



ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p43-58

Estudo Qualitativo acerca da Supervisão clínico-institucional em uma equipe de saúde mental: uma análise implicada

Qualitative Study on Clinical-institutional Supervision in a mental health team: an implicated analysis

Roberta Bezerra Costa

Especialista em Saúde Mental pela Uni-Rio/SMS
Servidora no Instituto de Psiquiatria, Universidade do Brasil (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil
robertabcosta78@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7808-9733

Ana Lúcia Abrahão

Doutora em Saúde Coletiva
Professora na Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ – Brasil
anaabrahao@id.uff.br
ORCID: 0000-0002-0820-4329

Resumo: O **objetivo** deste artigo consiste em analisar o processo de supervisão clínico-institucional em uma equipe de saúde mental. **Metodologia:** este estudo teve uma abordagem qualitativa, constituindo-se em uma pesquisa-intervenção, entre os meses de março e abril de 2016. Os participantes foram os profissionais de saúde e a supervisora de um Centro de Atenção Psicossocial III, do Estado do Rio de Janeiro. A produção de dados teve como base as narrativas dos participantes, a observação e o instrumento de coleta – o diário de campo na perspectiva institucional. A interpretação e a análise do material foram alicerçadas sob a lógica da hermenêutica. Os **resultados** apontaram para vários saberes que sustentam a supervisão clínico-institucional, sendo eles: gestão, política, a concepção e funcionamento do território. Esses saberes, na maioria das vezes, dialogam e possibilitam o compartilhamento do cuidado entre os membros da equipe, o trabalho intersetorial e o acolhimento à crise e ao sofrimento psíquico. **Conclusão:** o cuidado no território é complexo por exigir diversas articulações que não se dão a priori. O processo de supervisão analisada apontou para uma ligação estreita com um tratamento no território e o protagonismo do usuário em seu cuidado, além de operar contemplando a educação permanente e a produção do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Educação Permanente; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

Abstract: The **objective** of this article is to analyze the process of clinical-institutional supervision in a mental health team. **Methodology:** this study had a qualitative approach with intervention research between March and April 2016. The participants were health professionals and the supervisor of a Psychosocial Care Center III, in the State of Rio de Janeiro. The production of data was based on the participants' narratives, observation, and the collection instrument - the field diary from the institutional perspective. The interpretation and analysis of the material were based on the logic of hermeneutics. The **results** pointed to several types of knowledge that support clinical-institutional

supervision, namely: management, policy, conception and functioning of the territory. This knowledge, in most cases, dialogues and enables sharing the care between team members, intersectoral work, and appropriating crisis and psychological suffering. **Conclusion:** care in the territory is complex because it requires several articulations that do not occur a priori. The analyzed supervision process pointed to a close connection with a treatment in the territory and protagonism of the user in their care, in addition to operating including permanent education and the production of mental health care.

Keywords: Mental Health; Permanent Education; Interdisciplinary Health Team.

Introdução

A implantação gradual, ao longo das últimas décadas, de diferentes serviços de assistência à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência, Oficinas de Trabalho, evidencia os inúmeros avanços decorrentes do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB). Uma reforma voltada para o processo de trabalho e o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico, distante da lógica asilar e do confinamento; como forma de tratamento, passa a incorporar a supervisão clínico-institucional (SCI) às equipes como um dos dispositivos dos processos de mudança no campo da Saúde Mental no Brasil. A SCI associada à reforma rompe com o modelo de supervisão tradicional, que ocorria em consultórios particulares, e se dirige a uma prática no território, de acompanhamento das equipes na sua dinâmica cotidiana com o usuário.¹

Financiada pelo Ministério da Saúde, a partir da portaria GM 1.174 de 7/7/2005², a SCI é um dispositivo de formação permanente para os profissionais que atuam na rede de Saúde Mental. Deve sustentar a responsabilidade compartilhada com a equipe, facilitar o diálogo para que as questões do cotidiano possam ser expostas, bem como, os casos e as situações vivenciadas por usuários e equipe, buscando o manejo adequado, de acordo com os desafios postos pelo manejo clínico e social inerentes ao trabalho na Saúde Mental.

Contudo, faz-se necessário evidenciar que, antes de 2005, a supervisão clínico-institucional figurava como uma realidade nestes serviços, nos quais era imperativo um esforço cotidiano de negociação e mediação de conflitos, interesses, linguagens, desejos que precisavam de um esteio que pudesse garantir a permanente produção de regras institucionais flexíveis, voltadas para a formação de laços sociais.¹

Para Silva, Beck, Figueiredo e Prestes³ a supervisão atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais no cotidiano do trabalho coletivo. Delgado¹ relata, como um marco importante na consolidação da SCI nos CAPS, a criação da Escola de Supervisores, que foi formulada coletivamente durante o 1º Encontro Brasileiro de CAPS em 2004. Já em 2005, o Ministério da Saúde passa a financiar este dispositivo estratégico de ampliação e institucionalização da SCI.

Pensar o campo da atenção psicossocial como um território que se distingue da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia e da assistência social, justamente por incorporar todos os saberes em um modo de operar a clínica radicalmente novos, apoiado na desinstitucionalização, adotando um direcionamento ético e programático, associado ao cuidado, nos permite pensar e atuar a partir de uma prática que leva em consideração o entorno, o laço social, o pertencimento, a cidadania e autonomia. “Não há supervisão clínico-institucional sem território”.^{1:25}

Segundo Milton Santos⁴, o território é, sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas, algo que se estabelece no processo de supervisão. Torna concreta a possibilidade de operar, no ato, o projeto particular de cada usuário, conjugando a dinâmica do grupo de trabalhadores.

A SCI é um processo que se estabelece no encontro do trabalho em saúde. De acordo com Merhy⁵, o trabalho em saúde é constituído de encontros de sujeitos (usuários, profissionais e família), em que se estabelecem espaços de relações e ocorrem interseções. Não é uma simples somatória de um com um outro encontro, mas sim o resultado de um processo singular que se faz e se produz em ato.

No trabalho em saúde mental, percebe-se que são muitos os desafios e atravessamentos que surgem no cotidiano laboral, sejam eles pela grande demanda, pelas urgências reais e subjetivas dos sujeitos implicados, pelas limitações do trabalho em equipe, sejam pela fragilidade da rede de saúde, dentre outros.

O objetivo deste artigo consiste, assim, em analisar o processo de supervisão clínico-institucional em uma equipe de saúde mental, a partir das discussões produzidas durante investigação em um serviço de saúde mental no estado do Rio de Janeiro. Apresenta o movimento produzido pela equipe de saúde em contato e produção com a supervisão, e os atravessamentos encontrados neste cenário em particular.

Metodologia

Este estudo, foi aprovado pelo Comitê de Ética nº 876.385 e construído a partir de pesquisa qualitativa do tipo intervenção. A opção pela pesquisa-intervenção pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador, que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas. Sua diretriz se faz por pistas, que orientam o percurso da pesquisa, sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados.⁸

Isso indica um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada está em constante transformação e movimento, uma realidade composta por diferentes narrativas, contextos, onde a análise se faz sem distanciamento, já que está mergulhada na experiência coletiva, em que tudo e todos estão implicados.

Implicação, conceito da Análise Institucional, está relacionada à inexistência da neutralidade, aos atravessamentos que operam na relação do pesquisador com a instituição, não se sintetiza a uma questão de vontade e de decisão consciente do pesquisador. Deste modo, refere-se a um modo de pesquisar que se propõe a investigar processos, que serão produzidos e, ao mesmo tempo, transformados pelo próprio ato da pesquisa.⁸

Seguindo por este processo de investigação, os participantes da pesquisa foram os profissionais do serviço, incluídos de acordo com o vínculo profissional estável no serviço – formarem a equipe por mais de 1 ano e seguirem as seguintes categorias: psicólogos (5), assistentes sociais (2), terapeuta ocupacional (1), oficinairos (3), enfermeiros (7), técnicos de Enfermagem (14), psiquiatras (4), profissional de educação física (1), copeiras (2), uma diretora (psicóloga), um coordenador (enfermeiro) e um coordenador administrativo, (1) supervisora clínico-institucional do serviço. Os integrantes da equipe técnica supracitados, com exceção dos profissionais técnico-administrativos (direção, coordenação, administração e supervisão), foram divididos em quatro miniequipes de trabalho (de oito a dez componentes) operando como técnicos de referência. Em razão da extensa área geográfica e populacional de cobertura do Caps III, essas miniequipes atuavam se responsabilizando por determinadas sub-regiões do território de abrangência.

A inserção da pesquisadora (a autora Roberta Bezerra Costa) no campo se deu através de prévias reuniões com a gestão e supervisora do serviço para apresentação da pesquisa. Após, em reunião interna (com toda equipe), houve a apresentação do estudo pretendido para que todos consentissem.

Contudo, como uma pesquisa intervenção, relato que a minha implicação com este estudo está vinculada ao meu processo de trabalho como enfermeira, com formação em saúde mental, além da minha vivência enquanto trabalhadora dos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSII e CAPSIII), nos quais o dispositivo supervisão se destaca como um alicerce fundamental para a minha prática clínica como enfermeira. Neste sentido, acho possível fomentar reflexões acerca de um assunto tão complexo como a supervisão clínico-institucional de um CAPS, partindo das minhas implicações com este espaço, elaboração de conhecimento e análise da prática no campo da Saúde Mental.

O instrumento de coleta de dados foi o diário de campo da pesquisadora. Foram cinco encontros realizados entre os meses de março e abril de 2016. Os momentos de acompanhamento de supervisão não foram gravados, mas escritos no diário da pesquisadora. A dinâmica de acompanhamento da SCI ocorreu junto às miniequipes, que aconteciam no mesmo espaço da SIC, mas em horário distinto, com duração de aproximadamente três horas e meia no total, possibilitando que os profissionais trabalhassem e processassem as questões junto com a supervisora.

Para a análise do material, tomamos a abordagem hermenêutica, um processo analítico que se estabelece a partir de uma relação constante entre os dados coletados – no nosso caso, o diário de campo da pesquisadora – e o referencial teórico. Trata-se de um processo dialético, que supõe constante diálogo, críticas, análises, construções e reconstruções. A constante relação entre o material produzido pela pesquisa e as interferências dos autores⁶ nos auxilia na busca por diferenças e semelhanças entre o contexto dos autores e o contexto no qual realizamos a investigação. Desta forma, realizamos sucessivas leituras do diário de campo e das narrativas produzidas durante a pesquisa, buscando identificar marcadores para realização da análise do material produzido com o vivido nas supervisões.

Os marcadores são elementos que assinalam a dinâmica da experiência da pesquisa intervenção, e que também produzem uma marca no pesquisador, constituindo-se, desta forma, uma marca subjetiva que registra a produção do conhecimento que ocorre com o estudo.⁷

Chegamos a dois marcadores da análise hermenêutica, trazidos como semelhança e, ao mesmo tempo, diferença do processo de supervisão. Aquilo que marcou a pesquisadora no processo da investigação. São eles:

1. Processo de Supervisão: os elementos que emergiram dos casos clínicos, as questões institucionais, a potência da equipe em ato com a supervisora, as dificuldades, as afetações produzidas na rede de saúde e no próprio cuidado.
2. Implicações da pesquisadora: o posicionamento, as afecções, os atravessamentos que emergiram durante a supervisão clínico-institucional com a pesquisadora. A negação da neutralidade do analista/pesquisador procura romper as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido.

Os resultados são apresentados de acordo com os marcadores e na forma de “Narrativas”. Associamos a cada narrativa a descrição do vivido, ampliando assim, as possibilidades de análise. Os resultados, são apresentados em três partes para o primeiro marcador, e duas partes para o segundo marcador, cada parte sempre seguida da reflexão sobre o que foi vivido. Importante ressaltar que os nomes apresentados a seguir são fictícios.

Marcador: Processo de Supervisão

Parte 1 – Iniciamos com a supervisão de miniequipe 1 (com 10 integrantes), onde foi discutido o caso de Paulo, um usuário psicótico que passa ao ato, realiza tentativas de suicídio e agride familiares. Ele estava no acolhimento noturno do serviço. Além do psicólogo narrar o caso, os técnicos de enfermagem e o enfermeiro da equipe contribuíram bastante para a discussão, trazendo fragmentos importantes e situações de manejo com o usuário. A supervisora faz colocações sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do trabalho com a família que deve ser retomado, visto que a família o trata com muita violência, verbalizando a ele que é “um peso e que por isso deve morrer” (diário da pesquisadora).

Explorando o processo e refletindo sobre o vivido – parte 1: Importante ressaltar a circulação da palavra por todos. Há quanto tempo não participo de uma discussão tão rica. Todos se colocaram bem à vontade. Interessante a divisão por miniequipe, tendo cada miniequipe um tempo semanal para discutir seus casos, sua dinâmica e seus conflitos. Ainda não tinha visto uma proposta dessas de supervisão.

Além disso, a supervisora toca num ponto muito importante, para discussão desse caso, que é o lugar que o paciente ocupa para esta família. Do insuportável que é para esse indivíduo ouvir isso tudo.

Para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada. As ações dirigidas às famílias devem estruturar-se de modo a favorecer e fortalecer a relação familiar/profissional/serviço, entendendo que o aspecto familiar é fundamental no tratamento dispensado ao doente.⁹ Nesses casos, a família é incluída como parte integrante do tratamento do paciente. Contudo, a criação de laços sociais, a interação e circulação dos usuários de saúde mental na comunidade são fundamentais por constituírem uma rede de apoio, dando suporte a eles em momento de crise.

Assim, outra questão emerge durante a supervisão: de quem é o cuidado? Do serviço ou da família? O serviço cuida do usuário e da família? O cuidado é partilhado entre o serviço e a família? Feuerwerker e Merhy¹⁰ dizem que os modos de cuidar da família e do serviço respondem a lógicas diferentes de cuidado e que, portanto, entre essas duas instâncias se estabelece um tensionamento entre o que o serviço de saúde oferece, com alguns formatos preestabelecidos, e a concretude das necessidades e configurações da vida nos territórios, incluindo uma família fragilizada e muitas vezes adoecida. Diante disso, o cuidado em saúde mental precisa olhar e operar com o território vivo existencial, sendo este uma localização espaço-temporal. Ele se define a partir de uma localização espacial que é configurada no tempo, ou seja, ele é um território em processo, em constante processo de feitura.¹¹

Em alguns momentos, Letícia (supervisora) fala de forma muito complexa sobre o funcionamento psíquico/construção psíquica e corpo, e sinto que é difícil acompanhar esse raciocínio, acredito que para os demais profissionais da equipe, que não são psicólogos, também seja.

Parte 2 – “Após a discussão do caso, fomos para reunião geral, com todos os funcionários do serviço, que no total somam 40 integrantes. A ideia dessa reunião era a equipe poder falar sobre a saída da diretora, que foi desligada de forma abrupta da Organização Social (OS: é a qualificação que a Administração outorga a uma entidade privada, sem fins lucrativos, para que ela possa receber determinados benefícios do Poder Público – dotações orçamentárias, isenções fiscais etc.) e assim do

CAPS. Nesta supervisão já estava presente a nova diretora determinada pela OS. Era visível, no rosto dos técnicos, o mal-estar.

Diante disso, a diretora e o coordenador técnico sugeriram que todos escrevessem sobre o que está difícil e sobre as coisas boas; sendo assim, todos escreveram muito mais sobre o funcionamento do serviço e praticamente não apareceu a questão do desligamento de Joana (diretora que foi desligada).

Alguns se sentiram incomodados, pois preferiam falar. Então a direção deixou todos que quisessem falar que se pronunciassem. Dois psicólogos se pronunciaram sobre o processo de trabalho, um técnico de enfermagem falou como é ruim quando algum profissional da equipe decide colocar um paciente no acolhimento noturno e não constrói isso com a equipe de enfermagem, simplesmente comunicando a decisão.

A supervisora também se queixa da dinâmica da escrita proposta pela direção e coordenação e diz que considera importante a fala, visto que no papel as pessoas vão acabar se expondo menos e controlando mais as ideias e sentimentos. Diante disso, a diretora se posiciona dizendo que se fosse só falar muitos não iam se colocar, a ideia do papel é para deixá-los mais à vontade.

Explorando o processo e refletindo sobre o vivido - parte 2: Momento difícil e constrangedor, ninguém estava à vontade, todos apreensivos com a nova direção, especulações pairavam pelo serviço. Todos estavam sentidos com a saída de Joana. Observei que a nova diretora queria se proteger.

Assim que ouvi a proposta, senti que o constrangimento era muito grande para pedir que as pessoas falassem. Fugiram da proposta combinada previamente com a supervisora, que era falar da saída abrupta da Joana. Achei uma péssima sugestão, pois trabalhamos com a fala.

A sensação que tenho em relação ao uso do papel e da escrita é a mesma da supervisora, acredito que a nova diretora não queria ser exposta, visto que veio ocupar o lugar de uma pessoa muito querida e excelente profissional, que foi embora devido a questões políticas da gestão. Mas também entendo que a equipe se sentiu mais confortável em escrever, pois assim eles não iriam expor seus sentimentos – todos são contratados, isso faz diferença. 90% da equipe estava bastante chateada, com a demissão de Joana, isto era dito no refeitório durante o café dos profissionais, na rampa do serviço durante a ida dos profissionais para fumar; os pacientes também estavam muito mexidos e falavam isso claramente na convivência.

Muito importante os técnicos se colocarem verbalmente, várias coisas diferentes apareceram, inclusive sobre a saída da Joana e de como isso tem sido difícil para equipe e usuários.

Parte 3 – A supervisão iniciou na equipe 2 (com 8 integrantes), quando a supervisora chegou já havia começado a discussão dos casos, os irmãos João e Hugo Mesquita. Achei bastante importante a equipe não esperar a supervisora para iniciar o trabalho, isto pra mim diz da relação que a supervisora tem com a equipe.

João Mesquita encontrava-se no serviço, em acolhimento noturno. Várias pessoas da miniequipe falam da ameaça de João pelo tráfico, visto que ele fazia parte. Porém, em surto psicótico em seu trabalho no tráfico, ele se desestabiliza e comete alguns erros, e o seu chefe no tráfico, para repreendê-lo, o obriga a permanecer um mês sem sair de casa. Já Hugo, seu irmão, é psicótico e faz uso de drogas. Seu pai o leva ao CAPS, onde foi atendido e avaliada a necessidade de ele permanecer em acolhimento noturno. Importante ressaltar que nesta avaliação é considerado o risco que o paciente tem no território, visto que o quadro psicótico dele é de longa data.

Flávia, enfermeira da miniequipe, conta sobre a relação desses irmãos, de como Hugo se sente ameaçado por João, chegando a dormir com uma faca debaixo do travesseiro há anos. Diante da discussão com o irmão, João o agride verbal e fisicamente, e Hugo tenta se defender. Importante ressaltar que Hugo é psicótico e também faz tratamento no CAPS.

Flávia fala da visita domiciliar (VD) que fez à casa de Maria Mesquita [mãe de João e Hugo], da dificuldade de chegar até essa casa, conta que Maria está bem e tem uma excelente vinculação com a Clínica da Família (CF). Conta também, que foi a uma reunião na CF, sobre o caso da Maria, e com isso soube de vários fragmentos sobre o caso e a circulação desta família pelo território.

A supervisora fala que para trabalhar esta família só será possível indo até a casa deles; entende que Maria está bem, e que ela escolheu a CF como lugar de cuidado, reforça os atendimentos em casa para entender a dinâmica deles. A equipe parece concordar com a direção dada pela supervisora. Diferentemente de Maria, seus filhos se vinculam ao CAPS, indo com frequência ao serviço.

Explorando o processo e refletindo sobre o vivido – parte 3: Fica evidente, nesta discussão, a relação que o CAPS e a CF têm com esta família, em que quase todos os integrantes têm prontuários e são atendidos no CAPS.

Outro fato relevante é a questão da violência no território, o risco do usuário em sofrer violência física faz com que ele fique recluso em casa, sem poder circular pelo território. A questão social, nesse sentido, se faz mais relevante que a própria questão em relação ao seu quadro psíquico.

Vários fatores contribuem para equipe decidir pelo acolhimento noturno. Neste sentido, existe uma produção de cuidado, visto que o usuário está em risco. Sobre isso Cecilio e Locaz dizem: “Cuidar, diminuir o sofrimento, salvar vidas, contribuir na construção de uma vida produtiva, funciona como pilares para construção do trabalho em saúde”.^{12:13}

Nessas narrativas, fica evidente a proximidade da equipe da CF e do CAPS, da parceria no trabalho, na divisão e sustentação do cuidado com esta família. Sobre esta questão da divisão do manejo pelas equipes envolvidas no cuidado, trago a seguinte fala de Delgado: “compartilhar democraticamente os níveis de conhecimento teórico e de manejo técnico faz com que se desenvolva uma maior capacidade de tolerar as desigualdades de saberes”.^{1:22}

O fato de Maria ter “escolhido” a CF como local de tratamento não é questão para equipe do CAPS, o que acho excelente, pois o usuário deve escolher onde se vincular, não isentando o CAPS de forma nenhuma da sua responsabilidade perante o caso. Entendo que a equipe do CAPS não deixa de trabalhar em relação à Maria, visto que seu projeto terapêutico singular no CAPS está sempre em discussão, e as reuniões entre as duas equipes (CAPS e CF) são constantes, com o CAPS operando também como matriciador da CF.

Marcador: Implicações da pesquisadora

Parte 1 – Durante a reunião, a supervisora fala que o seu tempo ali está acabando, pois entende que não dá pra ficar mais de dois anos neste lugar, pois acredita que fica muito envolvida e não sustenta o distanciamento necessário para sua função. Realmente esse depoimento me causou estranhamento, primeira vez que ouço isso de um supervisor. Comento este fato com uma amiga que ainda trabalha lá e ela diz que a supervisora chegou falando que deveria ficar no máximo dois anos no serviço, pois entendia que tinha um tempo. Ela acredita que ficando mais do que isso seu envolvimento e sua posição como supervisora será outro. Acho bastante interessante.

Explorando o processo e refletindo sobre o vivido – parte 1: Me surpreendi com esta fala, nunca tinha ouvido isso de um supervisor, estranhei. No primeiro momento achei que tivesse relação

com a saída da Joana, porém, mais adiante, pude entender que era um posicionamento da supervisora anterior ao ocorrido.

Quando Letícia fala da importância de manter um distanciamento para cumprir o seu papel de supervisora, vejo que há uma implicação estrutural-profissional, que segundo Barbier é também, passional, pessoal e transpessoal, entendo que a implicação psicoafetiva não está separada da implicação estrutural-profissional.¹³ Neste sentido, também está associada à busca de elementos referentes ao trabalho social. Aqui aparecem as relações com o poder e o saber, em uma dinâmica singular naquele momento no espaço na supervisão.

Observo, uma implicação histórico-existencial, que trata da inserção do sujeito no aqui e agora de sua profissão, com relação a si mesmo, ao contexto e ao seu grupo de trabalho. Barbier aponta para articulação da história de cada um, com a história dos sujeitos.¹³

Parte 2 – Letícia fala do sonho que tem, em se fazer neste CAPS uma oficina de tear. E fala que segundo Nise da Silveira (psiquiatra reconhecida mundialmente, por revolucionar o tratamento mental no Brasil, ao humanizar práticas manicomiais e introduzir a arte, além de outros métodos terapêuticos) funciona bem – tanto para pessoas mais introvertidas, pois se configura um trabalho mais solitário, e para o obsessivo compulsivo, devido a movimentos repetitivos que possibilitam a criação.

Explorando o processo e refletindo sobre o vivido – parte 2: Fico muito encantada com o envolvimento de Letícia, ela fala com tanta sinceridade e desejo, dá pra ver em seus olhos. Nunca vi um supervisor tão envolvido. É pra ser assim? Fico com essa questão.

Em relação à implicação psicoafetiva, estão envolvidos aspectos mais profundos da personalidade do observador, que perpassam a relação entre o observador e o objeto observado e, neste sentido, abrangem os aspectos libidinais e inconscientes. Toda profissão baseada no desenvolvimento de uma relação humana especial supõe esse tipo de implicação. Ou seja, considera-se a experiência subjetiva, afetiva e social, com a qual o pesquisador vivencia a investigação com os seus valores, emoções, sentimentos e desejos, que lhe são suscitados no contato com a realidade estudada e no interior de uma rede de relações e instituições que nada tem de neutra.¹⁴

Resultados/Discussão

Mudanças expressivas aconteceram no campo da saúde mental, a partir de 1970, no que se refere à forma de enxergar as pessoas que sofrem de algum transtorno mental e às direções nos tratamentos/cuidados oferecidos. Impulsionados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, intensificam-se os questionamentos com relação ao caráter excludente de cuidar e ocorre a consolidação de alternativas/dispositivos de cuidados para além do hospital psiquiátrico.

Ao pensar que o trabalho em saúde mental – seja desempenhado em CAPS, ambulatórios seja em hospitais psiquiátricos – constitui-se de várias categorias profissionais, aposta-se que uma equipe interprofissional possua mais ferramentas para sustentar um trabalho tão complexo e árduo, que é associado ao usuário portador de transtorno mental.

A função estratégica na atenção psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), têm revelado que as teorias e modelos prescritos de atendimento são insuficientes frente às demandas das relações diárias dos trabalhadores com o sofrimento, e a singularidade deste tipo de atenção. O trabalho interdisciplinar possibilita procedimentos alinhados entre intervenção e terapêutica, com uma compreensão mais apurada dos problemas enfrentados pelas equipes.

É notório que a SCI não é um processo estático e acabado, cuja direção já está dada; ela caracteriza-se por intensa mudança, busca reinventar um saber que requer constante debate e escuta por parte do supervisor. Desta forma, constitui-se um dispositivo delicado que exige cuidados e uma escuta atenta de todos os integrantes. Consiste, desta maneira, em um espaço de construção e aprendizado constantes. Segundo Passos e Oliveira:

Pensar o exercício clínico-político da supervisão nos convoca considerar tantos elementos heterogêneos de que esse dispositivo é composto, quanto aos seus efeitos em termos de processos de produção de subjetividade e de produção de saúde.^{15:32}

Os supervisores podem ter formações e práticas diversas. Desempenham um papel fundamental e central na SCI, ao dar o ritmo e o tom da supervisão. Além de produzirem saber, devem contribuir na ratificação da clínica e política como soberanas, a partir do ato da escuta.¹

Considero de extrema relevância o fato de a clínica e a política andarem juntas, visto que elas podem aparecer com pesos bem diferenciados dependendo da prática e da formação do supervisor e equipe. Por isso, torna-se relevante que uma equipe com formações diversificadas possa contribuir de forma mais criativa para a construção do trabalho, e inclusive para a clínica.

Entretanto, é importante ressaltar que a construção dos processos ocorre também mediada pelas implicações dos profissionais que compõe a equipe, pois somos pertencentes a uma sociedade e as questões sociais se fazem presentes nas ações e na prática profissional. Portanto, o desafio da produção do cuidado coloca em análise as implicações da equipe neste processo de supervisão, permitindo que a discussão gerada possa ser incorporada na construção do cuidado.¹⁶

Segundo Figueiredo, o supervisor opera como facilitador do trabalho, ou mesmo como garantia do trabalho e produção em equipe.¹⁷ Neste sentido, entende-se a necessidade de sua capacitação para potencializar um dispositivo como a SCI. Além disso, é necessário que o supervisor seja uma pessoa de fora da equipe.

A partir do caso, discutem-se os componentes do território, a rede, o trabalho em equipe, o trabalho intersetorial, o acolhimento e o encaminhamento. Por isso, pode-se falar em educação permanente, pois um fragmento clínico possibilita repensar posturas, posicionamentos, manejos e assim capacita todos os profissionais da equipe envolvidos no cuidado. Existe uma produção permanente de conhecimento a partir da própria prática clínica.

A denominação institucional refere-se às questões mais específicas do dia a dia do serviço, como horários e funcionamento em geral que acabam atravessando a clínica visto que, a todo o momento, o cuidado é singular. Questões simples, como a dificuldade de um paciente psicótico em cumprir seu horário de chegada ao serviço, como o horário da medicação e atendimentos. É neste ponto que ocorre o atravessamento do que é organizado para que o serviço funcione e o que é da clínica do caso, e como a equipe vai manejar, pensar o projeto terapêutico singular. Questões como essa aparecem e são encaminhadas na SCI.

Diversos saberes foram identificados no processo da supervisão, eles se articulam, dialogam e possibilitam um olhar mais ampliado tanto para as questões institucionais como para a construção do cuidado com o usuário. São eles: psiquiatria, psicologia, enfermagem, psicanálise, assistência social, terapia ocupacional e educação física.

Fica também marcado, na supervisão, o trabalho no território, a sustentação do cuidado em parceria com a Clínica da Família, a aproximação com o tráfico, o acolhimento à crise e à família. Além disso, destaca-se a importância de conhecer o perfil da comunidade (de onde migraram) e sua cultura, para trabalhar em oficinas terapêuticas com os elementos que façam sentido para o usuário.

A articulação dos serviços de saúde – Caps e CF – engendram caminhos possíveis de ampliar a clínica e trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico, cada um com as suas perspectivas, operando na lógica de um território marcado pela violência. O fato de o serviço funcionar 24 horas, e possuir acolhimento noturno, favorece o compartilhamento do cuidado pela equipe, pois todos os profissionais de alguma maneira ficam envolvidos no manejo do usuário em crise, enquanto a miniequipe responsável pelo caso repensa o projeto terapêutico singular, as dificuldades e atravessamentos do caso.

O projeto sociopolítico dos CAPS é muito maior que o cuidar bem, que o lidar bem com a loucura. A proposta idealizada para os CAPS fundamenta-se na promoção de uma articulação social e intersetorial, evitando se limitar apenas ao restrito âmbito da saúde. É necessário estar atento, no sentido de não incorrer no risco de pensar e agir do modelo asilar.¹⁸

Durante a supervisão, o usuário consegue fazer-se protagonista elegendo o seu local de tratamento. O trabalho intersetorial aparece discretamente. O acolhimento à crise e ao sofrimento psíquico são constantes – inclusive nos dias de supervisão, atendimentos de urgência acontecem. Todo este processo atravessado por divergências, que surgem nas discussões em reuniões, no cotidiano do serviço, porém, não impede a construção do trabalho coletivo.

Considerações finais

A experiência da pesquisadora revelou como o cuidado no território é complexo por exigir diversas articulações necessárias que não se dão a priori, e sim, só é possível pensá-las a partir da dor de cada usuário e dos limites de cada equipe.

A potência da supervisão e tudo que ela abarca (equipe e supervisora) demonstram a possibilidade de tratar, no território, o usuário, sua família e sua rede de apoio, e caso esta rede não exista, é possível construí-la na tentativa de ofertar o mínimo de laço possível para a sobrevivência do usuário e de sua subjetividade.

O protagonismo deste sujeito/usuário fica evidente durante as discussões em supervisão, tanto no acolhimento à crise, como nas discussões intersetoriais. Os diversos saberes se complementam, operando uma clínica ampliada de cuidado, apesar de todos os entraves e discordâncias existentes.

Algumas limitações aparecem, como, por exemplo, o quantitativo de pessoal para a promoção do trabalho no território, vital para a produção do cuidado, além do acolhimento no próprio serviço e da dificuldade no relacionamento interpessoal que reflete no manejo dos casos e impacta a direção do trabalho.

Acrescenta-se, ainda que o processo de análise das implicações não chegou a se configurar como uma limitação para o estudo, mas sim como um processo de construção de conhecimento implicado, em que a pesquisadora foi colocada em análise, entrando em contato com sua própria prática durante a SCI.

A pesquisa contribui para reflexão sobre a importância da SCI, que nesta experiência aponta para o trabalho de supervisão que operava contemplando a educação permanente e a produção do cuidado em saúde mental, ampliando para o território. Uma construção de apoio que permite a inclusão da família nesta dinâmica. São elementos que contribuem e fortalecem a prática em equipe na Saúde Mental.

Referências

- ¹ Delgado PG. Supervisão Clínico-institucional: conceito e história. In: Nunes Fº A. (Org.) Supervisão em saúde mental - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG; 2013.
- ² Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1174/GM de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – Caps e dá outras providências. 2005.
- ³ Silva GM da, Beck CC, Figueiredo ACC, Prestes FC. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 2012; 15(2):309-22. doi: 10.1590/S1415-47142012000200007
- ⁴ Santos M. A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1999.
- ⁵ Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S. (Org). Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.
- ⁶ Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 4th ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1996.
- ⁷ Mota AS; Abrahão AL; Souza AC. Site: ferramenta para reflexão de novas práticas em saúde mental. In: Gouvêa MV; Souza AC; Queluci GC; Tavares CMM. (Org.). Formação e Educação Permanente em Saúde processos e produtos no âmbito do Mestrado Profissional. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 157-164.
- ⁸ Passos E, Kastrup V, Escóssia L. (Orgs.). Pistas dos métodos da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2014.
- ⁹ Loyola CMD, Kirschbaum D, Rocha R, Rodrigues J. Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado. Textos de apoio para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010.

- ¹⁰ Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. *Rev. panam. salud pública*. 2008; 24(3):180-8.
- ¹¹ Guattari F. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
- ¹² Cecilio LC, Locaz FA. *O Trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
- ¹³ Barbier R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.
- ¹⁴ Vieira F^o, NG, Teixeira VM. Observação clínica: estudo da implicação psicoafetiva. *Psicol. estud.* (Online). 2003; 8(1):23-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- ¹⁵ Passos E, Oliveira JAM. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de atenção psicossocial. *Polis e psique*. 2012; 2:171-87. doi: 10.22456/2238-152X.40326
- ¹⁶ L'Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*. 2012; 8(1): 194-219.
- ¹⁷ Figueiredo AC. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em uma equipe na atenção psicossocial. *Mental*. Barbacena 2005; 3(5):44-55.
- ¹⁸ Souza AC, Guljor AF, Silva JL. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. *Avances en Enfermería*. 2014; 32:292-8. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a13.pdf>

Como citar: Costa RB, Abrahão AL. Estudo Qualitativo acerca da Supervisão clínico-institucional em uma equipe de saúde mental: uma análise implicada. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (2). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p43-58

Recebido em: 20/04/2021

Aprovado em: 30/03/2022