervisor percebia que a equipe se encontrava. Isto está presente no trecho que segue:

[...] se a supervisão pudesse ser um pouco mais prolongada e que, no final do primeiro ano, se lançasse um edital pra ter tempo de organizar projeto, de encaminhar, o necessário pra solicitação da continuidade e expansão. Hoje a prioridade dos editais é para quem não teve supervisão [...]

Encontros com regularidade quinzenais e mensais foram sugeridos pelos sujeitos pesquisados. Quanto à continuidade da supervisão, as opiniões foram divergentes. Alguns acham necessária a presença constante do supervisor e outros sugerem que não deve ser continuada. Acreditam que as equipes tem que andar sozinhas após este processo.

A proposta de haver encontros trimestrais como um suporte contínuo após o momento inicial de trabalho também foi trazida como sugestão. Na opinião de Figueiredo (2008), a regularidade da presença do supervisor seria necessária para a garantia permanente do trabalho.

Segundo os entrevistados, as supervisões não deveriam ser realizadas junto às reuniões de equipe. Haveria, assim, um momento específico para esta finalidade.

Apareceu como sugestão, a manutenção do contato entre as supervisões por meio da internet, usada como ferramenta de trabalho, quando os intervalos dos encontros fossem maiores.

Em relação ao incentivo financeiro, os pesquisados consideram o valor baixo e aventaram a possibilidade de cobertura das despesas de passagens, alimentação e hospedagem serem incluídas, à parte, no pagamento deste trabalho.

[...] acho que um ano tu pode até instituir o trabalho, mas tu não consolidas, tu não deixa fortalecido este processo [...]

[...] às vezes mensal te dá mais tempo de processar algumas coisas do que quinzenal. Mas também depende do momento que essa equipe está, depende da posição que esse supervisor vai ter, depende do acúmulo que essa equipe tem. Embora o Ministério vá dizer de uma frequência quinzenal, que eu acho que tem a ver com uma preocupação de uma aceleração de certos conhecimentos [...]

[...] quando o pessoal começou a se dar conta do que era, ou seja, que não era para me pedir para dizer as coisas, mas de eles se autorizarem naquilo que eles estavam fazendo e poderem pensar sobre aquilo, terminou [...]

[...] é extremamente necessário e não posso imaginar este trabalho sem a supervisão. É maltratar quem está trabalhando. Ela alivia. É um instrumento que não se substitui por nada, não tem um grupo de estudo ou curso que faça a mesma função da supervisão [...]

Há a proposta de que este dispositivo seja ampliado para todos os programas e políticas. Isto já vem se apresentando como se pôde observar na VI chamada para supervisão, que inclui neste processo a rede de saúde para além dos CAPS ad. A inclusão dos coordenadores regionais de saúde neste plano de trabalho como promotor da efetivação desta proposta, também foi considerada.

Os entrevistados perceberam a importância da continuidade deste processo e que, para o tempo de duração do mesmo, sejam levadas em consideração as necessidades das equipes supervisionadas. Evidenciou-se com isto, seu enlace com a Política de Educação Permanente em Saúde e com a necessidade de valorização e reconhecimento dos profissionais que atuam neste contexto.

Tendo em vista a utilização da entrevista como uma das técnicas de coleta dos dados que privilegia a captura do discurso dos sujeitos da pesquisa, optou-se por incluir a observação do processo de trabalho de um supervisor em sua ação cotidiana, pois segundo Arendt (1958), é a partir do discurso e da ação que os homens se revelam, como sujeitos singulares.

A integração da leitura do discurso e a observação da ação foram buscadas no sentido de evidenciar a consistência no trabalho desenvolvido por esta pesquisa. Assim, a seguir, será apresentado o relato proveniente das observações de supervisões clínico-institucionais realizadas junto à equipe de um CAPS.

Estas observações foram registradas em um diário de campo e após analisadas e associadas à literatura pertinente.

Houve o acompanhamento do processo de supervisão com a perspectiva de descrever e analisar a ação do supervisor durante o seu processo de trabalho.

Esta observação ocorreu em dois encontros da supervisão, sendo que cada supervisão teve duração de quatro horas.

Inicialmente, o supervisor revisou algumas combinações prévias acordadas nos encontros anteriores, existindo um espaço para que a equipe propusesse suas questões, de forma flexível. Assim sendo, oportunizou que os profissionais se responsabilizassem por suas colocações e combinações prévias, fazendo com que os mesmos se “olhassem” e se escutassem. Fez este trabalho, colocando-se como um “refletor” para a equipe.

O supervisor manteve uma postura receptiva e acolhedora, estando atento a todos os discursos, fossem eles sobre a temática central ou originada de conversas

concomitantes que ocorriam em alguns momentos, dentro da dinamicidade e intensidade dos acontecimentos deste espaço.

Percebeu-se que havia a valorização de todas as falas por parte do supervisor, não deixando que passassem despercebidas, pontuando-as quando as considerava relevantes.

Dentre os aspectos a destacar, observou-se a construção coletiva de casos, levando-se em consideração a integralidade das ações, o clínico e o político. Trabalhou-se reconhecendo que os CAPS são território de práticas em permanente estruturação e conflitos.

Neste espaço, não se trabalhou tentando conformar as necessidades com o foco exclusivo nas políticas de saúde, mas tendo estas como contorno de trabalho, evitando-se, assim, práticas impositivas e prescritivas, oportunizando aos trabalhadores desafiarem os paradigmas presentes.

A supervisão focou o processo de trabalho ocorrendo à exploração, neste espaço, das suas potências, a abertura para novas subjetivações, as mais variadas representações da saúde, buscando promover modos de agir em saúde que articulassem as diferentes concepções.

A partir do que refere Heckert (2007) evidenciou-se, nesta observação, que na ação, o supervisor, não desprezou as experiências e os saberes dos integrantes da equipe, assim como dos estagiários presentes. Fez-se com viés de abertura e produtor de autonomia.

É importante salientar que, muitas vezes, as equipes querem algo prescrito, pois não toleram o desconhecido, o novo, o que não está dado. Neste caso, a supervisão não se constituiu como um repasse de informações, ou seja, não foi prescritiva ou modeladora, e sim, voltada para mudanças. Não havia a imposição de um saber, e sim, a troca de conhecimentos.

A equipe não foi vista como destituída de saber e o trabalho foi realizado embasado no cotidiano dos trabalhadores, nas suas experiências e nos seus saberes. Sabe-se que a apropriação de conhecimentos técnicos científicos, não garante a mudança das práticas, ainda mais quando a ação se faz de forma verticalizada, ou até mesmo horizontalizada, apesar das equipes, muitas vezes, solicitarem esta forma de trabalho. Isto não altera as práticas instituídas e naturalizadas pelos sujeitos. (HECKERT, 2007).

Concorda-se com a autora quando esta afirma que as mudanças nas práticas vinculam-se as apostas que podem se efetivar no sentido de criar ações problematizadoras às evidências que se presentificam no cotidiano. Tal proposição esteve presente na supervisão.

O supervisor propôs a construção de uma prática que se efetuava pelo compartilhamento de experiências e, assim sendo, a ação não pareceu ser produtora de ecos que se repetem indistintamente sem provocar efeitos. Ele refletiu e interferiu com a equipe e não por ela. Nesta direção, não se fez por práticas que falassem pelos ou dos sujeitos, mas sim, com os sujeitos presentes. Não foi uma ação ou discurso moral, ordenadores de modos de vida, ou mesmo julgadores das práticas da equipe. Deste modo, deixou-se conduzir pelos valores já instituídos na perspectiva de novas construções.

Houve o desafio de criar modos de operar os processos de formação, de forma a experimentar a desestabilização das verdades ou certezas, a provocar a formulação de novos problemas e não apenas a solução para problemas já formulados. Foi um processo de intervenção com a finalidade de produzir novas aberturas.

Também houve momentos em que foram trabalhadas questões específicas relacionadas à psicopatologia, traçando-os a partir de contornos teóricos.

O supervisor trabalhou com as sensações de impotência da equipe diante das situações que apareciam como limite, principalmente, as relacionadas aos casos de pacientes mais graves e crônicos. Potencializou com a equipe a busca de estratégias para situações que pareciam não ter mais possibilidades de intervenção, o que possibilitou a criação de um espaço para a criação e para a inventividade.

Desta forma, transitou do teórico, específico das psicopatologias, ao mais amplo na saúde coletiva, utilizando sua experiência pessoal, aliada à sua construção teórica em determinadas situações.

Fez com que a equipe repensasse o seu fazer, problematizando o porquê de determinadas condutas e esteve sempre presente na construção conjunta de objetivos.

Ao término do trabalho, realizava o agendamento de tarefas que seriam desenvolvidas pelos trabalhadores no período entre os encontros das supervisões, dentre elas, a revisão dos planos terapêuticos.

Os resultados obtidos neste estudo são amplos e complexos e apresentam uma série de questões que não podem ser desconsideradas quando se trabalha com sujeitos. Apontam a possibilidade de produzir novos movimentos, assim como a construção de conhecimentos referentes ao processo de supervisão clínico-institucional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho na saúde mental é um campo de incertezas e de não generalizações, pois parte de sujeitos e de suas singularidades. Sob este prisma, o SUS e o movimento da RP evidenciam a importância da construção de espaços para a problematização e discussão do processo de trabalho em saúde.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil caracterizou-se por um conjunto de críticas e denúncias das práticas em relação ao tratamento às pessoas em sofrimento psíquico, fragilizando a estrutura vigente na época e permitindo a abertura e transição para novos modos de intervenção para esta população. Sabe-se que este processo de transformação é permanente, e que será mais efetivo se valorizar os heterogêneos modos de existir.

Reconhece-se que a mudança da lógica de trabalho proposta pela política de saúde, não é tarefa fácil de ser implementada pelas equipes nos CAPS, pois não ocorre automaticamente como determinam as diretrizes e recebe críticas quando assumida como um fazer prescrito. Acredita-se que ela deve ser trabalhada junto às equipes, no espaço proposto da supervisão, como um processo de formação permanente que opere novos sentidos e que permita a reflexão e a análise crítica sobre o próprio trabalho. Destaca-se que a política pode amparar as mudanças dos paradigmas vigentes, contribuindo com contornos à construção de novos conhecimentos.

Neste estudo, descreveu-se o trabalho do supervisor clínico-institucional enredado entre os fenômenos clínicos e políticos projetados no campo da saúde coletiva, o qual tem se tornando palco de várias discussões e conflitos.

A pesquisa sobre este tema apontou vários desafios a serem enfrentados dentro das práticas desenvolvidas neste cenário e que merecem reflexão. Assim como apontou sugestões para que este novo dispositivo possa convergir na direção de um processo contínuo de reformulação e de transformação da atenção em saúde mental e que inclua todos os sujeitos, sejam eles gestores, pacientes, trabalhadores e supervisores.

Nesse ponto, cabe destacar a compreensão que Freud (1912/1980) tinha sobre a apropriação da técnica como garantia para o exercício analítico. No texto conhecido como “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, Freud

deixa uma lição clara sobre o modo como praticava a psicanálise. Segundo ele, o método foi alcançado após sucessivos abandonos de técnicas de “resultados pouco afortunados” (p.149) que foram sendo desenhados pela sua própria experiência. Nesse depoimento, Freud reafirma que as recomendações que escreve são afeitas e apropriadas à sua personalidade, mas que a observação delas poderia poupar, aos médicos que exercem a psicanálise, esforços desnecessários assim como resguardá-los contra algumas irreflexões.

Nesse sentido, deslocamos a orientação freudiana sobre a clínica para a realidade desta pesquisa, implicados na concepção de que não se pretende prescrever como deve se efetivar o processo de trabalho de supervisão clínico-institucional, mas sim trazer algumas recomendações aos atores da saúde coletiva, que foram formuladas a partir dos achados desta investigação única e que podem servir como subsídio a discussão deste novo dispositivo do MS, sem desconsiderar que outros estudos, além dos já existentes, também possam vir a contribuir sobre o conhecimento deste ofício.

Destacam-se aqui, alguns pressupostos apreendidos a partir dos resultados deste estudo, que poderiam servir como contorno na execução desta proposta de supervisão e seu respectivo processo de trabalho:

- conforme a CNSM de supervisão clínico-institucional, para exercer esta função, o supervisor precisa reconhecer a dinâmica do processo de trabalho dos profissionais dos CAPS, desvelando-a para os mesmos como multidisciplinares, heterogêneos, com tradições teóricas diversas de maneira a ajudarem na construção permanente do trabalho em equipe;
- sugere-se que ter o conhecimento e experiência de trabalho no SUS e na Reforma Psiquiátrica isoladamente, pode não garantir que a supervisão será a mais efetiva, mas que facilitaria esta prática;
- seria importante que o supervisor trabalhasse na perspectiva da superação do discurso construído pela ciência e pela política, sem incorrer na descaracterização das disciplinas o que poderia provocar fragilidades epistemológicas nas áreas de atuação dos profissionais. A construção de novos processos de trabalho pode levar ao estranhamento ou não reconhecimento da equipe com o seu trabalho, pois os paradigmas indicam a qualidade de pertencimento e reconhecimento do sujeito como membro de algum espaço. Para isto, seria importante levar em consideração a

história, as práticas e concepções de cada um no espaço social ou da equipe, para não dar lugar a um vazio, ou a resistências profissionais e pessoais em participar desta proposta. Aliado a esta questão, poderia se incluir o cuidado a não homogeneização das disciplinas, quando da busca de um trabalho interdisciplinar das equipes. Então, o contexto de ação deste ofício (o SUS), possibilitaria um novo olhar sobre os paradigmas existentes, sem desconsiderá-los, pois a intervenção do supervisor ampliaria as diferentes concepções, construindo novas compreensões e simbolizações a partir dos recursos das equipes;

- a construção coletiva dos casos considere as questões institucionais;
- poderia haver “um currículo” para ser gestor que contemplasse o conhecimento e experiência em saúde coletiva, o que facilitaria este processo;
- que poderia haver a ampliação deste dispositivo para os demais atores e serviços da rede de saúde;
- a “Escola de Supervisores” pode ser um espaço de trocas e aprendizagens coletivas, assim como de princípios norteadores e de produção coletiva do conhecimento, levando a um fortalecimento do trabalho de supervisão;
- a supervisão pode transitar do clínico ao institucional, como também o inverso, dependendo do momento da equipe, mas sem perder a dimensão clínico-institucional;
- o SUS pode ser espaço de inventividade, mas que para isso deveria dar condições não restritas à formação permanente e continuada, mas que incluísse a valorização e o reconhecimento profissional permanente e continuado, ou seja, não havendo apenas a preocupação com a qualificação das equipes.
- a teoria e a prática deveriam ser aliadas e que “o saber” não estaria restrito as instituições formadoras ou as experiências pessoais, ou seja, nesta realidade, a teoria e a prática seriam dependentes. Elas não teriam autonomia individualmente;
- as questões seriam formuladas a partir dos sujeitos implicados neste processo;
- é possível que as instituições estejam formando profissionais habilitados ao trabalho no SUS com algumas fragilidades e que o SUS pode não estar se efetivando como a lei proposta;
- na supervisão é necessário o espaço de escuta e de fala;
- o supervisor não é o tutor da equipe, assim como esta não é tutora dos sujeitos por ela atendidos;

- o supervisor não faria parte da equipe, ou seja, que o supervisor teria que ser alguém de fora da equipe;
- a existência de uma flexibilidade do tempo de supervisão relacionado às necessidades da equipe;
- as supervisões não fossem realizadas de forma prescritiva;
- o processo de supervisão teria como uma de suas metas a construção de autonomia dos sujeitos implicados, considerando a sua dimensão subjetiva incluindo as diferentes disciplinas, mas que os elementos para a constituição do saber, na construção coletiva dos casos, partiriam dos pacientes;
- na supervisão os trabalhadores pudessem encontrar espaço para problematizar suas interpretações e fazer ressignificações de suas atividades, construindo possibilidades de diálogo e de novas pactuações, assim como definir as condições em que essas poderiam ser realizadas. Neste caso, o processo da supervisão, se fundamentaria na troca de saberes, de concepções e de práticas advindos do processo de trabalho dos profissionais das equipes dos CAPS. O espaço de supervisão seria um lugar de incertezas e indefinições, pois partiria da singularidade dos sujeitos implicados e que teria como orientação e referência as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica;
- os sujeitos não só habitariam o seu território, mas também se constituiriam dele;
- o SUS está aberto a supervisores com formações teóricas diversas;
- o matriciamento, o NASF e a supervisão clínico-institucional seriam propostas complementares e que não excludentes ou sobrepostas. Seriam potencializadoras do processo de trabalho no cotidiano dos serviços com o foco comum de estratégia, a transformação das práticas baseada na noção de território;
- a explicitação das dificuldades e facilidades do trabalho de supervisão, possibilitou construir reflexões quanto ao momento de transição do modelo de saúde e a fragilidade das políticas públicas em sua consolidação;

A experiência no trabalho em saúde mental levou a realização desta pesquisa, a partir do olhar do pesquisador apoiado no cotidiano. Assim sendo, a realização deste curso de mestrado em psicologia, com orientação de uma enfermeira, sendo eu, um psiquiatra, só tornou mais rica a possibilidade de desenvolver um projeto que estava inserido numa linha de pesquisa denominada de “intervenções em problemáticas de saúde.” Entende-se que aquilo que se vivencia e que inquieta

motiva à investigação, à busca de respostas e a possíveis descobertas. Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa potencializou a realização deste trabalho, pois considera a descrição e análise da realidade a partir das diferentes formas agir e de falar dos sujeitos. Caminha, então, na direção da reforma do modelo de atenção em saúde mental, no qual a construção do saber se dá a partir dos sujeitos implicados. Ainda que se ancore em referenciais teóricos, sabe-se que cada situação é própria de um determinado espaço e tempo, e que ambos, são singulares.

Reconhece-se, na pesquisa, a contribuição que a supervisão clínico-institucional pode oferecer para o novo modelo de atenção em saúde mental, principalmente no que se refere a transformações no processo de trabalho em saúde e que inclua a valorização e reconhecimento de todos os sujeitos implicados e que isto só será possível se contar com a implantação e efetivação das Políticas Públicas num âmbito mais geral.

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1958.

BECK, CLC; LISBOA, RL; TAVARES, JP; SILVA, RM; PRESTES, FC. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm.**; Porto Alegre-RS, março; (30)1, 54-61, 2009.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não**. Brasília (DF). 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA 336/GM** de 19 de fevereiro de **2002**.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Saúde Mental e atenção básica. O vínculo e o diálogo necessários**. Brasília (DF). 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: **HumanizaSUS. Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília (DF). 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE MENTAL NO SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília (DF) 2004b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA 1174/GM** de 7 de julho de 2005a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília (DF). Nov 2005.b

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR. **Manual de gestão e gerenciamento**. 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Portal da Saúde- www.saude.gov.br-saudemental. 2007a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Re 2003-2006**. Saúde Mental no SUS. 2007b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA 1996. Dispõe sobre as diretrizes da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 20 de agosto de 2007c

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008.**

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção básica.** Portal da saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1 acessado em junho de 2010.

CAMPOS, GW de S e DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(2), 2007.

CAMPOS, CEA e GARCIA, J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. **Rev. katálysis [online]**. 2007, vol.10, n.1, pp. 95-104.

CONTE, M; PLEIN, FB; SILVEIRA, M. Saúde Coletiva, psicanálise e educação permanente em saúde. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública/RS. Vol. 23. nº 2. jul/dez.2009.

COSTA, AMM. Classificação do mal-estar e medida comum de alienação. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública/RS. Vol. 23. nº 2. jul/dez.2009.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho-** Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. Coordenação: Maria Irene S. Betiol. São Paulo: Atlas, 2007. 1.ed 1993.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. **Oficina Permanente de Supervisão em Saúde Mental e Clínica Psicossocial-** Escola de Supervisores Clínico-Institucionais, 2009.

FIGUEIREDO, AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v 2, n1, p. 75-86, 2004.

FIGUEIREDO, AC. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental [online]**. 2005, vol.3, n.5 [citado 2010-10-31], pp. 43-55. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-

FIGUEIREDO, AC. Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS-Rio, Ano 1, n1, dez 2008.

FIGUEIREDO, AC. A Saúde Mental e seus transtornos: Três décadas no processo brasileiro. **IN: IV Congresso Internacional e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**. 4 a 7 de setembro de 2010. Curitiba – PR.

FRANCO, TB. In: Pinheiro, R; MATOS, RA. **Gestão em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO. **As redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, Rio de Janeiro, 2006.

FREIRE, M. **O sentido dramático da aprendizagem**. In: GROSSI, E.P. BORDIN, J. **Paixão de Aprender**. Petrópolis: Vozes, 1992.

FREUD, S. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. IN: Artigos sobre a técnica. Edição Standard das Obras Completas de Freud. Rio de Janeiro. Imago. Volume 12. (1912/1980).

FURTADO, JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface- Comunic; Saúde, Educ**, v. 11, n.22 p.239-5, mai/ago 2007.

HECKERT, ALC. **Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?** IN: PINHEIRO, R; MATTOS, RA (org). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC,2007. v. 1, p.199-212.

JORGE, MAS. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.

KESSELMAN, H. PAVLOVSKY, E. **A multiplicação dramática**. Hucitec: São Paulo, 1991.

LEBRUN, JP. **Clínica da instituição: o que a psicanálise contribui para a vida coletiva**. Tradução Sandra Chapadeiro. Porto Alegre: CMC Editora, 2009. 272p.

LUDKE, M; ANDRÉ, MDA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2007.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões a cerca do desafio da produção de cuidados. **Interface- Comunic; Saúde, Educ**, v. 9, n.16. Fev. 2005. disponível em Scielo. Acesso em 31 de out de 2010.

MILHOMEM, MAGC; OLIVEIRA, AGB. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare Enferm**, jan/mar; 12(1):101-8, 2007.

MINAYO, MC de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, MC de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 25 ed, 2004.

OLIVEIRA, IMA, VERONESE, LG e PALMA, CMS **A servidão mais que voluntária: dispositivos burocráticos em instituição de saúde mental**. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Dez 2009, vol.9, no.4, p.1343-1354. ISSN 1518-6148.

ONOCKO-CAMPOS, RT et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.43, suppl.1 [cited 2010-11-01], pp. 16-22. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.

PALOMBINI, AL. **Planejamento e gestão coletiva do trabalho no CAPS: uma experiência de supervisão**. IN: XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007, Rio de Janeiro. XIV Encontro Nacional da ABRAPSO - Diálogos em Psicologia Social: epistemológicos, metodológicos, éticos, políticos, estéticos, políticas públicas. Rio de Janeiro: ABRAPSO, 2007.

PALOMBINI, AL. **A ética nas micro-políticas de atenção à loucura**. In: Conselho Federal de Psicologia. (Org.). Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. 1 ed. SÃO PAULO, 2003, v. , p. 159-163.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura-loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PITTA, AMF. **Redes, territórios, intersectorialidade e Saúde Mental**. ABRASCO, 2006.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Santa Cruz do Sul. EDUNISC, 2006. 104p (Série Conhecimento, Tese e dissertações; 37).

RIBEIRO, EEM. A Psicanálise nas instituições: Clínica e Política. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública/RS. Vol. 23. nº 2. jul/dez.2009.a.

RIBEIRO, MSM. Construções e invenções em acolhimento. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública/RS. Vol. 23. nº 2. jul/dez.2009.b.

RINALDI, DL; BURSZTYN, DC. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60. n 2, **2008**.

ROSA, MD. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista mal-estar e subjetividade**. Vol. IV. N.2. P. 329-348. Set 2004. Fortaleza/CE.

SANTOS-FILHO, SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc. saúde coletiva** vol 12, n.4, p.1999-2010, ago 2007.

SERRANO-GUERRA, E. Los procesos de formación dentro de los equipos interdisciplinarios de salud mental. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, Madrid, n. 86, jun. 2003 . Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000200001&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 28 nov. 2009.

VASCONCELLOS, EM. **Abordagens Psicossociais**. V.1. História, Teoria e Trabalho no Campo, 2008.

APÊNDICES

**APÊNDICE A- Ficha de dados sociodemográficos dos supervisores clínico
institucionais**

INSTRUMENTO Nº: _____

- Idade: _____ Sexo: () F () M
- Município onde mora: _____

Formação profissional:

- Curso de Graduação: _____
- Curso de pós- graduação: _____
Área de formação na especialização: _____
- Instituição: _____

Experiência profissional:

- Tempo de experiência profissional: _____
- Área (s) de Atuação: _____
- Tempo de experiência profissional em Saúde Pública: _____
- Área de atuação: _____
- Município (s) em que atuou como supervisor: _____
- Local (is) de atuação (tipo de CAPS): _____
- Período de atuação: _____
- Número de supervisões: _____
- Experiência de supervisão não relacionada ao Edital do
Ministério da Saúde: Sim () Não ()

APÊNDICE B- Roteiro para entrevista semi-estruturada

1. Como você desenvolve o seu trabalho de supervisor? Poderia descrever as atividades de supervisão?
2. Identifica necessidades nos trabalhadores com os quais você atua? Quais necessidades?
3. Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas no seu trabalho (finalidade do trabalho, objeto de trabalho, instrumentos, força de trabalho, relações interpessoais)?
4. Quais os desafios e perspectivas do processo de trabalho na supervisão clínico-institucional?
5. Existem limites da supervisão em relação à concretização da Reforma Psiquiátrica? Quais?
6. Quais sugestões você daria para melhorias no processo de supervisão?
7. Você conhece a oficina de supervisores? Participa? Por quê?

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Pesquisador mestrando: Gilson Mafacioli da Silva

Orientadora/ Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Eu....., livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, informo que aceito participar da pesquisa: **PROCESSO DE TRABALHO DO SUPERVISOR CLÍNICO-INSTITUCIONAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA PERCEPÇÃO DOS SUPERVISORES** de autoria de Gilson Mafacioli da Silva, que tem como objetivos: descrever e analisar o processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais dos CAPS, a partir da proposta do Ministério da Saúde; identificar como se dá o processo de trabalho do supervisor clínico- institucional a partir de sua percepção nas equipes de CAPS; (instrumentos de trabalho, relações interpessoais, formação do supervisor, o profissional como gestor de saúde, condições de implementação e fortalecimento do processo..., etc); verificar quais são as necessidades das equipes de CAPS, a partir da percepção do supervisor, dentro deste processo; identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de supervisão clínico- institucional; Identificar os desafios e as perspectivas desta proposta. A justificativa para a realização desta pesquisa está embasada na experiência em saúde mental do pesquisador e no ineditismo do tema. A coleta de dados será por meio de um levantamento de dados sócio-demográficos e de uma entrevista semiestruturada. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão divulgados e publicados, ficando o pesquisador comprometido a apresentar o relatório final para os participantes do estudo bem como para a instituição pesquisada, garantindo o anonimato dos participantes. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada (o) de forma clara e detalhada dos objetivos, a justificativa e os procedimentos do estudo.

Estou igualmente ciente de que: terei a garantia de receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e dúvidas acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento do estudo; deixarei de participar a qualquer momento do estudo bem como retirar meu consentimento sem constrangimento e sem sofrer qualquer tipo de represália; ficarei com uma via deste documento e a outra com o pesquisador sendo que não terei minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Riscos: o estudo não apresenta riscos diretos aos participantes da pesquisa, porém a temática estudada “Processo de trabalho do supervisor clínico-institucional nas equipes de CAPS” pode apresentar algum risco indireto de sofrimento psicológico ao trabalhador ao refletir sobre a realização do seu trabalho durante sua participação no estudo.

Benefícios: este estudo poderá contribuir com novas investigações que venham a ser realizadas com relação à temática bem como sugerir ações

interventivas com vistas à melhoria da qualidade de vida do trabalhador; minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Assinatura do participante - RG

Gilson Mafacioli da Silva
Pesquisador Mestrando

Carmem Lúcia Colomé Beck
Pesquisadora Orientadora

Data: _____

Para maiores informações:

Profa. Dra. Carmem L. C. Beck.

Tel: (55)3220 8263; e-mail: carmembeck@gmail.com

Para dúvidas ou considerações sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS. Tel: (55)3220 9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

APÊNDICE D- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto: PROCESSO DE TRABALHO DO SUPERVISOR CLÍNICO-
INSTITUCIONAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA
PERCEPÇÃO DOS SUPERVISORES**

**Pesquisador responsável: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck / Mestrando
Gilson Mafacioli da Silva.**

Instituição/Departamento: Enfermagem

Telefone para contato: (55) 3220 8263.

Local da coleta de dados: Rio Grande do Sul

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de entrevistas semi-estruturadas com supervisores clínico-institucionais do RS.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na residência do mestrando, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do Sr. Gilson Mafacioli da Silva. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em..... com o número do CAAE.....

Santa Maria, 13 de dezembro de 2010

.....

Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Pesquisadora Responsável