

**DISETE DEVERA**

**Supervisão Clínico-Institucional: história, usos e sentidos na  
Reforma Psiquiátrica**

**ASSIS**

**2022**

**DISETE DEVERA**

**Supervisão Clínico-Institucional: história, usos e sentidos na  
Reforma Psiquiátrica**

**Tese** apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de **Doutora em Psicologia** (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Silvio Yasui

ASSIS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Ana Cláudia Inocente  
Garcia - CRB 8/6887

D491s Devera, Disete  
Supervisão clínico-institucional: história, usos e sentidos  
na Reforma Psiquiátrica / Disete Devera. Assis, 2022.  
332 f. : il.

Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista  
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis  
Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

1. Supervisão clínico-institucional. 2. Análise  
institucional. 3. Atenção Psicossocial. 4. Saúde mental.  
5. Reforma psiquiátrica. I. Título.

CDD 362.2

## CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: Supervisão Clínico-Institucional: história, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica

**AUTORA: DISETE EVERA**

**ORIENTADOR: SILVIO YASUI**

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade, pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO YASUI (Participação Virtual)  
Departamento de Psicologia Social e Educacional / UNESP/FCL-Assis

Profa. Dra. SIMONE MAINIERI PAULON (Participação Virtual) Departamento de Psicologia Social e Institucional / UFRGS/Porto Alegre

Profa. Dra. ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA (Participação Virtual) PPG/Psicologia / UNESP/FCL-Assis

Prof. Dr. BRUNO FERRARI EMERICH (Participação Virtual) UNICAMP / Campinas

Profa. Dra. JULIANA MARIA PADOVAN ALEIXO (Participação Virtual) Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

Assis, 09 de dezembro de 2021

À Stella Maris Chebli

## AGRADECIMENTOS

Ao Silvio Yasui, agradeço pela confiança em meu trabalho, pelo respeito, por me acompanhar nas vielas das leituras que empreendi, também ao longo do caminho que tracei e pelo qual fiz-me outra de mim mesma. Encontrei em você um orientador apaixonado pela arte da vida, inspirador de ótimas conversas, viagens e interlocuções muito potentes. Agradeço por ser paciente, por ter instigado meu trabalho desde o início, sempre com tolerância e cuidado, me ensinando sobre a Saúde Mental. Incluo aqui, também, o agradecimento por ter podido conviver, durante todo o processo, com nossa querida Heloisa Herradon Rugoni, grande companheira de frutíferas conversas e afetos.

Às queridas Simone Paulon (UFRGS) e Elizabeth Lima (USP/Unesp-Assis), pelo acolhimento e valiosas contribuições na banca de qualificação, pela leitura atenciosa deste trabalho, por embarcarem nessa minha aventura com tantos saberes entrelaçados e lidar tão bem com eles.

À banca de defesa, Simone Paulon (UFRGS) e Elizabeth Lima (USP/Unesp-Assis), Juliano Aleixo (Cândido Ferreira) e Bruno Emerick (Unicamp), pela disponibilidade em compartilhar comigo desse momento, trazendo as contribuições de um olhar crítico e acolhedor na produção de conhecimento.

A todos os entrevistados desta pesquisa: Ana Pitta, Pedro Gabriel, Delgado, Sandra Fagundes, Ana Marta Lobosque, Luciano Elia, Isabel Marazina, Emerson Merhy, e nossa querida anônima Maria, que muito generosamente compartilharam suas experiências de vida, cenas, memórias, narrativas, sem as quais não seria possível a ampliação do conhecimento sobre as histórias, usos e sentidos da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil, produzida a muitas mãos nesta tese.

À Fundação Gregório Barenblitt, pela experiência do curso em 2016 que se desdobrou na aproximação do grupo de pesquisa da Unicamp, por meio de Núncio Sol.

À Solange L'Abbate e todo o diretório de pesquisa Análise Institucional e Saúde Coletiva da Unicamp, o qual conta com a participação de tantos colegas da Escola de Enfermagem (UFF), do Instituto de Saúde da Comunidade (CMS/UFF), do Instituto de Psicologia (USP), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP/EERP), da

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP/RIB. Preto), da Universidade Federal de Goiás (UFG), da Universidade Nove de Julho (Uninove), do Hospital das Clínicas (UFMG), da Escola de Enfermagem (UFMG), do Departamento de Enfermagem (UFSCAR), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN), da *Université de Cergy-Pontoise* (U-CERGY) e da Faculdade de Educação São Luís (FESL), Campus Baixada Santista (Unifesp). Sou grata pela oportunidade de participar das aulas e das discussões junto ao diretório, encontros que trouxeram muitos questionamentos pertinentes aos caminhos da pesquisa.

À amiga Alice Andrade Silva, pelo acolhimento e parceria, que espero tenha sido somente a primeira em um caminho de futuras pesquisas e construções de saberes regados a café e pão de queijo e, nos momentos possíveis, um bom Malbec.

À Ana Godoy, que se tornou uma querida amiga, pelo cuidado com o desenvolvimento de toda a construção deste processo de trabalho, o qual se deu pelo encontro: uma aventura gramático-existencial.

À Michele, revisora do texto final, que pôde fazer com que você, leitor, pudesse entender melhor aquilo que coloquei em palavras.

A todos meus analistas, que ao longo da minha vida me acompanharam na escuta do silêncio em meio às tantas falas que me habitam...

A todos meus analisandos, que de forma singular lapidaram e lapidam minha escuta ao longo desses 30 e tantos anos de prática clínica.

A todas as equipes que forjaram a supervisora clínico-institucional em permanente formação que me tornei.

Aos supervisionandos e ex-supervisionandos, alunos e ex-alunos, pelas questões ingênuas que geralmente são as que nos convocam à arte de compartilhar saberes, aprendendo sempre.

Às equipes que demandaram minha escuta oportunizando o lugar e exercício da função de supervisora clínico-institucional.

Aos eternos e novos amigos, pelo suporte, carinho e paciência, pelas

ausências e pela manutenção da (sempre) expectativa de presença: Kellyn Vieira, Eneida Santiago, Clayton Ezequiel, Marcia Campos.

Aos colegas de doutorado, pelo espaço de acolhimento e compartilhamento das crises e anseios, e pela amizade.

À Unesp-Assis, pela formação pessoal e profissional ao longo de mais de três décadas. Em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela disponibilidade e pelos auxílios e orientações.

Aos meus familiares, que de forma muito carinhosa toleraram minhas ausências durante todo o tempo que dediquei ao exercício desse tão caro ofício.

Em especial, aos meus pais, ao meu querido filho Victor Devera Elston Gomes, por me acompanhar nos desafios da vida, sempre com o frescor de sua perspicaz e carinhosa sabedoria, e a Renato Elston Gomes, por participar desse processo de forma tão especial.

Por fim, a todos os corpos que transbordaram dentro do meu, transmutando-me sempre.



O fundamento do tempo é a memória

*Gilles Deleuze*

DEVERA, Disete. **Supervisão Clínico-Institucional: histórias, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica**. 2021. 332 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar histórias, usos e sentidos da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) na Reforma Psiquiátrica brasileira. Por meio de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), buscou-se responder às questões: como as instâncias de formulação de políticas públicas tratam do tema da SCI? Quais os instrumentos normativos que possibilitaram a institucionalização da SCI no SUS? Quais referenciais teórico-metodológicos embasam a prática da SCI na saúde mental brasileira? Com entrevistas não estruturadas e construção de biografemas, destacaram-se cenas, memórias e histórias trazidas por oito protagonistas da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil. Os critérios de inclusão dos entrevistados foram: (1) ser ator significativo no processo de institucionalização da SCI; (2) constituir amostra capaz de contemplar a diversidade de experiências brasileiras nesse processo. As entrevistas foram audiogravadas e, após leitura e releitura das transcrições, transformadas em narrativas que foram validadas junto aos entrevistados. Consideramos que a utilização das narrativas como meio de produção de conhecimento evidencia que ciência e pesquisa devem ser transversalizadas pela macro e micropolítica. Macropolítica é a insistência na redução da vida ao que é conhecido de maneira racional, enquanto micropolítica desenvolve-se no que escapa a essa lógica – lugar onde se desenvolvem opressões ou deslocamentos criativos. O conteúdo das narrativas foi classificado em sete eixos temáticos: (1) Lugar a partir de onde se opera uma função; (2) Referencial teórico; (3) Análise da oferta precede análise da demanda; (4) Processo de trabalho; (5) Gestão; (6) Dispositivo de educação permanente e (7) Analisador dinheiro. Por fim, esses eixos foram analisados e seus conteúdos destacados, considerando os dissensos e consensos do material agrupado e estabelecendo-se diálogo entre diferentes posições narrativas de cada um dos participantes. Dessa forma, ao colocar em questão a história, os usos e sentidos da SCI, pudemos fazer dessa pesquisa-intervenção dispositivo para acompanhar a dimensão processual da institucionalização da SCI no Brasil. Os resultados da RIL indicam que a Portaria 1.174, de 7 de julho de 2005, constitui marco histórico nesse processo. As narrativas mostram que a SCI se constitui como importante dispositivo de formação e qualificação das práticas de saúde mental, a fim de consolidar a atenção psicossocial brasileira. Entrelaçando a RIL às narrativas, construiu-se um caleidoscópio onde a SCI acontece nas teias e arranjos da própria história da Reforma Psiquiátrica, não tendo, portanto, sua nascente na portaria de 2005 – marco importante da institucionalização. O entrelaçamento também permitiu olhar para o lugar do supervisor como quem exerce função de terceiro e opera cuidado e compromisso com o enunciar do não dito. Assim, é ator do fomento de mudanças institucionais e de práticas profissionais, bem como potente componente de uma micropolítica de resistência aos retrocessos.

Palavras-chave: Supervisão Clínico-Institucional. Análise Institucional. Atenção Psicossocial. Saúde Mental Coletiva. Reforma Psiquiátrica.

DEVERA, Disete. **Clinical-Institutional Supervision: accounts, management, and pathways in Psychiatric Reform**. 2021. 332 f. A Doctoral Thesis in Psychology – Universidade Estadual Paulista (UNESP), School of Sciences and Languages, Assis, 2021.

## ABSTRACT

The present study aimed to analyze accounts, management, and pathways of Clinical-Institutional Supervision (CIS) in the Brazilian Psychiatric Reform. By means of integrative literature review (ILR), the author sought to answer the questions: How do public policy formulation bodies deal with the issue of SCI? What are the normative instruments that enabled the institutionalization of CIS in the Public Health System (SUS) in Brazil? Which theoretical and methodological references is the practice of CIS in Brazilian mental healthcare based on? Non-structured interviews and biographemes brought out scenes, memories, and accounts from eight protagonists of Clinical-Institutional Supervision in Brazil. The criteria for the inclusion of an interviewee in the present endeavor were: (1) He or she had to play a significant role in the process of institutionalization of CIS; (2) he or she had to represent a sample capable of reflecting the diversity of Brazilian experiences in this process. The interviews were audio recorded; the transcriptions carefully read several times, and then transformed into accounts that were validated by the interviewees. The author considers that the use of accounts as a means of production of knowledge shows that science and research should be transversally linked by macro and micropolitics. Macropolitics is the insistence on reducing life to what is rationally known whereas micropolitics is that which develops in what eludes such logic - a place where oppressions or creative displacements develop. The content of the narratives was classified into seven thematic axes: (1) Place from which a function operates; (2) Theoretical framework; (3) Supply analysis precedes demand analysis; (4) Work process; (5) Management; (6) Permanent education instrument and (7) Money Analyzer. Finally, these axes were analyzed, and their contents highlighted, considering the dissents and the consensus of the material gathered, and establishing dialogue among different narrative positions of each of the participants. Thus, by shedding light on the accounts, management, and pathways of CIS, the author made this research-intervention an instrument capable of tracking the procedural dimension of the institutionalization of CIS in Brazil. The results of the IRL indicate that Ordinance 1,174, of July 7, 2005, represents a historical milestone in this process. The accounts show that CIS constitutes an important instrument for the training and qualification of mental health care practices, in order to consolidate the Brazilian psychosocial care. Weaving the IRL to the narratives, a kaleidoscope was created in which CIS takes place within the webs and arrangements of the very history of the Psychiatric Reform, and therefore, not having its origins in the 2005 ordinance – an important milestone within institutionalization. Such weaving also allowed a closer look at the position of the supervisor as a third party from whom care, and commitment are required to enunciate the unsaid. Thus, the supervisor is an actor fostering changes in both institutional and professional practices, and a powerful component of micropolitical resistance against backslides.

Keywords: Clinical-Institutional Supervision. Institutional Analysis. Psychosocial Care. Public Mental Health. Psychiatric Reform.

## SUMÁRIO

TRILHAS DA PESQUISA.....	14
QUESTÕES INICIAIS.....	14
DESDOBRAMENTOS E RECONFIGURAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA.....	17
SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL (SCI).....	19
MEUS ENCONTROS E PERCURSO NA SUPERVISÃO CLÍNICO- INSTITUCIONAL.....	20
MUDANÇA DE PARADIGMA: OS DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DAS PRÁXIS E OS REFERENCIAIS, LUGARES E FUNÇÕES DA SUPERVISÃO CLÍNICO- INSTITUCIONAL.....	28
UM PARADIGMA PARA A TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	32
CRIAÇÃO DE ESPAÇOS DE CIDADANIA.....	40
ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	43
IMPLICAÇÃO, SOBREIMPLICAÇÃO E ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO: FERRAMENTAS DO TRABALHOCOM GRUPOS E INSTITUIÇÕES.....	45
TRILHAS METODOLÓGICAS.....	55
1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	60
1.1 SELEÇÃO DO MATERIAL PARA ANÁLISE.....	60
1.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
1.2.1 SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DOS DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS.....	66
1.2.2 SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO.....	72
2 A PRODUÇÃO DE MEMÓRIA É FIO DE NOVELO REPUXADO DAS TRANÇAS E ENTRELAÇAMENTOS.....	83
2.1 BIOGRAFEMAS: HISTÓRIAS DA SUPERVISÃO CLÍNICO- INSTITUCIONAL.....	84
2.1.1 ANA PITTA.....	85
2.1.2 PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO.....	94
2.1.3 SANDRA FAGUNDES.....	108
2.1.4 ANA MARTA.....	112
2.1.5 ISABEL MARAZINA, LUCIANO ELIA, EMERSON MERHY E MARIA.....	113
3 USOS E SENTIDOS DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL.....	118
3.1 FUNÇÕES DA SCI.....	118
3.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	122

<b>3.3 “A ANÁLISE DA OFERTA PRECEDE A ANÁLISE DA DEMANDA”</b> .....	<b>126</b>
<b>3.4 PROCESSO DE TRABALHO</b> .....	<b>128</b>
<b>3.5 GESTÃO</b> .....	<b>130</b>
<b>3.6 DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</b> .....	<b>132</b>
<b>3.7 ANALISADOR DINHEIRO</b> .....	<b>134</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>136</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>143</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>156</b>
<b>APÊNDICE B – AMOSTRA POR ESPÉCIE</b> .....	<b>159</b>
<b>APÊNDICE C - ANÁLISE TEXTUAL</b> .....	<b>166</b>
<b>APÊNDICE D – FICHA DE LEITURA</b> .....	<b>172</b>
<b>APÊNDICE E – NARRATIVA Nº 1: ANA PITTA</b> .....	<b>230</b>
<b>APÊNDICE F – NARRATIVA Nº 2: PEDRO GABRIEL DELGADO</b> .....	<b>243</b>
<b>APÊNDICE G – NARRATIVA Nº 3: SANDRA FAGUNDES</b> .....	<b>257</b>
<b>APÊNDICE H – NARRATIVA Nº 4: ANA MARTA LOBOSQUE</b> .....	<b>268</b>
<b>APÊNDICE I – NARRATIVA Nº 5: LUCIANO ELIA</b> .....	<b>283</b>
<b>APÊNDICE J – NARRATIVA Nº 6: ISABEL MARAZINA</b> .....	<b>297</b>
<b>APÊNDICE K – NARRATIVA Nº 7: MARIA</b> .....	<b>304</b>
<b>APÊNDICE L – NARRATIVA Nº 8: EMERSON MERHY</b> .....	<b>317</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>329</b>

## TRILHAS DA PESQUISA

### Questões iniciais

Ao ingressar no doutorado propus como projeto de pesquisa investigar a potência do campo de estágio em Psicologia Clínica na Saúde Mental Coletiva para a formação de futuros psicólogos, bem como sua implicação no contexto da mudança paradigmática pertinente à Atenção Psicossocial. Com esse intuito, a proposta inicial contemplava o uso do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI) e da Pesquisa-Intervenção tendo em vista a coerência com o objeto de pesquisa, e tinha como metodologia a análise dos diários de campo dos atores envolvidos no processo de mudança paradigmática pertinente às práticas profissionais do campo da Atenção Psicossocial e da AI. Nesse sentido, a primeira versão do projeto se apresentava como possibilidade de pensar o fazer no processo formativo, lançando mão do campo de estágio em Psicologia Clínica na Saúde Mental Coletiva como ferramenta potente na formação dos profissionais comprometidos ética e politicamente com o referido paradigma.

Pensar o nascimento desse projeto implica resgatar minha própria história, me transportando para o final dos anos 1990, quando fui convidada a assumir a coordenação de saúde mental do município de Rio Claro, no interior de São Paulo, inserindo-me em um cargo de gestão. Tinha 32 anos na época, talvez uma jovem atrevida e impetuosa, com o sonho de viver em uma sociedade sem manicômios e o desejo de começar essa transformação pela minha cidade. Uma cidade tradicional e provinciana onde o manicômio é nomeado como Casa de Saúde e é “limpinho”, “cheiroso” e querido pela população que, no entanto, entende que para cuidar é preciso trancar, divergindo dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembrome de uma oficina de planejamento em que me foi perguntado o que eu sonhava para a saúde mental da cidade, sem que me preocupasse com as condições necessárias para realizá-lo. Respondi que minha ambição era ter um serviço 24 horas que respondesse com prontidão à crise<sup>1</sup>, para que ninguém mais precisasse ser trancado

---

<sup>1</sup>O substantivo *crise* advém do latim *crisis*, momento de decisão ou mudança súbita. “A palavra crise tem sido usada para indicar um processo que produz transformações e modifica a pessoa, no sentido de fazê-la superar momentos decisivos da vida; um evento que faz parte do percurso existencial, da relação com o mundo; um ressignificar. Este sentido da crise pode ou não implicar a irrupção de uma

quando “descompensasse”. Foram quatro anos de muita dedicação e trabalho para implantar uma rede de serviços comunitários em saúde mental.

Em 2000, no quarto ano de coordenação do programa de saúde mental e com dez anos de carreira, retornei à universidade para fazer uma especialização. Todas as sextas-feiras passava o dia encontrando, compartilhando e me embevecendo com reflexões, questões, construções e trocas de saberes e experiências. Ir até a Rua Itapeva, onde se localiza o CAPS Prof. Dr. Luiz da Rocha Cerqueira, participar de um coletivo de gestores que, a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade de São Paulo, por meio do curso de enfermagem, era responsável pela Especialização em Saúde Mental. Ao longo do curso interroguei toda a história dos meus quatro anos de gestão, o cotidiano das práticas onde estava mergulhada. Isso levou-me a pensar que lugar e que trabalho eram aqueles, que tipo de “trabalhar duro” demandava a Atenção Psicossocial. A questão que sustentava e ainda sustenta meus estudos dizia respeito ao processo de formação dos profissionais dessa área. Quem é esse trabalhador e quais as ferramentas para construir esse cotidiano de compromisso com a transformação ou transição paradigmática?

O compromisso ético já estava presente na dedicatória da monografia da especialização e se explicitou mais fortemente no primeiro parágrafo de minha dissertação de mestrado, no qual afirmei que, para além de uma profissão, a Psicologia é uma ciência. No exercício dessa profissão e ciência – compreendendo o psicólogo como agente de transformação social, a Psicologia como uma profissão que convoca o compromisso com a reflexão de nossas práticas e o pensamento crítico como a construção cotidiana de uma *práxis* – são construídos saberes em que a prática é objeto de pesquisa e o campo da saúde mental o cenário dessa investigação, a qual tem compromisso ético com a cidadania e os direitos humanos. Ainda na dissertação, na parte final, discuti haver, no cotidiano das práticas, posições discursivas que explicitam as contradições presentes nos sujeitos ao misturarem

---

experiência dita psicótica. E o que nos interessa é, sobretudo, a que implica isso, por conta de suas consequências, já que em momentos anteriores da história do cuidado em saúde mental, em que havia forte influência de uma cultura hospitalocêntrica, tendo o hospital psiquiátrico como *locus* para esse tipo de demanda, o momento da crise era um indicativo para se iniciar uma carreira psiquiátrica seguida de internações recorrentes [...] como um processo de intenso sofrimento. Isto pode ser percebido no contato com muitas das pessoas que buscam os serviços de saúde mental. As experiências ditas psicóticas geram afetos que levam até os limiares da existência, produzindo intensidades de dor que são difíceis de serem suportadas” (KINKER; MOREIRA, 2021).

eferenciais antagônicos. Como exemplo aponte as condutas manicomiais em ações comunitárias, evidenciando que o lugar primordial de intervenção é a formação permanente dos trabalhadores desse campo.

Em 2004 iniciei minha atividade docente, incluindo a supervisão de estágios em clínica-escola e em psicologia clínica na saúde coletiva, centrando-me na área da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) a partir de 2010. Meu percurso como trabalhadora do SUS, gestora e docente-pesquisadora configurou e configura uma oferta que precipitou a demanda pela supervisão de equipes de Atenção Psicossocial por alguns municípios do interior do Estado de São Paulo, o que nos traz ao início do doutorado. A proposta que deu origem à pesquisa, concebida em 2016, foi apresentada e aprovada no processo seletivo de 2017, período em que o país experimentou certo desmonte dos direitos trabalhistas e sociais e a limitação dos investimentos públicos pelos próximos 20 anos<sup>2</sup>, anunciando o sucateamento dos programas de governo em todos os âmbitos e abrindo caminho para o que hoje se apresenta como a devastação dos campos da saúde e da educação públicas, cujos efeitos se fazem sentir também no domínio privado, tensionando os espaços de trabalho (DELGADO, 2019).

Ao longo dos anos de 2017 e 2018, amparada na proposta de pesquisa, argumentei que a ideia principal era a de dar voz ao discente/estagiário em uma ótica integradora, participativa e mergulhada nas realidades sócio-históricas de cada um, sendo que o protagonismo dos sujeitos convocaria a universidade a implicar-se neste processo através de uma (re)construção da formação dos profissionais de Psicologia. De 2018 para cá, entretanto, foi justamente essa “ideia principal” que vi arruinar-se como efeito de decisões tomadas no âmbito macropolítico, que transformaram o cotidiano acadêmico no qual o projeto se inseria em um meio hostil e marcado por demissões e não pagamento de salários, redirecionando o investimento em pesquisa para aquele em sobrevivência, realidade atualmente partilhada por inúmeros pesquisadores nas universidades brasileiras.

Tal contexto levou-me a ampliar minha atuação como supervisora clínica

---

<sup>2</sup>Emenda Constitucional (EC) nº 95, promulgada em 15 de dezembro de 2016. Conhecida como PEC da Morte (PEC 241/2016, quando em tramitação na Câmara dos Deputados, e PEC 55/2016, no Senado Federal), essa EC institui novo regime fiscal no texto constitucional limitando as despesas e investimentos públicos aos valores gastos no exercício do ano imediatamente anterior, corrigidos pela inflação obtida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), pelos vinte anos seguintes à sua promulgação.



institucional, atividade que desenvolvo desde a primeira metade dos anos 2000, mas que somente a partir de 2015 vinha se intensificando, mais ainda depois de 2017. Essa decisão precipitou reflexões acerca do quanto a realidade brasileira, ou seja, a crise institucional disparada a partir de 2017, repercute de forma capilar em todos os campos da vida, do individual ao coletivo. Para além do ensino superior no setor privado, lócus de minha prática docente, o foco de minha indagação de pesquisa, que inicialmente era o de como construir, fomentar e sustentar processos de formação de trabalhadores implicados com o paradigma da Atenção Psicossocial, passou a se dirigir também ao cenário de sucateamento das Políticas Sociais.

O deslocamento, produzido como enfrentamento dos limites institucionais da universidade onde atuava, pôs à mostra a falência da ideia principal do projeto apresentado, não porque o discente-estagiário tivesse deixado de ser relevante, mas porque a universidade havia, ela mesma, tornado insustentável os desdobramentos pertinentes ao campo de intervenção em suas vicissitudes. Tudo parecia indicar a urgência de olhar para o campo das práticas e para o cenário diretamente afetado pelos desdobramentos decorrentes das mudanças na gestão federal da saúde, que ameaçavam retroceder em relação aos avanços obtidos pela Reforma Psiquiátrica, levando-me a reformular a proposta de pesquisa, a qual apresento a seguir.

### **Desdobramentos e reconfiguração da questão de pesquisa**

A Política Nacional de Saúde Mental implementada a partir do processo de redemocratização do país insere o direito das pessoas com transtornos mentais como questão de direitos humanos, propondo uma ética inclusiva à sociedade em relação à loucura e construindo uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001, 2002a). Esses serviços substitutivos são estratégicos porque têm a responsabilidade de acolher e acompanhar as situações críticas de saúde mental da população (as quais, historicamente, “justificam” as internações psiquiátricas) e os processos psicossociais, no intuito de enfrentar o sofrimento psíquico e suas consequências na construção de um novo lugar social para as pessoas: o de sujeito e cidadão.

O processo da Reforma Psiquiátrica se configura, dentre outros aspectos, como crítica ao paradigma científico e à racionalidade do saber psiquiátrico, configurando

uma ruptura através de um novo olhar para a experiência humana e sua complexidade e fazendo emergir as condições necessárias para um novo paradigma, a saber, o da Atenção Psicossocial (YASUI, 2006). A complexidade da tarefa e de seus desafios exigiu e continua a exigir o protagonismo das equipes para articular, organizar e potencializar a rede de cuidados e para promover uma atitude de corresponsabilidade dos serviços de saúde e de outros recursos sociais disponíveis. Como exemplo disso, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, de 2010, tratou das transformações imprescindíveis nos processos de trabalho inter e intrainstitucionais, além de incorporar uma necessária ação intersetorial e enfrentar o desafio de construir o cuidado no dia-a-dia do território, buscando romper com a rígida configuração do trinômio institucional emergência-ambulatório-hospital e oportunizando, assim, a configuração e a construção efetiva de pesquisas e reflexões do campo da Atenção Psicossocial.

Com o intuito de consolidar os avanços na implantação da rede de serviços de base comunitária e enfrentar os enormes desafios e lacunas encontrados em sua implementação, é necessário lançar mão de múltiplas estratégias de intervenção. Nesse sentido, a Atenção Psicossocial apresenta-se como um movimento de conjuntos, saberes e práticas diretamente relacionadas à atenção ao sofrimento psíquico, através de um arcabouço teórico-técnico e ético-político que visa a superação paradigmática da psiquiatria asilar (COSTA-ROSA, 2013). Em seu exercício territorial e integral, a Atenção Psicossocial enfrenta um grande desafio, o de “planejar esses processos de ação como unidades de produção” (COSTA-ROSA, 2013, p. 114), de maneira que os vínculos entre a instituição e o usuário do serviço sejam contínuos, pois tal continuidade e manutenção de laços refletem-se diretamente no exercício do trabalho e na produção da subjetividade e da vida cotidiana. Outro desafio é a conjugação do trabalho com as velhas formas de atenção vinculadas aos estabelecimentos psiquiátricos e ambulatoriais, sendo estes “banidos pela lógica e pela ética da Atenção Psicossocial” (COSTA-ROSA, 2013, p. 115).

É nesse contexto que a SCI se apresenta como importante dispositivo de cuidado e de apoio ao cuidado – no cotidiano das práticas, por meio da qualificação das equipes de trabalho, na dimensão clínico-política que está na base da proposição da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Pública de Saúde Mental. Tal afirmação se dá a partir da perspectiva desenvolvida ao longo desta tese, qual seja, a de que desde o princípio da criação dos serviços substitutivos no Brasil e da Política

de Saúde Mental, a SCI sempre esteve presente, de maneira formal ou informal, como demanda e necessidade das equipes para interrogar suas práticas, entendidas como ferramenta importante na interface entre clínica, gestão e política. A equipe é o instrumento privilegiado para as intervenções nesse campo (ancoradas no vínculo com usuários, familiares e comunidade), sendo agente promotor das transformações nos modos de pensar e agir em saúde mental, na perspectiva da emancipação e da inclusão sociocultural dos usuários dos serviços. Desse modo, torna-se fundamental formar as equipes para a compreensão epistêmica da Atenção Psicossocial, ou seja, para que tenham clareza de seus princípios técnicos e teóricos e da importância do Controle Social em vários âmbitos do protagonismo social, bem como da potência subjetivadora do desejo (SEVERO, 2014; ONOCKO-CAMPOS, 2014; SILVA *et al.*, 2012).

Diante desse panorama, emergem as seguintes questões: quais são as histórias, os usos e os sentidos da SCI no Brasil? Como ela operou, em certa dimensão formativa, na construção e consolidação da RAPS? Foram elas que me instigaram ao longo deste processo de pesquisa.

### **Supervisão Clínico-Institucional (SCI)**

O ponto-chave é: a formação do institucionalista é interminável, assim como a do supervisor clínico-institucional. Pensar a dimensão formativa da SCI passa necessariamente por pensar de onde ela procede. A prática da supervisão atravessa diversos processos formativos em várias áreas profissionais. Sua configuração no campo da Atenção Psicossocial sofre influência da psicanálise (COIMBRA, 1989), na qual a supervisão é entendida como um dos elementos primordiais em sua transmissão, compondo o tripé básico da formação, juntamente com a análise pessoal e o estudo teórico. Essa prática é tão importante para a formação que existe desde Freud e Breuer em 1883, nos primórdios da psicanálise. Nela, o(s) caso(s) são apresentados e discutidos com um psicanalista com mais tempo de experiência, que traga consigo uma bagagem profissional substancial na condução de diversos casos ao longo de sua trajetória. Geralmente a supervisão se dá mediante a transcrição de uma sessão que auxiliará o supervisionando a enxergar/ouvir possíveis pontos que até então encontravam-se obscuros na sua escuta clínica, produzindo intersecções

entre o campo teórico, o manejo técnico e sua análise pessoal.

No âmbito teórico, auxiliará o supervisionando a reconhecer as ancoragens conceituais da psicanálise, elucidando, a partir do material clínico, as manifestações da transferência, da resistência e, conseqüentemente, do recalque, por exemplo. No aspecto técnico, o analista em supervisão se apropriará do manejo do enquadre terapêutico para que o inconsciente se apresente trabalhando seus elementos fundamentais, tais como o tempo da sessão, o pagamento e as faltas e férias, assim manejando as indagações operativas pertinentes às interpretações, apontamentos inerentes às construções em análise. Quanto ao âmbito da análise pessoal, trata-se de um encontro de inconscientes, de experiências que marcam e atravessam a subjetividade de ambos os implicados, presentificando-se no encontro a importância do cuidado de si. A implicação do analista configura-se como ferramenta no e para o processo de trabalho em análise (STEIN, 1992; MANNONI, 1992).

O supervisor clínico-institucional sustenta dois objetivos fundamentais: potencializar as equipes através de um olhar crítico, reflexivo e instrumental-técnico para a situação das famílias e das pessoas atendidas, e colocar em análise o impacto emocional que elas causam nos profissionais. Ele é também um articulador de ações de integração e sinergia desenvolvidas através dos vários equipamentos sociais, aliando objetivos e propostas aos quais gradativamente se equacionam alguns obstáculos tais como a fragmentação das informações e a discordância entre os membros das equipes, criando um modelo comum de intervenção sustentado pelo coletivo de trabalhadores e planejando e implementando ações junto à família através de relatos minuciosos sobre o caso clínico e todas as informações disponíveis, bem como de uma multiplicidade de olhares para compreender a dinâmica, os recursos e as carências do sujeito. Após os relatos, utiliza-se dados técnicos de visitas, intervenções, entrevistas, recursos da comunidade e informações sobre os serviços de saúde física e mental, bem como da identificação e estabelecimento de redes de cuidado no território, articulando reuniões intersetoriais e equipamentos para discutir conjuntamente o caso e as possíveis intervenções (AVILA, 2013).

### **Meus encontros e percurso na Supervisão Clínico-Institucional**

A primeira vez que me deparei com a função de supervisora clínico-institucional

foi em 1991, quando fiz um aprimoramento na Faculdade de Medicina de Botucatu, após concluir a graduação em Psicologia – hoje, seria o equivalente à residência multiprofissional. Essa é a mesma época em que ocorre meu primeiro encontro com o sofrimento psíquico intenso, minha primeira vivência clínica com alguém em uma experiência delirante e alucinada. Um divisor de águas. Sou acionada em uma interconsulta na enfermaria da cirurgia vascular, uma senhora diabética que tinha dado entrada há pouco mais de dez dias com um ferimento no pé que ocasionara uma sequência de cirurgias de progressivas amputações, culminando em uma amputação transfemural. Respondo à interconsulta e encontro essa senhora “alucinando” uma cena de parto, onde o “coto” era a cabeça da criança e ela pedia que eu ajudasse a parir. Foi transmutador<sup>3</sup> poder acompanhar uma pessoa em intenso sofrimento dentro de um hospital geral e não em uma instituição fechada como um hospital psiquiátrico. Quão viável é o cuidado em liberdade, por mais complexo que seja!

Compunha a proposta do Aprimoramento (FUNDAP)<sup>4</sup> trabalharmos no hospital geral, no ambulatório de saúde mental e no hospital-dia, durante dois anos. Foram anos intensos, os quais forjaram definitivamente minha clínica comprometida ético- politicamente com o cuidado em liberdade e, de maneira radical, uma trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), para ele e por ele. Durante a estada no hospital-dia conheci Isabel Marazina e fiquei encantada com sua sensibilidade e, ao mesmo tempo, com sua capacidade de fazer o manejo do cotidiano com práticas que acolham os atravessamentos das singularidades dos atores envolvidos. Isso me aproximou de Isabel. Foi um momento muito importante, pois já havia em mim uma propensão ao trabalho com grupos, uma vez que, desde os tempos da faculdade, me interessava estudar e compreender esse tipo de trabalho.

---

<sup>3</sup>De acordo com o dicionário Michaelis (2021), o termo transmutação vem do latim *transmutatio*, - *onis* e significa: (1) Ação ou efeito de transmutar(-se), transmutação, transmudamento; (2) Processo que consiste na formação de uma nova espécie por meio de uma sucessão de mutações na espécie original; (3) Transformação de um nuclídeo em outro mediante reação nuclear. Nesse sentido, utilizamos o termo para designar o processo de se romper “enquanto totalidade, abandonando [...] sujeitos-objetos disciplinados em prol da criação” (PASSOS; BARROS, 2000, p.78).

<sup>4</sup>A Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) foi criada por meio da Lei n. 435 no dia 24 de setembro de 1974. Começou efetivamente seus trabalhos em 1976, a partir do Decreto n. 7.611, que estabeleceu seus estatutos. Atualmente a Fundap se mantém como referência em capacitação, pesquisa e consultoria e compreende esse tripé como a base para a modernização e a inovação no Estado. A pesquisa permite compreender as principais demandas da sociedade e os maiores gargalos do setor público, ao passo que a consultoria abre as portas para, uma vez identificados os pontos de melhoria, otimizar processos, estruturar regras e estabelecer novas ferramentas de gestão. Por fim, a capacitação permite que servidores coloquem em prática as mudanças e redesenhos, materializando assim a inovação (FUNDAP, 2016).

Passei pela experiência da psicologia no hospital geral, no ambulatório e no hospital-dia. Quando saí de lá, retornei para a cidade de Rio Claro e ingressei na prefeitura. Fui para a área ambulatorial e fiquei muito intrigada, porque a mim foi dirigida uma demanda: “Você tem que atender a fila de crianças de 7 a 9 anos”, ao que respondi: “Ok”. Eu nunca tinha trabalhado com crianças, mas pensei: “Vou aprender”. Percebi, entretanto, que teria dificuldades se atendesse uma por uma. Ao pesquisar como outros serviços equacionavam essa realidade, encontrei uma proposta de avaliação psicodiagnóstica em grupo. Iniciei o contato com os pacientes da lista de espera, já que era uma demanda escolar. Comecei a estudar o perfil da clientela, agrupando dados como idade, bairro, escola, queixa principal e configuração familiar, todas informações coletadas a partir da ficha de triagem.

Havia uma sala de 40 alunos que tinham sido encaminhados para atendimento. Pensei que era preciso conversar com a professora, ao invés de chamar 40 crianças, então fui até a escola. A partir do levantamento, defini ações de saúde no território. Havia pessoas que estavam por dois anos na fila de espera. Muito provavelmente, depois de tanto tempo, já haviam encontrado (ou não) outras alternativas para a queixa inicial. Tanto é que muitos não compareciam, tampouco retornavam o contato. Essa experiência foi importante e compus, junto com a equipe do Ambulatório de Saúde Mental de Rio Claro e com Isabel Marazina, um grupo de estudos sobre a teoria de Enrique Pichon-Rivière (1998). Isabel vinha para Rio Claro, creio que quinzenalmente (não me recordo ao certo), e líamos o trabalho de Pichon, que me interessava desde a graduação. Pichon propõe o estudo do encontro, do vínculo, e formulou a “teoria dos três D” (depósito, depositante e depositário). Para ele, o grupo não opera nem em A nem em B, mas em encontros. Sempre me interessei muito por isso.

Em 1997, com a eleição municipal, o cargo de prefeito é ocupado por uma coligação com partidos de esquerda, ocasião em que sou convidada para coordenar a saúde mental. Retorno, então, para o trabalho na prefeitura, ocupando, dessa vez, outro lugar: o de gestora. Até aquele momento havia apenas um único ambulatório de saúde mental em Rio Claro além do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, que nunca pertenceu ao município, permanecendo como um serviço independente, com financiamento do SUS e autonomia de gestão. Comecei a pensar no cotidiano do serviço. Vários aspectos do dia a dia do ambulatório me incomodavam muito. Por exemplo, havia uma sala de espera comum, de maneira que tínhamos, no mesmo

espaço, pacientes psicóticos, dependentes químicos, crianças e pacientes esperando perícia acompanhados de policiais. Comecei a discutir com os colegas de trabalho a singularização do cuidado, e pensamos em criar espaços distintos para esses pacientes. Foi quando se articulou a montagem da rede de serviços de Rio Claro. Nesse momento, pontuei que era preciso a SCI para as equipes do serviço de saúde mental da cidade, porque pensar a questão do cuidado em liberdade implica uma postura e uma formação desses trabalhadores da saúde coerentes com essa proposta terapêutica.

Procurei Isabel novamente oferecendo-lhe a função, mas ela não pôde aceitar e indicou Stella Maris Chebli<sup>5</sup>, que assumiu os trabalhos no serviço de atendimento infantil. Para álcool e drogas, estabelecemos parceria, por exemplo, com o Projeto Quixote, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, *Campus* São Paulo). Stella ocupava a função de supervisora em uma posição autônoma, sem vínculos com a universidade, tampouco com a gestão. Aprendi muito com ela, com seu grande cuidado em acolher a equipe, mas também em me acolher como gestora. Stella fazia questão de almoçar comigo e aportava muito a meu exercício profissional, função que norteia o cargo de supervisor: cuidar da equipe como um todo, integrando trabalhadores e gestão. O supervisor ocupa um lugar de absoluta tensão entre os campos da gestão e da clínica. Ela me apresentava isso de forma viva.

Durante o último ano de gestão, em 2000, fiz um curso de especialização, fruto de uma parceria entre a Universidade de São Paulo (USP), o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que acontecia às sextas-feiras no CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva). Ao final do curso, pequenos grupos de alunos foram organizados para elaborar uma monografia. O fato de eu atuar como gestora facilitou que a pesquisa de monografia de meu grupo tivesse como campo de intervenção o NAPS de Rio Claro, e as entrevistas foram realizadas pelos outros pesquisadores. Na época eu afirmava: “se temos um serviço 24 horas com prontidão à crise, não podemos encaminhar para o hospital psiquiátrico”. A equipe, por sua vez, dizia: “ah, mas esse mês ‘só’ encaminhamos oito”, e eu rebatia: “não é para encaminhar. É zero”. Então, na monografia, refletimos sobre o que os impedia de sustentar o cuidado em liberdade e não encaminhar ao hospital psiquiátrico, e o grupo analisou as entrevistas a partir do que Abílio da Costa-Rosa apresentava como

---

<sup>5</sup>Stella morreu em agosto de 2020. Ela faz muita falta.

parâmetros em suas publicações. Não era apenas uma questão de ser um serviço 24 horas. Naquele momento se tratava de um exercício de apropriação efetiva dos parâmetros da Atenção Psicossocial. Foi o primeiro passo rumo ao desejo de estudar a episteme desse campo.

No início de 2001, no começo do segundo mandato do prefeito, fui destituída do cargo de coordenadora municipal de saúde mental durante meu período de férias. No meu retorno fui comunicada que o cargo havia sido incorporado à diretoria de atenção especializada. Fui convidada a coordenar o CAPS III, que precisava de apoio e investimento intenso da gestão central, compreendendo que a coordenação de saúde mental não é simplesmente um cargo, mas uma função de articulação de políticas públicas, portanto, não é dispensável. Nessa conjuntura, seria mais potente trabalhar no atendimento direto ao usuário do CAPS III, onde teria mais governabilidade para produzir cuidado em liberdade, pautado na aposta na cidadania, na ética e no vínculo.

Em meados de 2001, Ana Pitta, uma das coordenadoras e professoras do curso de especialização em saúde mental já mencionado me convidou para compor a equipe da Coordenadoria de Saúde do Estado de São Paulo. Ela já atuava na Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do município. A atuação de Ana sempre foi articulada com instituições reconhecidas na construção de políticas públicas, como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, o que demandava ações sistemáticas para a operacionalização concreta de agendas. Nesse processo, aprendi muito a respeito das nuances e detalhes no manejo da gestão. Aprendi a organizar minha grade de atividades olhando-a organizar a dela. Em uma lousa branca, ela tinha anotado todo o mês de trabalho: congressos, atividades, reuniões – como uma espécie de fotografiado mês.

Nesse mesmo período ocorriam os preparativos da III Conferência Nacional de Saúde Mental, onde tive a oportunidade de trabalhar assessorando as pré-conferências, buscando oportunizar e garantir a participação efetiva de usuários, familiares e trabalhadores. Dois meses depois de encerrado o evento, em fevereiro de 2002, o Ministério publicava a Portaria nº 336/2002, que dispunha sobre o credenciamento dos CAPS. Em função disso passamos a visitar os serviços que solicitavam credenciamento, discutíamos com as equipes o que, no processo de trabalho, caracterizava o funcionamento de um CAPS e, assim, justificávamos a legitimidade do processo. O compromisso com a formação de trabalhadores para a



mudança paradigmática inerente à Atenção Psicossocial me conduziu a um retorno à universidade.

Na época, Ana Pitta mencionou que iria a um congresso em Barcelona e outro em Roma, convidando-me para ir também e sugerindo que eu apresentasse o trabalho da monografia. Foi muito bom ter participado desses congressos. A aproximação com o universo da pesquisa acadêmica despertou o desejo de fazer mestrado. Foi quando fiquei sabendo que Abílio estava trabalhando no *Campus* da Unesp em Assis, prestei a prova de ingresso e participei do processo seletivo em 2002. No mestrado, fiz o levantamento do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo, desde os primeiros serviços territoriais comunitários até o ano de 2004. Interessavam-me as vertentes que norteavam as políticas públicas, as influências que os modelos de cuidado no território exerciam na sustentação das práticas e no discurso dos trabalhadores. Foi uma pesquisa quantitativa-qualitativa envolvendo todo o interior paulista, com exceção da Grande São Paulo e litoral. Enviei os questionários para os gestores municipais via Diretorias Regionais de Saúde (DRS).

Durante esse período (de 2002 a 2005) fui convidada para ajudar na implementação de um CAPS III regional, o Centro de Reabilitação de Casa Branca<sup>6</sup>. Em 2002 isso era algo novo, algo que tinha que ser pensado como alternativa aos manicômios para pequenos municípios, e era preciso ser organizado, porque um município pequeno não comporta um serviço 24 horas. Em Casa Branca foi a primeira vez que exerci a função de supervisora clínico-institucional, mais por conta da experiência como gestora que como docente ou pesquisadora. Depois disso tomei gosto pela tarefa, que venho realizando desde 2003. Em decorrência do mestrado surgiram oportunidades na docência: ministrei disciplinas na Unesp – *Campus* Rio Claro, na Unip – *Campus* Limeira e na PUC-Campinas. No final do primeiro semestre de 2010 fui convidada para dar uma aula no curso de especialização realizado na Unimep para trabalhadores da DRS de Piracicaba. Poucas semanas mais tarde a então coordenadora do curso, Telma Souza, convidou-me para assumir uma vaga de professora na graduação de psicologia. A Unimep era uma faculdade muito respeitada, sempre teve uma pós-graduação bem avaliada. Eram outros tempos.

---

<sup>6</sup>Hospital psiquiátrico estadual que foi modificado em 2001 configurando as residências terapêuticas e o Centro de Atenção Psicossocial III – Regional.

Nessa experiência docente ministrei as disciplinas Teorias e Técnicas Psicoterápicas e Psicanalíticas I e II (adulto e infantil, respectivamente) e Psicoterapia de Grupo I e II. Nelas trabalhava os grupálicos e a história da psicoterapia de grupo e da AI, com referenciais de Pichon, Bleger, Lourau, Baremlitt, entre outros, de modo que me aprofundei nessa construção conceitual e teórica. Como respondia pelo estágio supervisionado em saúde mental nos serviços territoriais comunitários, caracterizou-se, assim, um eixo de sustentação teórico-conceitual entre as disciplinas e os campos de estágio. O estágio foi importante por causa da minha experiência como gestora e pesquisadora, do compromisso com a formação do psicólogo. Considerando o modelo territorial comunitário, penso que a graduação em psicologia, de um modo geral, não está em consonância com efetivas demandas para a mudança paradigmática pertinente à Atenção Psicossocial. É preciso fomentar uma formação que atenda a essas demandas.

Permaneci 10 anos na Unimep e, nesse período, muito por conta do trabalho com o estágio, fui me aproximando dos serviços e comecei a formar alunos para o trabalho no território. Uma vez nele, eles me indicavam como supervisora para as equipes. Atuei em diversos serviços, em diferentes localidades. Influenciada por essa experiência decidi, em 2016, fazer um curso em Belo Horizonte, na Fundação Gregório Baremlitt. Foi mobilizador o suficiente para desejar sistematizar essas histórias, dando corpo a elas. A partir desse curso entrei em contato com o grupo de pesquisa de AI e Saúde Coletiva da Unicamp e também me matriculei como aluna especial na disciplina optativa Tópicos em Ciências Sociais em Saúde e Análise Institucional: teoria e prática em saúde coletiva, coordenada pela professora Solange L'Abatte. Dessa experiência nasce a primeira proposta de projeto para o doutorado.

A ideia inicial era estudar a prática na formação da graduação a partir da minha experiência em supervisão, pois como eu trabalhava com alunos em estágio, tinha algum trânsito pela AI. Em 2017, quando ingressei no doutorado, cumpria 20 horas como professora na Unimep e outras 8 como supervisora institucional junto às equipes do programa de saúde mental do município de Capivari. Já em 2018 iniciei um trabalho similar em Santa Bárbara D'Oeste, ao qual me dedicava 4 horas, além da atuação em clínica particular – perfazendo uma média de 50 a 60 horas semanais. Foi uma época muito potente, com várias oportunidades que até então não tinha tido, apesar da intensa carga horária de atividades. Aprendi bastante, inclusive a fazer escolhas. Durante esse período, ainda em 2017, houve uma greve dos professores com apoio

dos estudantes, com engajamento de todos. Foi um cenário difícil, com questões trabalhistas sérias que impediram que o tema inicial de pesquisa pudesse ser continuado naquela instituição de ensino.

Mesmo assim, segui com o doutorado, realizando os créditos das disciplinas. Finalizada essa etapa, precisava consolidar meu objetivo de pesquisa. Em 2019 fui para Cuba e para os Estados Unidos apresentar trabalhos, mas ainda com o projeto sobre a universidade e os estagiários do curso de psicologia. Em maio de 2020, considerando a urgência dos prazos para a qualificação, concluí que a conjuntura político-pedagógica da universidade não possibilitaria sustentar aquela pesquisa. Diante das circunstâncias, optei por suspender minha matrícula por seis meses. Reelaborei o objeto de pesquisa, colocando em questão a história, os usos e os sentidos da SCI, me dando conta de que essa temática produzia ressonância muito mais intensa e provocativa na relação com minha história e análise de implicação.

Toda essa reelaboração ocorreu no seguinte cenário: o período de suspensão de matrícula coincidiu com os primeiros seis meses pandêmicos. Muitas mudanças: aulas e supervisão online, campos de estágio interditados para a frequência dos alunos e, ao final do primeiro semestre letivo de 2020, minha demissão da universidade. Diante desse cenário a decisão por permanecer somente no consultório se deu em meio a muito trabalho e muita angústia. Qualifiquei-me em novembro de 2020. Na ocasião da banca foi evidenciado que o texto da qualificação continha um luto, para além da perda do projeto de pesquisa inicial. Esse apontamento me fez perceber que havia o luto da docência, da cena pandêmica, do ataque às políticas públicas e aos direitos humanos. A aposta no trabalho foi uma aposta na vida: na pesquisa a vida pulsava, a cada entrevista eu saía revigorada. E foi assim que, ao longo desse processo de pesquisa, realizei um levantamento das histórias, dos usos e dos sentidos da SCI no Brasil, compreendendo os recursos teórico-metodológicos da SCI como ferramenta de construção, consolidação e formação permanente dos trabalhadores da RAPS, questões essas pertinentes ao processo de institucionalização da SCI no Brasil.

No próximo bloco abordarei aspectos teórico-conceituais sobre a SCI, refletindo sobre os referenciais, os lugares e a função da SCI diante das mudanças paradigmáticas, dos desafios e das potencialidades na construção de uma *práxis*. Em seguida, detalharei mais sobre os caminhos (opções) metodológicos da pesquisa, tanto na revisão da literatura sobre a SCI quanto na construção das narrativas e sua

análise. Por fim, serão discutidos aspectos pertinentes à institucionalização da SCI no Brasil, considerando questões relacionadas ao processo histórico, aos usos da SCI, aos recursos e financiamento empenhados, dentre outros.

### **Mudança de paradigma: os desafios na consolidação das *práxis* e os referenciais, lugares e funções da Supervisão Clínico-Institucional**

Historicamente o paradigma psiquiátrico, que surge a partir da Revolução Francesa ancorado em seus princípios e sob a regência de Pinel, instituiu o hospital como local de correção e penitência, fundando a vigilância e o controle do doente mental baseado na disciplina, ou seja, no tratamento moral (RESENDE, 1987; PEREIRA, 2004; YASUI, 2006). Ele apoiou-se no modelo médico psiquiátrico, articulando em suas bases uma “terapêutica” de tratamento que se respaldou na hospitalização do sujeito, então doente, por ser um desviante das normas e carregar em si algo que reflete sua desrazão (COSTA-ROSA, 2013; AMARANTE, 2007). Essa sistematização do cuidado determinou um modo de operar. O isolamento e a segregação foram as formas de responder à demanda social em vista da desrazão do sujeito desviante da ordem moral, instituindo métodos, suposições e problemas típicos que constituíram uma forma de manejo da situação-problema (a doença mental) e uma resposta a ela (a internação), definindo, assim, um paradigma que sustentou essa prática (YASUI, 2006).

Entretanto, dado que a potencialidade do conceito de paradigma reside na faculdade de contrapor a ideia de linearidade e contiguidade na produção científica que leva ao seu progresso, culminando em seu aperfeiçoamento (YASUI, 2006; KUHN, 2000), surgiu a necessidade de se criar novos métodos devido ao malogro em sustentar a forma de operar das instituições psiquiátricas na intenção de recuperar os doentes, a qual se ateve unicamente à função do isolamento do alienado e sua concomitante exclusão do convívio social.

Uma revolução científica acontece quando surgem “anomalias”, ou seja, fenômenos ou fatos que não são explicados pelo paradigma vigente e que obriga a comunidade científica a produzir um novo paradigma, inexistente até então. (YASUI, 2006, p. 68).

Um momento de grandes transformações foi iniciado após a Segunda Guerra

Mundial. Em função das violações de direitos humanos identificadas nos campos de concentração e de sua similaridade com o tratamento dispensado às pessoas privadas de liberdade nos serviços psiquiátricos, um panorama de reformas das instituições de cuidados aos doentes mentais se descortinou na Europa e nos Estados Unidos (BARROS, 1996). Vários autores (FLEMING, 1976; AMARANTE, 1995; PITTA-HOISEL, 1984) descrevem os principais movimentos reformistas, citando as comunidades terapêuticas e o movimento de antipsiquiatria na Inglaterra, a Psiquiatria de Setor na França, a Psiquiatria Democrática Italiana, a Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos e a Psicoterapia Institucional francesa. Para Pitta-Hoisel, esses movimentos foram referência para a fundamentação das práticas que nortearam a implementação do CAPS “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”.

A Psiquiatria de Setor sustenta a ideia de levar o cuidado à população evitando ao máximo a segregação, tratando-se de “uma terapêutica *in situ*, [...] o paciente será tratado dentro de seu próprio meio social [...] e a passagem pelo hospital [...] será uma etapa transitória do tratamento” (FLEMING, 1976, p. 54). Ela designa à psiquiatria uma vocação terapêutica e concebe a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar em instituições que terão por tarefa a progressiva ressocialização do paciente. Um exemplo ocorreu na França, com a divisão do território em setores que tinham por competência uma abrangência de 70.000 habitantes correspondente a uma rede de instituições, a qual tinha por função a prevenção, o tratamento e o acompanhamento pós-alta das doenças mentais.

Já a Psicoterapia Institucional é entendida como um conjunto de mediações em que as combinações produzem efeitos terapêuticos, dando à instituição um papel de sujeito-analisante cujas potencialidades são muito vastas. Suas mediações são de naturezas diversas (oficinas, reuniões, atividades de gestão e organização), todas constituindo uma rede significativa ou um campo transferencial a partir do encontro da Psiquiatria com a Psicanálise, com o objetivo de

[...] criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo esteja preparado (terapêuticas-biológicas, analíticas; neutralização dos sistemas alienantes socioeconômicos etc.), para que o psicótico aceda a um campo onde se possa referenciar, re-delimitar o seu corpo numa dialética entre parte e totalidade. (FLEMING, 1976, p. 47-48).

Fleming (1976) apresenta o entendimento de que não há contradição entre uma verdadeira psicoterapia institucional e os princípios de base da Psiquiatria de Setor,

dizendo ainda que, por ter sofrido influência da psicanálise de tendência lacaniana, a Psicoterapia Institucional sofreu uma transformação mais profunda da prática psiquiátrica, enquanto a Psiquiatria de Setor tem como baliza essencial a transferência das atividades do hospital para uma pluralidade de intervenções terapêuticas na comunidade.

Alguns países da América Latina foram influenciados pelos movimentos de transformação da assistência psiquiátrica, especialmente os do modelo norte-americano. Assim é que, a partir da década de 60, em países como Chile, México, Colômbia e Argentina, foram desenvolvidos programas de atenção à saúde mental que tinham em comum a implantação de centros comunitários e o objetivo de realizar a prevenção primária (AMARANTE, 1995). Com relação à influência norte-americana no Brasil, a

[...] psiquiatria preventiva e comunitária opera uma crítica ao sistema psiquiátrico por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. [...] A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta. (AMARANTE, 1996, p. 16).

Diferenciando-se das propostas de reformas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos – que deslocavam a ênfase posta nos hospitais psiquiátricos para a criação de serviços na comunidade –, a experiência italiana, a partir da década de 60, enfatizava a necessidade de tomar como ponto de partida o interior do manicômio, criando condições para sua desmontagem e subvertendo sua lógica e seu funcionamento. Este movimento foi chamado de Psiquiatria Democrática Italiana (BASAGLIA, 1985). O processo de transformação da psiquiatria, iniciado em 1971 em Trieste, levou ao fechamento completo do manicômio e à constituição de um determinado tipo de assistência territorial. Esse processo foi posteriormente teorizado e passou a ser conhecido como “desinstitucionalização” (AMARANTE, 1996). Essa vertente traz a cidadania como questão fundamental, já que aqueles compreendidos como doentes eram despojados de seus direitos políticos, jurídicos e civis, tornando-se não-cidadãos.

O que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma [...] é a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE, 1996, p. 15).

Além disso, cabe destacar que

[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do 'paciente' e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 33).

A psiquiatria Democrática Italiana é uma resposta crítica à psiquiatria reformada na Europa e Estados Unidos, em que a desinstitucionalização foi reduzida à desospitalização. “A desinstitucionalização foi realizada [...] como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos” (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 19). Como palavra de ordem, a desinstitucionalização era utilizada para muitos e diferentes objetivos. Para grupos técnicos e políticos radicais apresentava-se na perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, se posicionando paralelamente à antipsiquiatria. Já para os administradores era vista como um programa de racionalização financeira-administrativa, entendida como redução de leitos hospitalares e consequência da crise fiscal, revelando-se coerente com as orientações neoliberais.

No sentido de atingir a superação gradual da internação psiquiátrica através da criação de serviços na comunidade, rompendo com o predomínio cultural do modelo clássico da psiquiatria em que o hospital era a única resposta para o sofrimento psíquico, as reformas psiquiátricas na Europa dos anos 60 multiplicaram as estruturas extra-hospitalares, porém as internações psiquiátricas continuam a existir na Europa e nos Estados Unidos. “Em todos os sistemas de saúde mental nascidos das reformas, malgrado as intenções que as animavam, permaneceram os hospitais psiquiátricos e as estruturas de internação que tem um peso não secundário” (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 20).

Como decorrência de ser entendida e praticada como desospitalização, a desinstitucionalização produziu o abandono de parcelas consideráveis da clientela psiquiátrica (BASAGLIA, 1985). As análises sociológicas e psiquiátricas sobre a psiquiatria reformada colocam em evidência que, entre os serviços da comunidade e as estruturas de internação, existe uma complementariedade, um jogo de alimentação recíproca.

[...] Particularmente, a imagem de circuito coloca em evidência o fato de que

a psiquiatria reformada 'estática' da segregação, em uma instituição separada e total, foi substituída pela 'dinâmica' da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. Assim, funcionam: o centro para internação durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro de psicoterapia etc. (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 23).

Na perspectiva da psiquiatria reformada, portanto, a desinstitucionalização tem um balanço negativo. Já para a experiência italiana, desinstitucionaliza-se o paradigma psiquiátrico. A psiquiatria, por não conseguir equiparar seus métodos de trabalho "aos princípios abstratos" que a balizam, tem a sustentação de suas instituições funcionando por uma codificação entre a definição e explicação do problema e a resposta racional, sendo um sistema que intervêm em um problema dado, a doença, para atingir uma solução racional, de preferência a cura. Entretanto, a psiquiatria apresenta-se como prática que denuncia a fragilidade do paradigma racionalista.

Nesse sentido, a psiquiatria revela ser uma instituição [...] que administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível. (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 27).

É justamente esse conjunto que é preciso desmontar para resgatar a existência dos pacientes como existência-sofrimento, o que o modo Psicossocial tem como um de seus parâmetros.

### **Um paradigma para a transformação da atenção em saúde mental**

Ao longo das décadas de 1980 e 1990 ocorreram diversas experiências nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul inspiradas na perspectiva de superação do modelo hospitalocêntrico e no ideário da Reforma Psiquiátrica. Tais projetos consideraram questões políticas, teóricas, culturais e sociais a respeito do sofrimento psíquico (existência/sofrimento) e de sua assistência. A heterogeneidade presente na diversidade de conceitos e práticas existente entre os diversos atores sociais da Reforma Psiquiátrica nos reporta ao entendimento de algumas dessas experiências.

Considerando os impasses descritos, é pertinente a análise das nuances e



potencialidades entre as terminologias Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial para consolidarmos estratégias fortalecedoras para o referido enfrentamento. Os termos carregam memórias, conjuntos de práticas e conceitos, “algumas vezes, se apresentam cada um como suficiente para designar todo o campo, outras vezes se combinam, e outras ainda se misturam, ameaçando confundirem-se: reabilitação [...] e atenção” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 20). O termo reabilitação vem do latim *rehabilitatio* e significa restauração, recuperação. O verbo *rehabilitare* é formado pelo prefixo *re-*, de novo, e pelo sufixo *habilitare*, adequar, derivado de *habilis*, fácil de adaptar, apropriado. Além disso, de acordo com o Dicionário Michaelis, a reabilitação se define como:

(1) Recapacitação em todos os âmbitos; (2) Resgate da estima, de crédito, ou do bom conceito na esfera social; (3) JUR Cancelamento da pena acessória de interdição de direitos; (4) JUR Restituição à condição de vida que uma pessoa tinha anteriormente; (5) ARQUIT Restituição da capacidade de utilização de um imóvel ou de um conjunto habitacional; (6) MED Recuperação da forma física e/ou funções motoras, após lesão ou enfermidade. (REABILITAÇÃO, 2021).

Nesse sentido, esse termo está associado à perspectiva de retorno a um estado previamente vivido, precedente aos episódios desabilitadores. Certa ideia de readequação e adaptabilidade marca o conceito (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003), delineando um impasse. Com essa compreensão, as repercussões e barreiras psicossociais impostas às pessoas “diferentes” não são reconhecidas, as singularidades são silenciadas em detrimento da adequação do sujeito. Por outro lado, segundo Rossano (2021), trata-se de um anacronismo produzido a partir do Decreto nº 6949 de 25 de agosto de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ambos assinados em Nova York em 30 de março de 2000. Nesse momento, o movimento das pessoas com deficiência ganhou mais visibilidade e teve aproximações com o campo da Saúde Mental, favorecendo o uso pouco criterioso da noção de deficiência. É por isso que o autor questiona a transposição inadequada do termo reabilitação, defendendo que não se trata de uma adequação do sujeito (ROSSANO, 2021).

A Reabilitação Psicossocial é um campo abrangente que inclui múltiplas práticas antimanicomiais, tais como *Recovery*, *Open Dialogue*, Atenção Psicossocial, dentre outras, todas com o objetivo de reinserir, reconstruir e restituir os sujeitos no laço social (ROSSANO, 2021). Nesse sentido, as práticas de Reabilitação

Psicossocial compuseram o campo de ações da Reforma Psiquiátrica, afirmando o cuidado em liberdade, os direitos e a cidadania (BRAGA, 2021), entendida como um conjunto de práticas que visam a reconstrução da possibilidade de as pessoas exercerem a contratualidade nos diversos cenários da vida (SARACENO, 2001). É nesse sentido que a Reabilitação Psicossocial e a Desinstitucionalização são transversais nas práticas de implementação dos serviços territoriais relacionados à saúde mental (ROSSANO, 2021).

O termo atenção vem do latim *attendere*, que significa observar, esticar-se. Ainda segundo o dicionário Michaelis, ele se refere à:

(1) Concentração da atividade mental em determinada pessoa ou coisa; (2) Manifestação de afeto, gentileza ou respeito, amabilidade; (3) Ação ou efeito de cuidar de alguém ou de algo, cuidado, zelo; (4) Apreciação cuidadosa; exame minucioso. (ATENÇÃO, 2021).

Nesse sentido, a Atenção Psicossocial abrange aspectos do cuidado como observação, afeto e ações que tomam o direito e a cidadania como imprescindíveis e inegociáveis nos diversos cenários da vida. Por isso, a necessidade de expandir o potencial de agir dos sujeitos sobre si e sobre o mundo, a necessidade de aumentar as oportunidades de trocas, de recursos e de afetos, a abertura dos espaços de negociação entre as pessoas e/com o território (SARACENO, 2001).

Para Pitta (1996), a Reabilitação Psicossocial<sup>7</sup> representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes em Saúde Mental. Ela seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível, da autonomia do exercício de suas funções na comunidade. A evolução dos conhecimentos psiquiátricos através de estudos epidemiológicos contribui para que percebamos com mais clareza o empobrecimento do paciente e sua cronificação, não associada somente à doença, mas a contextos microssociais que tornam necessária a intervenção, uma vez que se sabe que os determinantes do adoecimento têm múltiplas causas como diferenças culturais, falta de adequado suporte social e ambiente relacional adverso, além de fatores biológicos e psicológicos (KINOSHITA, 1996).

---

<sup>7</sup>Antes de começarmos, no Brasil, a falar da Atenção Psicossocial, havia (e ainda há) um movimento que é nomeado de Reabilitação Psicossocial, e que guarda semelhanças e diferenças com a Atenção Psicossocial. Isso será abordado em maiores detalhes mais à frente.

Para que ocorra a diminuição do sofrimento psíquico é necessária a desidentificação com a doença, a neutralização de processos crônicos, a ampliação de articulação social do sujeito, desenvolvendo potencialidades e aumentando o poder de contratualidade afetiva e material, ou seja, a ampliação da capacidade de autonomia para a vida. (KINOSHITA, 1996, p. 46).

Esse processo de resgate pode, segundo Saraceno (1999), ser pautado no exercício da cidadania em três cenários: habitat, rede social e trabalho, como valores sociais. O recurso mais importante no tratamento passa a ser a relação e a capacidade de acolhimento, sendo necessários, para isso, a construção de projetos terapêuticos reais que tenham valor social e sentido para o sujeito e abarquem os laços familiares, além da articulação de todos os recursos disponíveis e da criação de uma rede para usuários e familiares que dê ênfase à atenção comunitária e à produção de saúde. É necessário criar espaços de coletivização, incluindo reuniões clínicas, de projetos e de supervisões, pois todos os funcionários da unidade de atendimento/acolhimento devem estar envolvidos com a constituição do modelo assistencial de decisões coletivas (CAMPOS, 2003). Assim, também o planejamento da atenção deve acontecer em conjunto com os usuários, porque estamos falando a partir do marco conceitual da Atenção Psicossocial.

Para Saraceno (1996), a Reabilitação Psicossocial é uma necessidade ética e, portanto, deve pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da Saúde Mental. Todos temos o direito e o dever de estarmos envolvidos com a discussão, por ser a abordagem uma estratégia que implica muito mais do que simplesmente passar um usuário/paciente de um estado de “desabilidade” para um estado de “habilidade”, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade. Ela implica, antes, uma mudança completa de toda a política dos serviços de Saúde Mental, política esta que se aplica e se realiza por meios de programas. Em outras palavras, Saraceno recoloca a Reabilitação Psicossocial em novos termos, que incorporam vários dos princípios da experiência italiana da Reforma Psiquiátrica.

Mesmo considerando os apontamentos realizados por Saraceno e outros autores, adotamos o termo Atenção Psicossocial, como presente em documentos oficiais e argumentado por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), questão que abordarei mais adiante. Conceitos como cidadania, autonomia e contratualidade são imprescindíveis no campo da Atenção Psicossocial, que engloba todos os atores do

processo de saúde-doença, ou seja, trabalhadores, usuários, familiares de usuários, pesquisadores, enfim, toda a comunidade.

Interessante perceber, após a leitura da legislação brasileira que trata do atendimento em saúde mental, a ênfase na questão da reabilitação psicossocial como uma prática voltada para as pessoas que passaram por internações em hospitais psiquiátricos. Mas, lá não está especificado o que ela seria e como poderia ser promovida pelos profissionais e os serviços substitutivos. Ou seja, o que é a reabilitação psicossocial? Essa indefinição gerou nossa preocupação com os profissionais em saúde mental que devem colocar em prática um modelo de atendimento que não está especificado. (SANTOS, 2008, p. 15).

Analisando mais amplamente o processo da Reforma Psiquiátrica, Amarante (1999) define quatro campos onde se operam as suas transformações: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural. Tais dimensões são fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico. De outra parte, Costa-Rosa (2000) nos traz o entendimento de que, do ponto de vista político-ideológico, avançamos consideravelmente, mas há de se caminhar no técnico-teórico. O referido autor também apresenta quatro parâmetros para definir o modo psicossocial: o do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos; o da organização das relações intrainstitucionais e da divisão do trabalho interprofissional; o da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral no território; e o da concepção efetiva dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos. O que permitirá definir a adoção de um paradigma ou outro – o psiquiátrico ou psicossocial – está na apropriação dos conceitos que levam à transformação de cada um desses parâmetros. O entendimento que se configura na Atenção Psicossocial será sempre medido na relação com esse outro que designaremos como modo asilar ou paradigma psiquiátrico.

Exigiremos da Atenção Psicossocial que ela seja capaz de se configurar como alteridade radical desse paradigma. Ou seja, procuraremos medi-la, à luz do modo asilar a que se alterna, e do modo psicossocial como figura possível da lógica do seu devir. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 36).

Considerando as quatro dimensões propostas por Costa-Rosa (2000), elucidarei a seguir o modelo de análise proposto. Quanto à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos, o autor sintetiza a diferença que, no modo psicossocial, se apresenta não só com relação a como os profissionais têm uma concepção de sujeito, mas também a sua concepção de saúde-doença-cura. O

paradigma que sustenta esse lugar não é o da lógica cartesiana do iluminista, daquele homem que tinha uma situação ideal. Aqui falamos de uma existência-sofrimento, da incompletude, da falta, do sujeito que vive apesar da angústia de não curar o sujeito dele mesmo. Nesta nova concepção, ele vai construir recursos para transformar a compreensão do seu próprio sofrimento. No entanto, para que isso aconteça, é necessário que a equipe trabalhe de uma forma que não seja a do antigo modelo taylorista de linha de montagem, mas se aproprie desse entendimento, compreendendo que o sofrimento tem uma configuração bio-psico-sociocultural e que o território em que esse sujeito está inserido, bem como as suas relações interpessoais primárias (a família, a habitação, o trabalho, as perspectivas futuras, as tensões no grupo social, os preconceitos, as crenças e, enfim, tudo com o que está envolvido e qualquer outra forma de alienação que contribua para gerar sofrimento) podem ser também vistas como fontes de transformação.

Quando a equipe se posiciona nesse outro lugar ela se apropria do pensar, do planejar e do executar as ações. Aqui está o que se vê em diversos textos que versam sobre os projetos terapêuticos dos CAPS como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS): quando a equipe se depara com a questão de o usuário participar ou não da montagem desse projeto, quando ele está alienado, quando a equipe o alija desse processo, decidindo por ele, isso também é parâmetro para se pensar nas nuances existentes. Nessa concepção proposta pelo autor há um marco diferencial muito importante do ponto de vista técnico-teórico, no avanço de uma clínica psicossocial. A concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos evidencia uma clínica psicossocial que pode ser vista como a de uma outra ética. No meu entendimento, para além de uma nova ética, ela também pode ser vista como uma clínica do sujeito em sua existência-sofrimento. Exigências para a transição paradigmática:

Exigências: DESOSPITALIZAÇÃO e não hospitalização; desmedicalização e não MEDICALIZAÇÃO (significa abolir a medicação como resposta única ou preponderante e *a priori*); IMPLICAÇÃO SUBJETIVA E SÓCIO-CULTURAL e não objetificação; “EXISTÊNCIA-SOFRIMENTO” e não “doença-cura” como paradigmas de abordagem dos problemas; CLÍNICA AMPLIADA E TRANSDISCIPLINAR (psicanálise, materialismo histórico, filosofia da diferença) e não clínica psiquiátrica/psicológica ou das especialidades. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 37, grifo dos autores).

A concepção da organização das relações intrainstitucionais diz respeito ao modo como se estrutura o organograma institucional, ou seja, os fluxos de poder. Ela

tem ressonâncias importantes no trabalho interprofissional. No modo psicossocial, a forma como o trabalho é organizado, a definição do processo de trabalho pressupõe, necessariamente, a democratização dos espaços institucionais. No que diz respeito ao poder institucional, devemos entendê-lo em dois sentidos: decisório (origem política) e de execução (operacional). Quanto ao poder decisório, a equipe não está alienada do planejamento, mas constrói esse processo de forma absolutamente participativa, do mesmo modo pelo qual o usuário também participa de seu PTS e do planejamento geral, através de seus representantes.

Essa forma de intervir implica espaços de poder partilhados, pois rompe com o fluxo de serviço vertical. Assim, as ações se dão horizontalmente. As diferenças implícitas no trabalho da equipe e inerentes à sua divisão técnica não devem implicar uma diferença de poder, de status ou de lugar de importância. O poder decisório não está com o coordenador, pois as decisões passam, necessariamente, pelas reuniões de equipe e pelo fórum de deliberação no âmbito geral, o que inclui necessariamente os representantes dos usuários e da população. O lugar da coordenação está muito associado à representação e a função do coordenador é gerenciar o que o coletivo delibera, ou seja, coordenar conjuntamente as ações com base nas decisões tomadas por aquele coletivo. Por exemplo, quando se neutraliza o modelo médico e se atua centrado nessa proposta de um poder compartilhado, estimula-se todos os saberes implícitos e explícitos. Reconhecendo a importância da participação da população, no sentido do quanto esse modelo está imbricado no SUS e na questão do controle social, é que se poderá ter a noção da efetiva participação popular nos serviços. Quanto a este parâmetro, as exigências para a transição paradigmáticas são:

Exigências: HORIZONTALIZAÇÃO e não verticalização das relações intra-institucionais; PARTICIPAÇÃO e não exclusão; AUTOGESTÃO E COGESTÃO e não gestão por delegação; INTERPROFISSIONALIDADE INTEGRADORA do processo de produção e do “produto”, e não interprofissionalidade fragmentadora segundo a lógica do Modo Capitalista de Produção; TRANSDISCIPLINARIDADE. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 38, grifo dos autores).

No que diz respeito à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral, fica clara a importância de o projeto terapêutico institucional/projeto de trabalho ser realizado no território. Ou seja, que se exteriorize, tenha movimento, possibilitando uma interlocução com a população e com os usuários, contrapondo-se à interioridade e clausura do modo asilar. A relação deixa

de ser dicotômica, entre loucos e são, pois adquire uma outra complexidade. Esta é a grande contribuição da Psiquiatria Democrática italiana para o campo da Atenção Psicossocial ao promover os desdobramentos do conceito de desinstitucionalização.

Nota-se que na Atenção Psicossocial o desinstitucionalizar da perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana vem a serviço de uma superação das organizações baseadas no setor ou na Psiquiatria Comunitária. Ao falarmos da História, a Psiquiatria Comunitária e suas relações com a Reforma Psiquiátrica foram contextualizadas. Está claro que a Atenção Psicossocial propõe a superação do hospital como instância intermediária, substituindo-o integralmente como recurso terapêutico pelas ações no território, de forma que se supere a ideia de comunidade terapêutica e as contradições do monopólio das especialidades.

Exigências: INTERLOCUÇÃO e não relação entre loucos e são; LIVRE-TRÂNSITO e não interdição e clausura; ATENÇÃO INTEGRAL E TERRITORIALIZADA e não estratificada por níveis; DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO e sua substituição pelo paradigma psicossocial. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 40, grifo dos autores).

Por último, vemos que a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos é o que, em parte, já foi dito na concepção saúde-doença: o posicionamento de uma clínica, da ética da singularização, da possibilidade do reposicionamento do sujeito e não da supressão sintomática. É um entendimento, um olhar que se tem para a questão, tanto em relação à recuperação dos direitos de cidadania de que muitos dos nossos usuários se encontram excluídos quanto à recuperação do poder de contratualidade social, aqui entendida como capacidade de situar-se frente aos conflitos e contradições pelos quais qualquer um é atravessado e atravessa, sejam usuários dos serviços ou não. De novo se coloca a questão de não diferenciar loucos e são, pois que todos os sujeitos vivem em uma existência-sofrimento.

Exigências: RELAÇÃO SUJEITO-DESEJO E CARECIMENTO-IDEAIS, e não ego-realidade ou carência-suprimento; IMPLICAÇÃO SUBJETIVA E SÓCIO-CULTURAL (singularização) e não adaptação. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 41, grifo dos autores).

O elemento característico da ética do paradigma psicossocial é a relação sujeito-desejo e carecimento-ideais (sujeito como portador de direitos, de contratualidade, de projeto-consciência). Na relação sujeito-desejo inclui-se uma

dimensão essencial do indivíduo, a do indivíduo com um inconsciente. Essa consideração implica pôr em ação dimensões como as de demanda e de significante, de sintomas e queixas, sendo um aspecto fundamental para a compreensão do conceito de existência-sofrimento, não só do indivíduo como corpo, mas em sua relação com o corpo social, compreendendo-o como sujeito dividido (sujeito do desejo) que precisa ser visto para além da esfera das necessidades orgânicas ou do sofrimento como disfunção, nas dimensões da relação do corpo simbólico como o gozo nas demandas.

### **Criação de espaços de cidadania**

Foi no âmbito da redemocratização do país que a Política Nacional de Saúde Mental propôs uma ética inclusiva, contrária ao isolamento e à segregação diante da desrazão do sujeito desviante da ordem moral. Até então, as instituições psiquiátricas tinham a intenção de recuperar os doentes, mas em uma perspectiva de assistência ao alienado e concomitante exclusão do convívio social. Os hospitais abrigavam uma massa de sujeitos cronificados em seus diagnósticos e confinados em um local sem caminho de retorno à sociedade (RESENDE, 1987). A Política instituiu estratégias e manejos alternativos à internação e por meio de uma rede de serviços comunitários e territoriais foi capaz de acolher e acompanhar situações críticas de saúde mental da população (BRASIL, 2001, 2010; YASUI, 2006). Houve, portanto, uma ruptura do paradigma: é na perspectiva psicossocial que se enfrenta o sofrimento psíquico e suas consequências para ressignificar o lugar social de sujeito de desejo e de cidadão de direitos.

O conceito de paradigma contrapõe-se à concepção de que a ciência se desenvolve linearmente em direção ao progresso, ao aperfeiçoamento. Nesse sentido, as proposições da Reforma Psiquiátrica expressaram ruptura, trouxeram novos olhares diante da complexidade da existência-sofrimento (BASAGLIA, 1985), constituindo-se como mobilização do arcabouço teórico-técnico e ético-político para a superação paradigmática da psiquiatria asilar (COSTA-ROSA, 2013). O cenário marcado, no Brasil, pela indústria da hotelaria psiquiátrica (RESENDE, 1987) trouxe uma série de debates que mobilizou a vinda de Robert Castel, Félix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia ao Rio de Janeiro em 1978, para o I



Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (YASUI, 1999). Nessa data também surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1996, 1998) e, nos anos 80 o Movimento da Luta Antimanicomial. Os marcos legais que balizaram o início desse processo histórico foram o artigo 196 da Constituição de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais” (BRASIL, 1988, p. 42), que consagrou o direito universal à saúde, e as portarias 224, 336 e 3.088, que institucionalizaram a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1992, 2002a, 2010, 2011a).

Em 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, cuja ênfase foi a necessidade de romper com a rígida configuração do trinômio institucional emergência-ambulatório-hospital e dar continuidade às transformações que visavam potencializar a rede intersetorial de cuidados. Os processos de trabalho em saúde mental foram alvo de horizontalidade, da abordagem interdisciplinar e intersetorial, da disposição e análise de implicação permanente das equipes e da gestão (PALOMBINI, 2004; SILVA *et al.*, 2012). Essas ações são necessárias diante das demandas, do cenário de diversidade e urgência, das limitações do trabalho em equipe e da fragilidade da gestão da rede de serviços (SILVA *et al.*, 2012).

Em 2016, com a instituição do teto de gastos estabelecido pela Emenda Constitucional (EC) 95, o financiamento das políticas sociais (saúde, educação e assistência) sofreu severos cortes que subsidiaram o desmonte do estado de bem-estar social, criando um estado de desamparo. Além disso, Notas Técnicas vêm fortalecendo a centralidade do hospital psiquiátrico no cuidado em saúde mental, o que representa um retrocesso da Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2019). O desmonte das políticas é um ataque ao manejo da clínica, preconizada pela Atenção Psicossocial, pois as diretrizes e orientações das políticas de saúde mental norteiam uma prática viva, de cuidado coletivo, que busca transformar as relações de poder entre as pessoas e instituições para intervir nos determinantes e contextos em que vivem.

Diante desse cenário de crise política, faz-se urgente a adoção de uma postura de enfrentamento e de mobilização permanente de trabalhadores, gestores e usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (YASUI, 2017; DELGADO, 2019), do contrário, a ameaça aos princípios de cidadania da Reforma Psiquiátrica, consolidados a duras penas nos últimos 30 anos, se concretizará (ROSSANO, 2021). O conceito de poder contratual é muito caro à Reforma Psiquiátrica brasileira, comportando três

dimensões fundamentais: trocas de bens, trocas de mensagens e trocas de afetos (BRAGA, 2021; KINOSHITA, 2001). No neoliberalismo há a atribuição prévia de valor econômico, político e social às pessoas, o que dá a elas certo valor contratual nas trocas sociais e nas negociações, como uma pré-condição no processo de intercâmbio (DUNKER; SAFATLE; SILVA JUNIOR, 2021). Na reforma psiquiátrica, tanto a Atenção quanto a Reabilitação Psicossocial vão lutar para que nas redes de negociação sejam vivenciados múltiplos encontros, redefinindo-se os valores e ampliando-se essa contratualidade das pessoas em direção à cidadania. É assim, modificando as regras do jogo, que todos podem ser incluídos na produção de sociabilidade e no exercício dos direitos (SARACENO, 2016).

As pessoas que vivenciam certo comprometimento da saúde mental vivenciam também, simultaneamente, certa negatividade no poder contratual. Os bens dos loucos tornam-se suspeitos; as mensagens, incompreensíveis; e os afetos, desnaturados, o que anula “qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social” (KINOSHITA, 2001, p. 55-56). O manicômio é considerado, assim, lugar de troca zero (KINOSHITA, 2001). Na Atenção e na Reabilitação Psicossocial há, portanto, o esforço de reconstruir o valor e recompor a contratualidade das pessoas nas suas relações, nos cenários reais de vida: na casa, na rede social e no trabalho com valor social.

O habitar e o estar são dois modos diferentes de se relacionar com esses espaços que compõem os cenários da vida (SARACENO, 2001). Enquanto o segundo se refere à baixa apropriação e pouca possibilidade de negociação com esses espaços, o primeiro envolve a apropriação do espaço, o pertencimento e uma contratualidade elevada com o lugar (SARACENO, 2001). Assim, tanto na Atenção quanto na Reabilitação Psicossocial interessa garantir o direito de acesso aos bens, por exemplo, à casa, à alimentação, à saúde, ao lazer, ao trabalho, dentre outros. Ainda, interessa interferir no modo como as relações das pessoas se estabelecem com esses espaços. É o exercício de construir uma real habitação neles, com protagonismo nas decisões junto às famílias e à comunidade.

No processo de construção e fortalecimento de redes/laços sociais, ampliando o protagonismo das pessoas em todos os espaços, os serviços precisam criar, na vida cotidiana, oportunidades de trocas abertas às diferentes formas de existir no mundo para participar no território. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são um exemplo desse exercício de habitar. Trata-se de uma estratégia construída na

Reforma Psiquiátrica brasileira para garantir direitos de acesso, mas também a oportunidade de interferir nas relações que se estabelecem entre a comunidade e as pessoas (BRAGA, 2021). Isso compreende desde encontros cotidianos, como uma partida de futebol na quadra do bairro, passando pela organização dessa partida e o evento em si, até preparar e tomar café com a família – isso é construir também o direito à cidade.

Os serviços e programas de integração e geração de renda, quando atentos ao viés social, afetivo e sustentável, também podem ser um meio para promover o habitar a cidade. As cooperativas e iniciativas de economia solidária são outro exemplo em que, por meio da integração ao mercado de trabalho, se promove a troca de valores, o enriquecimento do tecido social, o exercício da cidadania. Portanto, as iniciativas citadas precisam ser compreendidas como práticas ativas para a reconstrução da contratualidade e não como atividades de entretenimento (SARACENO, 2016). Trata-se da concepção efetivada dos efeitos das ações em termos terapêuticos e éticos, como parâmetro das *práxis* no modo de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). Diante da complexidade da tarefa, ao invés de nos determos na defesa do uso dos termos Atenção ou Reabilitação Psicossocial, precisamos deter nossos esforços em resistir ao desmonte das políticas públicas.

Tanto um quanto outro precisam disputar narrativas no campo repleto de pautas adversárias que representam práticas de opressão e exclusão, características da necropolítica (DUNKER; SAFATLE; SILVA JUNIOR, 2021). Compreendo que a SCI compôs com as tentativas históricas de contribuir com as transformações sociais e, nesse sentido, é um campo heterogêneo e polimorfo onde a AI, dentre outras orientações, investe nos processos analíticos e autogestivos. Por isso, a SCI é um meio para “que possamos de fato recuperar o campo da Saúde Mental no país, ao mesmo tempo em que tentamos recuperar a democracia em frangalhos” (ROSSANO, 2021). Considerando todo o exposto, a seguir abordarei as interfaces entre a AI e a SCI.

### **Análise Institucional**

A Análise Institucional (AI), como uma das correntes do Institucionalismo, surgiu em meio à efervescência da década de 1960, quando da insatisfação social e

cultural com as instituições tradicionais na França. Sem dissociar conceitos e contexto sócio-histórico e focalizando encomenda, demanda, transversalidade, analisador e implicação, instituinte e instituído, intervenção, análise, inconsciente institucional e sobreimplicação, há, em resumo, três linhas que definem a AI (LOURAU, 1993).

A primeira está ligada à saúde mental e à prática da Psicoterapia Institucional a partir da década de 1940, com a experiência inaugural no hospital psiquiátrico de Saint Alban durante a Segunda Guerra Mundial (GALLIO; CONSTANTINO, 1994; RODRIGUES, 1994). O nome de Félix Guattari é destaque, pois, após a década de 1950, desenvolveu conceitos importantes como os de analisador e transversalidade. A segunda linha se vincula, desde o início do século passado, às experiências de Pedagogia Libertária que orientaram questionamentos da educação vigente e ficaram conhecidas como Pedagogia Institucional, a partir dos anos 1950. René Lourau e Georges Lapassade, na ocasião professores secundaristas, são destaques nessa linha (GALLIO; CONSTANTINO, 1994).

Já a Psicossociologia é referida como a terceira linha. No pós-guerra, as técnicas de grupo, que estavam sendo gestadas nos Estados Unidos por pesquisadores europeus emigrados, foram levadas à França por Moreno e Kurt Lewin, além de Rogers, norte-americano nato (RODRIGUES, 1994; BARROS, 2004). Ainda na década de 1930, Lewin desenvolveu uma teoria que, para justificar o comportamento de um indivíduo ou grupo, utilizava o "todo estrutural" formado da interação entre indivíduo e meio em um campo de forças dinâmico. Unir teoria e ação foi o grande achado dele, pois promoveu a ruptura com os positivistas que tratavam o pesquisador como elemento que poderia e deveria se manter em posição neutra e fora do campo de investigação.

Na França, a psicanálise e os movimentos políticos passaram a questionar a pesquisa-ação em alguns aspectos, como o de que há uma pressuposição de ordem social naturalizada e uma desordem tomada como patológica, oposição que também é assumida por pesquisadores (como detentores de saber), participantes dos estudos e estudantes. A atenção ao conceito de instituição fez com que a segunda linha, a partir de Lourau e Lapassade, transbordasse para outras áreas de pesquisa, que receberam influências da filosofia política de Cornelius Castoriadis – em especial, na dialética instituído-instituinte. O filósofo, a partir da criação de seu grupo *Socialismo e Barbárie* e da revista homônima, influenciou pensadores que, no caso de Lapassade, viam as instituições como formas (LAPASSADE, 1989), produtos históricos de uma

sociedade instituinte onde relações sociais são produzidas e reproduzidas, instrumentalizadas em estabelecimentos e/ou dispositivos, e onde o jogo entre instituído (formas) e instituinte (processo) deriva para situações de institucionalização.

A na análise que esse conceito fundamental provoca que reside sua relevância: diferenciar o conceito de instituição dos conceitos de organização e estabelecimento. Uma escola, hospital ou sindicato funciona em estruturas prediais que são condições materiais, seguindo regras de circulação e organização de pessoas e informações (organogramas ou fluxograma) – e isso não era mais do que a análise pretendia focalizar. A AI pretende, então, de maneira efetiva, se preocupar com as práticas instituintes que engendram instituições e atravessam os mais diversos locais ou situações. Lourau e Lapassade ampliaram o trabalho, tornando-se socioanalistas. Lourau (2003) opera uma distinção entre campo de intervenção e campo de análise na separação entre encomenda e demanda, e entre a análise da encomenda, da demanda e da oferta e o conceito de transversalidade: há similaridade entre "encomenda" (situações específicas de intervenção) e "mandato social" (pedido feito a intelectuais e especialistas para que exponham o que se entende como "verdade"). Deixando o uso utilitário da intervenção de lado, a AI não tem como objetivo mudar padrões de comportamento populacional (como tentou Lewin, a pedido do governo dos EUA, em um experimento<sup>8</sup>).

### **Implicação, sobreimplicação e análise da implicação: ferramentas do trabalho com grupos e instituições**

Lembranças. Uma cena até pitoresca de quando eu era criança, quase pré-adolescente. Um momento em que alguns adultos, para me desqualificar, me chamavam de "implicante". Era ofensivo falar como alguém que era turrão ou quase intransigente. Era o que os adultos diziam ao se deparar com uma criança que não renunciava ao seu desejo, que insistia no que queria. E o que é ser implicante, se não habitar seu desejo e o espaço onde você pulsa?! Fiquei pensando nisso a primeira vez que entrei em contato com o conceito de implicação e análise da implicação.

---

<sup>8</sup>Em alguns de seus trabalhos, a psicossociologia lewiniana promovia sua pesquisa-ação para formação de quadros dirigentes e de trabalhadores, atendeu às demandas governamentais para investigação das técnicas de guerra psicológica para enfraquecimento do inimigo e, nos trabalhos sociais, trabalhou com a delinquência juvenil e com integração de população pobre e/ou desalojada nos conjuntos habitacionais" (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 158).

Entendi que implicantes somos todos, pois estamos implicados em algo que tem ligação com nosso desejo/potência de vida, e que isso tem a ver com esse espaço na minha vida, a SCI como lugar onde habito e penso criticamente o processo formativo, como teci na narrativa acima. Implicação, do latim *implicatio*, é o ato ou efeito de implicar e, segundo o dicionário Michaelis, significa:

(1) Ato ou efeito de implicar(-se), implicância; (2) Aquilo que está na mente, mas não foi expresso; subentendido, sugestão; (3) Ato ou efeito de envolver-se; comprometimento, envolvimento, ligação [...]; (4) Efeito ou consequência de uma ação ou situação; inferência: Sua decisão política terá implicações negativas; (5) Implicância, acepção; (6) JUR Ato de estar (uma pessoa) implicada ou envolvida em um processo; (7) LÓG Relação lógica entre duas proposições que só não se sustentam se a primeira for verdadeira e a segunda, falsa; (8) LÓG Relação lógica entre duas proposições tais que, se a primeira for verdadeira, a segunda deve sê-lo também. (IMPLICAÇÃO, 2021).

Dentre esses múltiplos sentidos descritos acima, o termo é comumente associado ao sentido de estar ou não comprometido, envolvido. “Dizemos: ‘Eu me implico’, ‘ele não se implica o suficiente’ são fórmulas que equivalem a versões novas de outras, velhas: ‘eu me comprometo’, ‘ele não se compromete realmente’ (LOURAU, 1993, p. 1). Essa noção de o sujeito estar pouco, muito ou não estar comprometido, porém, é uma perspectiva implicacionista relacionada ao valor moral de compromisso no cristianismo, existencialismo, pragmatismo e utilitarismo (LOURAU, 1993). Não existe sujeito “desimplicado”. Nesse sentido, é importante diferenciarmos engajamento ou participação de implicação (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008). A implicação se refere aos modos, às relações e aos jogos de poder que se constituem entre os sujeitos e as instituições (LOURAU, 1993; BAREMBLITT, 2012). De acordo com Monceau (2008), a implicação não é necessariamente uma escolha, pois os sujeitos são tomados pelas instituições, mesmo assumindo posições críticas em relação a elas. Na implicação a “instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca” (MONCEAU, 2008, p. 21).

Há três dimensões da Implicação (LOURAU, 1993; ROMAGNOLI, 2014a). A dimensão ideológica, que se refere ao que o sujeito acredita, ao que é produzido a partir de sua experiência social, construído no laço social. A dimensão organizacional/profissional, relativa à base material, organizacional do exercício da profissão, ao campo do trabalho no qual, a partir da análise de nossas implicações profissionais, podemos compreender nossa função e transformação no cotidiano. E a

dimensão libidinal, relacionada ao desejo e aos afetos, estando presente em toda e qualquer situação da vida (LOURAU, 1993; ROMAGNOLI, 2014a). Nesse sentido,

[...] o elemento pulsional, ético-estético e multidimensional do desejo-poder impulsiona a experimentação intensiva da vida grupal, visceral, profana e sagrada como intensidade existencial capaz de compreender em profundidade as políticas de agenciamento entre os sujeitos, agentes e instituições. (SANTOS *et al.*, 2010, p. 3).

Quando opera com a análise de implicação, a SCI afeta e é afetada pelos “[...] campos fluidos do inconsciente onde as representações dariam lugar aos fluxos, intensidades, movimentos de alteridade e multiplicidades. Campos, aí sim, ‘por excelência’ da intervenção analítica (PAULON, 2002, p. 9). E quais são os pressupostos dessas intervenções analíticas? Uma das pontuações importantes de Lourau sobre a implicação é que ela não pode se perder em uma demanda de cobrança produtivista em que se exige do outro um engajamento imperativo de estar no trabalho sempre em ação. A AI tem como característica as ações coletivas, pois analisa instituições e não sujeitos/indivíduos.

O analisador<sup>9</sup> é um conceito de Felix Guattari que deriva de seus estudos em Farmácia<sup>10</sup>. A partir desse conceito explicitam-se os conflitos e resoluções, importantes para o enfrentamento de uma pseudoneutralidade, que empobrecem a leitura e o entendimento da realidade (LOURAU, 1993). Nesse campo, o analisador provoca quebra, separação. É um conceito inseparável do de transversalidade<sup>11</sup> para a AI, pois “deslocaliza ou despessoaliza a intervenção” (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 173). Em dois níveis, campo de análise e campo de intervenção, pode ser elemento de denúncia quando pensado em relação ao inconsciente (atos falhos, sonhos e

<sup>9</sup>O analisador propicia a explicação dos conflitos e suas resoluções, tornando manifesto o jogo de forças, interesses, os desejos e fantasmas. É produzido pela própria vida histórico-social-libidinal, como resultado de suas determinações e sua margem de liberdade (BAREMBLITT, 2012).

<sup>10</sup>Felix Guattari nunca concluiu um curso de graduação, mas seus estudos abrangeram Farmácia, Música, Filosofia, Psicanálise, entre outros. Conceitos como “molecular”, “molar” e “analisador” derivam de sua passagem pelo curso de Farmácia (HUR, 2015).

<sup>11</sup>“Interpenetração, entrelaçamento, rizoma (modelo de uma raiz vegetal que não tem membranas celulares nem limites externos precisos), que é imanente à rede social das forças produtivo-desejantes-instituintes-organizantes. A transversalidade veiculada pelas linhas de fuga do desejo e da produção é uma dimensão do devir que não se reproduz nem à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal das organizações. A transversalidade é capaz de provocar sínteses insólitas entre elementos incompatíveis, gerando efeitos à distância sem transmissores detectáveis, a partir de conexões locais. É uma travessia molecular através dos extratos molares. Trata-se de montagens, dispositivos ou agenciamentos heterogêneos inovadores que escapam aos limites de extratos, territórios, códigos, sobrecódigos e axiomáticas formais e oficiais, deflagrando efeitos transversais inventivos e libertários” (BAREMBLITT, 2012, p. 197).

sintomas, por exemplo), ou de transformação e mudança. Não é certo que todo dispositivo<sup>12</sup> seja um analisador, mas todo analisador é um dispositivo. Assim, “a avaliação isso é um analisador só pode ser feita a posteriori, pelos efeitos de desvios realizados” (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 174).

Nas situações de intervenção sócioanalíticas realizadas por Lourau e Lapassade, o momento da análise de implicação era essencial (MONCEAU, 2008). O conceito de implicação foi trabalhado por esses autores

[...] em oposição ao conceito de transferência e contra-transferência da psicanálise. Consideravam que a separação entre transferência e contra-transferência não tinha nenhum sentido, pois os analistas, como os analisados, têm a mesma natureza. O que os distingue é a posição do dispositivo de análise e em particular a relação de saber e a relação de poder. Foi provocando uma análise de implicação que a Análise Institucional tentou fazer uma análise da instituição. (Mouceau, 2008, p. 21).

Na AI, portanto, a análise não é da transferência e contratransferência, mas sim de implicação, considerando os diversos atravessamentos das instituições e o lugar de desejo dos sujeitos (MONCEAU, 2008). Perceber o quanto a minha sobreimplicação<sup>13</sup> impedia a escuta da implicação que eu investia em outro lugar foi importante, no meu trabalho de supervisora clínico-institucional, para me posicionar no lugar de escuta das equipes, no lugar de conseguir interrogar o desejo onde ele pulsa. Nesse sentido, a noção de implicação me parece próxima do conceito de contratransferência (reação – consciente e inconsciente – que o material do paciente produz no analista). Mas, para a AI, a análise de implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa (BAREMBLITT, 2012).

Implicar-se é incluir-se nas intervenções ou na cena analítica. Muitos estudiosos defendem o uso da contratransferência (conceito psicanalítico de resposta do analista ao analisado na análise) tanto como experiência a ser comunicada (afetos

---

<sup>12</sup>Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações, arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito, são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre esses elementos” (FOUCAULT, 2000, p. 244).

<sup>13</sup>Impossibilidade de analisar a implicação, em função de um envolvimento que nos impede de ver outros aspectos na cena institucional. Trata-se de um superenvolvimento e uma supervalorização de uma dada perspectiva (Mouceau, 2008). Por exemplo, um militante de saúde mental está tão implicado, tão mergulhado, que fica impedido de analisar sua própria implicação, cegado pelas consignas do movimento institucional, submetido ao ideário do que é fazer a reforma psiquiátrica.



gerados pelo paciente no analista) ou como bússola para a ação. No campo de intervenção institucional, transferência e contratransferência institucionais são noções que ganham sentido socioanalítico: todos os profissionais da rede de atendimento de saúde mental, por exemplo, estão implicados, aí incluído o próprio supervisor clínico-institucional.

O conceito assegurou que as forças que passam pelo médico, educador ou pesquisador entrassem na análise feita das organizações. A direção dos trabalhos com grupo nas diversas intervenções deu a tônica da busca por conceitos que falassem dessa multiplicidade de relações. (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 167-168).

Considero que a análise de implicação é um processo doloroso, mas compõe significativamente certa dimensão formativa da SCI. É um movimento que parte de certa coletividade, não se trata de uma análise pessoal-individual. Trata-se de reconhecer os grupúsculos que nos habitam, pelos quais nos constituímos e os quais constituímos (BAREMBLITT, 2012). É no encontro com o outro que nos formamos sujeitos, ou seja, é no laço social que nos encontramos e conhecemos (FREUD, 1920). Por isso, nossas identificações são importantes materiais na análise de implicação (BAREMBLITT, 2012). Nela assumimos que o lugar e o posicionamento que ocupamos no mundo funcionam como Analisador.

Uma vez mais quero afirmar que a Análise Institucional não pretende fazer milagres. Apenas considera muito importante, para a construção de um novo campo de coerência, uma relação efetiva, e nítida, com a libido e com os sentimentos em geral. (LOURAU, 1993, p. 19).

Nesse sentido, a análise da implicação é uma ferramenta importante no trabalho com grupos e instituições. Vale destacar que o conceito de grupos e instituições ganhou força quando, em 1972, Lapassade trabalhou na Psicologia Social da UFMG e quando, em 1976, houve a vinda de psicanalistas argentinos exilados para o Brasil. Eles também trabalhavam com grupos, gerando um contraste com a experiência francesa (ROSSI; PASSOS, 2014). O grupo é visto como ferramenta potente na pesquisa-intervenção, radicalizando a proposta da pesquisa-ação e a indissociabilidade entre produção de conhecimento e intervenção social (PASSOS; BARROS, 2000; AGUIAR; ROCHA, 2003).

Além dos conceitos de implicação, sobreimplicação e análise da implicação, outras ferramentas do trabalho com grupos e instituições são pertencentes ao operar a AI. Há, primeiramente, a necessidade de apropriação pelo institucionalista do campo

de análise, a despeito de haver uma intervenção. Nesse caso, é um tipo de análise em que se pode eleger um campo mais amplo para conhecer as relações entre seus determinantes, suas causas, os efeitos que produz (ROSSI; PASSOS, 2014). Todo campo de intervenção pressupõe um campo de análise. O campo de intervenção envolve estratégias, logística, tática, técnica para se operar sobre ele e efetivamente transformá-lo, pressupondo atividades desenvolvidas no campo de análise (BAREMBLITT, 2012). Com o intuito de explicitar os conflitos e as possíveis maneiras de equacioná-los, utiliza-se analisadores artificiais, como dinâmicas de grupo, rodas de conversa e teatro. Esses são meios de tornar manifesto o jogo de forças, desejos e interesses dos diferentes segmentos da instituição (BAREMBLITT, 2012).

Uma frase que, para mim, sintetiza uma característica inicial e relevante do processo da AI é: a análise da oferta precede a análise da demanda. No primeiro contato com o coletivo é preciso, antes de mais nada, ouvir as demandas que estão sendo dirigidas, sempre tendo em vista a oferta. Estar atento à análise da oferta é fundamental para o institucionalista, assim como para o Supervisor Clínico-Institucional. De certa forma é uma autoanálise das razões que o levaram a ser reconhecido como oferta para essas instituições. Estabelecer esse diálogo é necessário para entender o que os indivíduos pensam, esperam, fantasiam, buscam sobre o local da intervenção.

Barembritt (2012) comenta os aspectos conscientes/inconscientes ou manifestos/não ditos que surgem no interior da instituição e facilitam os passos iniciais da análise, no que diz respeito à demanda.

É o material de acesso inicial que já contém valiosos aspectos conscientes, manifestos, deliberados, assim como todo um filão de aspectos inconscientes e não-ditos que remetem a um esboço inicial da conflitiva e problemática da organização solicitante. (BAREMBLITT, 2012, p. 136).

A análise da oferta olha para o próprio institucionalista, como instituição que propõe um serviço e problematiza o modo como as intervenções podem produzir ou modular as encomendas de intervenção que lhe são propostas (BAREMBLITT, 2012). Aqueles que são chamados a oferecer uma análise, como se essa fosse “a verdade” sobre uma instituição, devem atentar e manter em análise a encomenda de intervenção e as ofertas por eles feitas.

A toda oferta de prestação de serviços subjaz a duvidosa mensagem que consiste na suposição de se saber e se ter o que o outro precisa, que por sua

vez não sabe que não tem e não entende o que é, porque é complexo, sutil, técnico. A análise da demanda deve estar necessariamente articulada com a análise da produção desta demanda – ou seja, a análise da oferta, que forma parte da implicação dos interventores. (BAREMBLITT, 2012, p.136).

Nesse sentido, a formação de um profissional institucionalista deve prezar pela diversificação, já que o institucionalismo permeia o complexo terreno das múltiplas dimensões sociais no intuito de identificar os movimentos a partir de sua posição instituída ou instituinte. O institucionalista deve considerar “todos os saberes de uma época, inclusive os saberes não-científicos, os artísticos, os populares” (BAREMBLITT, 2012, p. 61).

Nesse contexto, é importante a promoção de reflexões que considerem as dimensões do serviço, da rede, da gestão e da política pública, cabendo ao supervisor a tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, considerando as tensões e a dinâmica da rede e do território. Trata-se de priorizar o diálogo entre as dimensões políticas da clínica e as dimensões clínicas da política, fortalecendo o adequado andamento do serviço e do trabalho em equipe, estimulando as equipes operativas da Rede do Território e promovendo a construção do PTS, o qual permite a autonomia do sujeito e da família.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental torna pública, em 2007, a recomendação “O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS”, no qual discorre sobre o exercício da prática da supervisão. Esta deve abranger o contexto institucional (serviço, rede, gestão e política pública), de modo que compete ao supervisor “contextualizar permanentemente a situação clínica” (BRASIL, 2007, p. 1) e levar em conta as tensões e dinâmicas da rede e do território de forma a sustentar o “diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a clínica da política” (BRASIL, 2007, p. 1). Dessa forma, leva em consideração a construção singular do cuidado clínico e a complexidade da extensão existencial do sujeito em seu território.

Dessa forma, o supervisor não é portador do saber ou do controle, mas aquele que maneja a clínica e os impasses do trabalho, requerendo um lugar de suposto saber e de reconhecimento pela equipe e cumprindo, assim, a função de alguém externo e interno ao mesmo tempo, cujo trabalho tem desdobramentos e seu produto um registro (ALVAREZ, 2014).

Com o intuito de consolidar os avanços na implantação da rede de serviços de

base comunitária e enfrentar seus enormes desafios e lacunas é necessário lançar mão de múltiplas estratégias de intervenção. A SCI é uma estratégia que emerge como resposta à complexidade da tarefa de implementar o paradigma psicossocial no campo das práticas. Essa estratégia tem como função articular, organizar e potencializar a rede de cuidados no enfrentamento dos problemas de saúde e saúde mental, fomentando o protagonismo das equipes que constituem os serviços e promovendo uma atitude de corresponsabilidade intersetorial e controle social. As ações intersetoriais como CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e outros recursos do território têm ampliado o acesso e as possibilidades de resposta às necessidades de atenção e suporte psicossocial.

É nesse contexto que a SCI constitui uma ação importante para a qualificação do cuidado. A SCI qualifica as equipes de trabalho por meio do estudo do caso clínico, na construção do PTS, na apropriação de ferramentas conceituais clínicas e das configurações sócio-históricas das condições de sofrimento psíquico. Nisso reside a dimensão clínico-política do paradigma da Atenção Psicossocial que fundamenta a Política Pública de Saúde Mental.

Qual a função das equipes nesse processo de cuidar? Broide e Broide (2016) indicam o desafio de analisar as relações transferenciais com o território, para que as equipes não se identifiquem com a função de juiz, promotor, polícia etc., desconstruindo posicionamentos moralizantes e punitivos sobre os modos de vida da população atendida. Nesse sentido, a SCI promove reflexões com o coletivo de trabalhadores dos serviços de saúde sobre as identificações produzidas nos laços sociais, promovendo análises de implicação. A potência subjetivadora do desejo, nesse sentido, faz parte do cuidado a ser produzido.

A SCI contribui com a reflexão sobre os laços sociais no território e a influência que possuem na constituição do sujeito. A reflexão por ela promovida subsidia a função de cuidado das equipes na promoção do reposicionamento do sujeito na cena promotora de sofrimento, na apropriação da história de vida, considerando que há uma proposição metodológica de incluir o sujeito e a família na construção do PTS (SEVERO, 2014; ONOCKO-CAMPOS, 2014; SILVA *et al.*, 2012).

Assim, em um trabalho para a construção de algo, existe um sem-número de relações presentes, mas que não são explícitas ou conscientes. Elas emergem no grupo através do latente e do manifesto, através do sintoma, do

sonho, do conflito etc. É necessário colocá-las o máximo possível em palavra, no grupo no qual se propõe a realização da tarefa. (BROIDE; BROIDE, 2016,p. 67).

A SCI, como campo de reflexão crítica, fundamenta sua prática no serviço e noterritório, através da equipe concebida como um coletivo. Esse coletivo, em sua dimensão clínico-política e ética, fundamenta seu projeto clínico institucional, promovendo a construção de referenciais comuns, potencializando a criação de novas estratégias de cuidado e configurando, assim, a construção de uma clínica noterritório, com o território e para o território (BRASIL, 2007).

Entende-se a SCI como dispositivo que favorece e promove a autonomia dos serviços que efetivem a proposição sustentada pelo paradigma da Atenção Psicossocial, de maneira que a necessidade de interlocução entre outras formas incongruentes com este modo de operar em Saúde deixe de ser sustentada e articulada. Trata-se, portanto, de despertar as sensibilidades para a redução de procedimentos que corroboram a clausura do sujeito através de meios que centram sua atenção em aspectos hospitalocêntricos, de maneira que a SCI promova e amplie espaços de acolhimento do sofrimento, das angústias e das alegrias, também a potência entre as relações institucionais e o fluxo de afetos relacionados à produção da vida (DELGADO, 2013; COSTA-ROSA, 2013; SEVERO, 2014; ONOCKO-CAMPOS, 2014).

Contudo, as atuações nos serviços substitutivos ao paradigma psiquiátrico exigem outros modos de organização, com relações de trabalho horizontalizadas e baseadas na abordagem interdisciplinar e intersetorial dos problemas. Requerem também disposição e análise da implicação da equipe e da gestão para assegurar espaços permanentes de reflexão e questionamento sobre os processos de trabalho desenvolvidos, sua sustentação técnico política e seu impacto na comunidade em questão (PALOMBINI, 2004; SILVA *et al.*, 2012). Tais exigências se apresentam em cenários onde a diversidade é uma constante, em que muitos são os atravessamentos e desafios presentificados no cotidiano das práticas, seja na grande demanda de urgências reais e subjetivas de todos os envolvidos, seja pelas limitações do trabalho em equipe ou pelo desconhecimento e fragilidade da rede de saúde e das relações com os gestores, dentre outros fatores, o que permite entrever um cotidiano de trabalho intensamente atravessado e desafiador (SILVA *et al.*, 2012).

O modelo da supervisão clínica já existia desde a criação do CAPS Prof. Dr.

Luis da Rocha Cerqueira, e contribuiu como um importante espaço para refletir sobre o cotidiano e para a construção das práticas que ali foram se criando (YASUI, 1989). Com a expansão dos serviços CAPS como serviços comunitários e territoriais de saúde mental, a supervisão foi diferenciando-se dos modelos tradicionais (psiquiatria, psicologia e psicanálise) nas quais ela é uma prática “realizada fora do território, e como conceituação, acreditou-se que a SCI não existe sem o território” (DELGADO, 2013, p. 21). O trabalho de SCI caracteriza-se por alguns dispositivos, como o mapeamento das práticas no processo de trabalho e a experiência profissional na clínica e na saúde pública com ênfase no SUS, tendo como instrumento o uso da escuta e da palavra, bem como a construção coletiva dos casos clínicos, apresentando-se, dessa forma, como ferramenta/meio e não fim.

Nesse sentido, busca-se criar um campo de confiança para a reflexão crítica da equipe sobre sua prática no serviço e no território, trabalho que supõe o enfrentamento das limitações provenientes da formação acadêmica. Esse trabalho exige não apenas acompanhar o processo de constituição da equipe como um coletivo que compartilha um determinado projeto institucional e que está contextualizado nas dimensões teórico-técnica e ético-política, mas também promover a construção de referenciais coletivos e grupais, de forma a produzir estratégias de intervenção junto a usuários e familiares (DELGADO, 2013). Para tanto é necessário que o coletivo de trabalhadores envolvidos seja investido quanto ao modo de construir a clínica do cuidado na Atenção Psicossocial em toda sua nuance e complexidade. Portanto, investigar a SCI no Brasil possibilita a compreensão do seu papel clínico-formativo em sua dimensão clínico-política.

Esse processo, em desenvolvimento desde o início da redemocratização brasileira, ancorado na Constituição de 1988 e reafirmado ao longo de Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais, foi interrompido a partir de 2016 com ações como a Emenda Constitucional (EC) 95, em que as políticas sociais sofrem severos cortes em seus financiamentos e o SUS passa a ser alvo de desmonte, assim como as políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente). Através de Notas Técnicas, o governo vem fortalecendo o movimento de retrocessos da Reforma Psiquiátrica, reforçando o papel estratégico e de centralidade do hospital psiquiátrico, enfatizando internações, inclusive de crianças e adolescentes, legitimando métodos biológicos de tratamento como a eletroconvulsoterapia e desqualificando a política de redução de danos (DELGADO, 2019).

No Brasil, o desmonte do projeto de bem-estar social, a pauperização, a privatização do Estado e o acirramento da desigualdade mostram o contexto sócio-histórico e político-econômico atual. Assim, defender a democracia é de ordem imediata, bem como combater a fragilização do SUS é a tarefa. Aos atores sociais do campo da Atenção Psicossocial diretamente implicados nos serviços cabe sustentar o exercício cotidiano, reafirmando práticas coerentes com os princípios e parâmetros da Atenção Psicossocial (YASUI, 2017; DELGADO, 2019). Nesse sentido, levantar e sistematizar a história, os usos e sentidos da SCI no Brasil, investigando-a como dispositivo de fortalecimento para a transição paradigmática, apresentou-se, no atual cenário, como de suma importância para consolidar os princípios do paradigma da Atenção Psicossocial.

Para isso, esta pesquisa buscou, através de revisão bibliográfica e documental e de entrevistas com atores sociais do processo histórico de institucionalização da SCI, investigar os recursos teórico-metodológicos desse dispositivo com ênfase na dimensão formativa da RAPS, em busca de identificar, nas narrativas colhidas, os eixos temáticos pertinentes ao seu processo de institucionalização no Brasil.

### **Trilhas Metodológicas**

Na ocasião da qualificação, foi sugerido pela banca que o desenho dos procedimentos fosse construído à medida que a pesquisadora vivenciasse os encontros com suas questões, ou seja, o procedimento iria emergir no processo instituinte, no contato com a própria pesquisa (DELEUZE; GUATARRI, 1977). O método para abordar os objetivos dessa pesquisa incluiu, assim, uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL) e a produção de narrativas por meio de entrevistas com os protagonistas envolvidos no processo de institucionalização da SCI no Brasil.

A RIL é uma forma de pesquisa que permite visitar, criticar e sintetizar a literatura representativa sobre um tópico ou assunto de forma integrada e capaz de gerar novas abordagens e perspectivas (ROTHER, 2007; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

As questões norteadoras da RIL foram: Como as instâncias de formulação de políticas públicas tratam do tema da SCI? Quais os instrumentos normativos que possibilitaram a institucionalização da SCI no SUS? Quais os referenciais teórico

metodológicos embasam a prática da SCI na saúde mental brasileira? A produção das narrativas foi feita por meio de entrevistas com os protagonistas envolvidos no processo de institucionalização da SCI no Brasil. Considerando a importância de mapear experiências plurais em algumas das regiões brasileiras, para acolher a diversidade das culturas no território nacional, e também nas contribuições das pessoas que estiveram presentes desde os primórdios da construção da SCI, foram entrevistados oito participantes<sup>14</sup>. O Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado, Sandra Fagundes, Ana Marta Lobosque, Luciano Elia, Isabel Marazina, Emerson Merhy e Maria<sup>15</sup>. Os critérios de inclusão dos entrevistados foram: (1) ser ator significativo no processo de institucionalização da SCI; (2) constituir uma amostra capaz de contemplar a diversidade de experiências brasileiras nesse processo.

As entrevistas ocorreram em data, horário e local estabelecidos previamente, por meio de contato telefônico, e tiveram a duração média de duas horas. Foram gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas. A questão disparadora das entrevistas foi colocada da seguinte maneira: “A pesquisa diz respeito a histórias, usos e sentidos da SCI no Brasil, todo o processo, a função e o ofício da SCI. A ideia é conversarmos com pessoas que têm um lugar no processo da Saúde Mental Coletiva no Brasil e você é uma das pessoas de referência. Quando você pensa em SCI, algumas lembranças certamente veem à mente. Queria ouvir as suas histórias em relação a esse dispositivo”.

No ato de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), os entrevistados indicaram a explícita concordância com o uso de seu nome na atribuição das narrativas produzidas. A entrevistada Maria não concordou com esse termo e, portanto, indicou um codinome. A qualquer momento da realização da pesquisa, caso não fosse mais do interesse do entrevistado seguir contribuindo com o estudo, sua participação poderia ser descontinuada, com a retirada de seu consentimento e a imediata exclusão dos dados a ele referidos no estudo, sem qualquer prejuízo. Nesse sentido, o projeto seguiu as exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 2012, relativas às pesquisas em saúde com seres humanos. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da UNESP – ASSIS e aprovada em dezembro de 2020, CAAE: 35048820.70000.5401 (ANEXO A).

Justificou-se solicitar aos entrevistados a explícita concordância com o uso de

---

<sup>14</sup>A caracterização dos participantes, bem como a justificativa para a seleção dos mesmos, está descrita no Capítulo 3.



seu nome na atribuição das narrativas produzidas, na medida em que a contribuição central da tese é produzir um registro histórico da SCI no Brasil. Quanto à opção pelo sigilo feita por Maria, considerou-se mais válido o que ela tem a dizer sobre o vivido que sua identificação, de maneira que sua decisão pelo anonimato não minimiza a importância de sua contribuição nem prejudica a compreensão da temática. Conforme a provocação de Despret (2011), o que importa no não é o que ele faz calar, mas o que faz falar, não mais o que autoriza (ou o que interdita), mas o que cria: “[...] Trata-se de questionar, de maneira muito mais construtivista, o que [...] ele provoca (DESPRET, 2011, p. 9).

O sigilo, ao oferecer esse elemento que garante a separação entre o público e o privado, organiza, remetendo à definição etimológica *secretus*, a forma no participio passado de *secernere*, que significa separar. As “secreções” vêm da mesma raiz e designam não o que vem do interior, mas “aquilo que se separa” (DESPRET, 2011, p. 12), sendo “aquilo que constrói o espaço ‘separado’ do profissional na organização das profissões fábrica o espaço íntimo” (DESPRET, 2011, p.15). Essa dinâmica provoca, nos entrevistados, a tranquilidade necessária para que pudessem ser obtidos em encontros, sob a égide da confidencialidade, a tão desejada e suposta “verdade” sobre os fatos: a verdade do entrevistado.

Pratico a pesquisa como uma experimentação com base na criação de interesses. O que se trata de aprender, para nós, são as boas questões. [...] não somente quanto ao conteúdo, mas quanto à maneira mesmo de interrogar esses conteúdos. Como poderemos esperar constituir um saber interessante se não podemos encontrar a maneira como essas questões podem ou não interessar aqueles a que nos dirigimos? Ou mais precisamente, não nos oferecemos melhores oportunidades se explorarmos a maneira como nossos interesses podem se construir? É aqui que encontramos o fio pragmático que segui para reconstruir essa história: que valor poderia ter um saber se ele não agrega ao mundo e aqueles que o compõem, um pouco mais de interesse? (DESPRET, 2011, p.2).

Nos pautamos na perspectiva da política de narratividade em pesquisas-intervenção participativas, onde há escuta e legitimação das experiências por meio da produção de narrativas (SADE; MELO, 2019). As narrativas traduzem o diálogo tecido durante as entrevistas em textos escritos. No primeiro encontro com os participantes realizou-se as entrevistas. Após o encontro os áudios gravados foram transcritos. As narrativas foram elaboradas pela pesquisadora após a leitura e releitura do desse material transcrito. A pesquisadora teceu, então, as histórias que dizem respeito aos biografemas e às memórias dos entrevistados em sua relação com a SCI. Os

biografemas remetem-se à Roland Barthes, conforme Kossovitch (1987, p. 57) nos apresenta:

[...] uma livre-produção textual, na medida em que não deriva de significado (como a biografia), mas, enfatizando imagens, cenas, gestos, fragmentos textuais, pulsões, opera significâncias. O biografema não dispensa a biografia – usa-a, desmembra-a, desgasta-a. Disseminação, o biografema não hesita em lançar mão de todos os operadores de linguagem à disposição. Se a biografia opera com dados, instituindo a verossimilhança no biografado, o biografema retém o arbitrário na produção do ser-de-tinta que imprime no papel.

Em um segundo encontro com os entrevistados, realizou-se a leitura e releitura das narrativas produzidas, em um processo que denominamos “escrita a quatro mãos”. Os entrevistados revisitaram as narrativas e puderam editá-las, retirar ou incluir novos argumentos, validando assim o material no processo de restituição. Nesse sentido, os registros da pesquisa foram restituídos aos participantes, no formato das narrativas, para produzir um conhecimento em coautoria (SADE; MELO, 2019).

As narrativas validadas foram lidas e relidas diversas vezes pela pesquisadora, até não haver mais nenhum trecho novo ou significativo que se destacasse na leitura, identificando-se então questões pertinentes que foram agrupadas e compuseram os eixos temáticos na discussão sobre o processo de implementação da SCI. Tais eixos são os seguintes: (1) Definição: o que é a SCI? Qual o lugar da SCI enquanto ofício e função? Quais são os usos que se faz da SCI? O que a SCI faz operar? Como se dá o manejo da SCI? Quais são as ferramentas que a SCI lança mão para se fazer operar? Os princípios do SUS, a educação permanente, os percursos formativos, a construção do PTS, a análise dos processos de trabalho, a discussão de casos clínicos, o controle social: como esses aspectos se relacionam com a SCI? Quais são as referências teórico-conceituais que dão aporte para se operar a SCI? (2) Relevância da pesquisa: quais são os impasses e questões que atravessaram o processo histórico de institucionalização da SCI? As experiências anteriores aos editais de financiamento, os movimentos instituintes e instituídos, a Escola de Supervisores, os impasses e cronificação da RAPS, as relações entre a gestão e a SCI, o pagamento como analisador da SCI? (3) Vinhetas clínicas: Quais são as experiências com a SCI? Relação das vinhetas clínicas para sustentar os pontos citados nos itens 01 e 02.

Os trechos foram agrupados segundo os seguintes eixos temáticos: (1) Lugar a partir de onde se opera uma função, (2) Referencial teórico, (3) Análise da oferta

precede a análise da demanda, (4) Processo de trabalho, (5) Gestão, (6) Dispositivo de educação permanente e (7) Analisador dinheiro. Por fim, os sete eixos temáticos foram analisados e seus conteúdos foram destacados, considerando dissensos e consensos do material agrupado e estabelecendo-se diálogos entre as diferentes posições narrativas de cada um dos participantes.

Benevides e Passos (2012) nos convidam a pensar a política da narratividade, interrogando o método na pesquisa em saúde: o que queremos definir como política da narratividade, visto que no trabalho em pesquisa tratamos sempre de narrativas? Há maneiras de narrar os dados coletados, mas sempre se trata de certa posição narrativa, implicando determinada política da narratividade (BENEVIDES; PASSOS, 2012). A posição narrativa é uma escolha perpassada pelas políticas em jogo (saúde, pesquisa, subjetividade) e nos implica politicamente. Nossa perspectiva de política não se restringe às práticas relativas ao Estado, pelo contrário, trata-se de um conceito amplo, na dimensão micropolítica das relações (FOUCAULT, 2014). O conhecimento produzido pelas narrativas não é apenas uma questão teórica. Há, portanto, um atravessamento político.

O procedimento, nesse sentido, inclui certa dimensão subjetiva, visto que a pesquisa em saúde diz do que se expressa em um encontro entre sujeitos.

Tomar os sujeitos e o encontro entre eles como objeto de pesquisa nos impõe um outro sentido para o rigor metodológico, aquele que nos força a pensar nas condições de possibilidade para o exercício crítico-clínico que toda pesquisa em saúde, toda prática clínica exige. (BENEVIDES; PASSOS, 2012, p.151).

Os sentidos e os caminhos dessa pesquisa na construção do método tomaram como referência a cartografia e a compreensão que operou uma pesquisa-intervenção como metodologia. O termo clássico grego *methodos*, que é composto pelo prefixo *meta*, que significa “através de, por meio, e de” e o sufixo *hodos*, que significa “via, caminho”, aqui foi invertido operou-se *hodos-meta* onde o caminhar foi quem conduziu a potência da narratividade. Dessa forma, o caminho possível para tecer a produção de conhecimentos sobre o processo de institucionalização da SCI, as histórias, os usos e os sentidos a ela atribuídos foram os encontros entre a pesquisadora e os entrevistados. Essa foi a condição de possibilidade para o exercício crítico-clínico, o qual toda pesquisa em saúde, bem como toda *práxis*, exige (BENEVIDES; PASSOS, 2012).

## 1 Revisão Integrativa da literatura

### 1.1 Seleção do material para análise

Os documentos governamentais e a produção de conhecimento a respeito da SCI podem fornecer informações pertinentes sobre o processo histórico de implementação desse dispositivo. Nesse sentido, adotou-se a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de analisar o processo de institucionalização da SCI no contexto da Política de Saúde Mental brasileira e de caracterizar os documentos governamentais e a produção de conhecimento acerca da SCI na Rede de Atenção Psicossocial. A RIL é uma forma de pesquisa que permite revisitar, criticar e sintetizar a literatura representativa sobre um tópico ou assunto de forma integrada e capaz de gerar novas abordagens e perspectivas (ROTHER, 2007; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Utilizou-se como questões norteadoras: como as instâncias de formulação de políticas públicas tratam do tema da SCI? quais os instrumentos normativos que possibilitaram a institucionalização da SCI no SUS? quais referenciais teórico-metodológicos embasam a prática da SCI na saúde mental brasileira? O objetivo, a partir dessas questões, foi conhecer o processo histórico de institucionalização da SCI por meio das publicações oficiais. A definição da amostra foi realizada por meio do acesso às bases de dados durante o ano de 2020 (janeiro – dezembro). Utilizou-se as bases de dados como apontado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Busca da produção de conhecimento nas bases de dados

Base de Dados	Número de registros
Scielo	17
BVS	18
IBICT	17
Scholar Google	923
<b>Total</b>	<b>975</b>

\*Fonte: elaborado pela autora.

As fontes selecionadas foram sistematizadas em etapas a partir da proposta de Cervo *et al.* (2007): Leitura Prévia, Leitura Exploratória, Leitura Seletiva e Leitura Analítica. Da amostra geral identificada nesse primeiro momento, 119 registros que

não correspondiam aos parâmetros de elegibilidade foram descartados. Além disso, os registros repetidos (137) foram excluídos. A amostra final incluiu 730 registros no total.

Iniciamos a análise pela Leitura Prévia, que consistiu na identificação dos 730 registros e no tratamento dos títulos para o descarte dos repetidos. Excluiu-se 31 registros que não correspondiam ao tipo de documento incluído na pesquisa. Os critérios de inclusão foram: (1) artigos, T.C.Cs., dissertações, teses, relatórios de pesquisas, anais de congresso, livros e capítulos de livro; (2) documentos referentes à políticas e diretrizes e arcabouços normativos como legislações, portarias, editais, relatórios de conferências estaduais e municipais, notas técnicas, cadernos de textos de conferências, cartilhas, cartas e relatórios de supervisão; (3) documentos com o termo “Supervisão Clínico-Institucional” no título, no resumo, nas palavras-chave ou no corpo do texto; (4) publicações do período entre 1992 e 2020. Os critérios de exclusão foram: (1) não ter o termo “Supervisão Clínico-Institucional” no título, no resumo, nas palavras-chave ou no corpo do texto; (2) ser documento publicado na web sem vinculação à uma base de dados indexada, como artigos de opinião em *blogs*, documentos relacionados às provas de concursos, dentre outros que continham o termo, porém não se incluíam nos critérios (1) e (2).

A Leitura Exploratória consistiu na leitura dinâmica das fontes identificadas, utilizando-se do recurso de busca textual com o descritor “supervis” para se ter uma visão geral do escopo do documento. Nessa fase foram descartados 56 registros cujos escopos não correspondiam aos objetivos da pesquisa. Na Leitura Seletiva realizou-se o estudo dos títulos, palavras-chave, resumos e/ou sumários e referências bibliográficas das fontes selecionadas na etapa anterior, tendo como intuito identificar os objetivos dos estudos encontrados. Nessa fase foram excluídos 587 registros que não tinham como objeto de estudo a SCI. A etapa analítica consistiu na leitura completa dos documentos para o fichamento daqueles cujo objeto de estudo era a SCI. As respostas às questões norteadoras se basearam nas fichas catalográficas desses documentos. Nessa etapa foram analisados 56 registros relativos à produção de conhecimento incluídos na amostra final, bem como coletadas informações referentes ao tipo, período e natureza das publicações, referencial teórico-metodológico, objetivos e resultados dos estudos. Os dados foram coletados e sistematizados por intermédio de uma aplicação desenvolvida no programa Access e se encontram sistematizados no Quadro 2.

**Quadro 2** – Sistematização dos registros relativos à produção de conhecimento

Etapa	Critério	Desfecho	Total
<b>1º Prévia (Identificação)</b>	Descartados	Exclusão = 119	867
	Tipo de documento	Exclusão = 137	754
	Tipo de documento	Exclusão = 31	699
<b>2º Exploratória (Triagem)</b>	Fora do escopo	Exclusão = 56	643
<b>3º Seletiva (Elegibilidade)</b>	Objetivo do estudo	Exclusão = 587	56
<b>4º Analítica (Inclusão)</b>	Objeto de estudo	Exclusão = 0	56

\*Fonte: elaborado pela autora.

A coleta dos dados bibliométricos foi realizada por intermédio de uma ficha específica (Figura 1) contendo informações relativas às seguintes categorias de análise: espécie de documento, período e natureza da publicação, tipo de estudo, referencial teórico-metodológico, objetivos e resultados do estudo.

**Figura 1** – Ficha dos dados bibliométricos

The image shows a screenshot of a web-based form for entering bibliometric data. The form is titled 'Dados Bibliométricos' and is part of a 'Revisão Integrativa da Literatura'. It contains several input fields: 'Nome' (Supervisão clínico institucional e seus desafios), 'Autor' (Alberti, Palombini), 'Ano' (2012), 'Documento' (artigo científico), and 'Publicação' (Psicologia: Ciência e Profissão). Below these fields, there are buttons for 'Registrar' and 'Adicionar arquivo'. To the right of the form, a book cover is displayed. The book is titled 'Supervisão em Caps: Uma Abordagem Psicanalítica' and is edited by Sonia Alberti, Luciana de Souza, and Analice de Lima. The cover features a photograph of three people in a meeting.

\*Fonte: elaborado pela autora. 1.2 Análise dos dados

Os dados coletados foram distribuídos de modo a caracterizar a produção acadêmica e os documentos governamentais acerca da SCI. Essa distribuição foi realizada de acordo com os parâmetros descritos no Quadro 3. Os dados foram coletados e sistematizados por intermédio de uma aplicação desenvolvida no

programa Sisbiblio 2.2021.

**Quadro 3 – Parâmetros para a tabulação e análise dos dados**

<b>Categoria</b>	<b>Unidade deanálise</b>	<b>Classificação</b>	<b>Parâmetros</b>
<b>Espécie</b>	<b>Tipo de documento</b>	Instrumento normativo	Legislação, portarias, editais,
		Formulação de políticas públicas	Relatório de conferências municipais, estaduais, nacionais
		Diretrizes técnicas	Notas técnicas, caderno de textos de conferências, cartilhas
		Produção acadêmica	TCC, monografia, dissertação, tese, relatório de pesquisa
		Publicação indexada	Artigo científico, anais de congressos, livro, capítulo de livro (DOI, ISBN etc.)
		Produção em serviço	Manuscritos, publicação na web, relatório de supervisão
<b>Natureza</b>	<b>Responsável pela publicação</b>	Documento oficial	Órgãos governamentais
		Produção de conhecimento	Instituições de Ensino, Revistas Indexadas
<b>Período</b>	<b>Ano de publicação</b>	Antes da Portaria	Publicação da Portaria 1174/2005
		Depois da Portaria	Depois da publicação da Portaria 1174/2005

\*Fonte: elaborado pela autora.

A análise dos dados coletados foi realizada em 4 etapas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, além da distinção entre duas categorias: documentos oficiais e produção de conhecimento.

## 1.2 Resultados e Discussão

No Quadro 4 constam todos os registros encontrados e incluídos na amostra final da pesquisa (N = 75), que compreendeu 19 publicações oficiais e 56 produções de conhecimento. Das 19 publicações oficiais, 8 tratam das Políticas e Diretrizes (4 Conferências Nacionais de Saúde Mental, 2 Manuais Técnicos e 2 Recomendações Técnicas), 11 tratam dos Arcabouços Normativos (9 Editais e 2 Portarias Ministeriais).

Quanto aos 56 registros da produção de conhecimento, foram identificadas 14 produções acadêmicas (5 doutorados, 4 mestrados, 1 monografia, 2 trabalhos de conclusão de curso), 39 publicações indexadas (35 artigos científicos, 3 capítulos de livro, 1 livro) e 5 eventos científicos (Anais).

**Quadro 4** – Quantidade de publicações oficiais e produção de conhecimento identificados antes e depois da Portaria GM nº 1.174/2005

Período	Ano	A - Publicação oficial		B - Produção de conhecimento			Total
		1) Políticas e Diretrizes	2) Arcabouços Normativos	3) produção acadêmica	4) publicação indexada	5) evento científico	
Anterior à portaria	1987	1					1
	1989				1		1
	1992	1					1
	1994				1		1
	2001	1					1
	2004	1					2
<b>Subtotal</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
Posterior à portaria	2005		2				2
	2007	1	1		1		3
	2008		2		2		4
	2009		1		1		2
	2010	2	3	2	4		11
	2011		1		1	1	3
	2012		1	2	5		8
	2013			2	5		7
	2014			3	4	1	9
	2015			1	3		4
	2016	1			1	3	5
	2017			2			2
	2018				2		2
	2019			1	4		5
2020			1	2		3	
<b>Subtotal</b>		<b>4</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>5</b>	<b>69</b>
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>37</b>	<b>5</b>	<b>75</b>

\*Fonte: elaborado pela autora.

Observando-se o Quadro 4 é possível verificar que houve 6 registros referentes à SCI publicados anteriormente à Portaria GM nº 1.174/2005 e 69 publicados posteriormente. Esse aumento no número de registros leva-nos a considerar que por meio dos instrumentos normativos o Ministério da Saúde instituiu a SCI, que já vinha há décadas operando no âmbito micropolítico, como experiência capilar que reverbera também nas dimensões macropolíticas, produzindo sua institucionalização.

Os registros indicados no Quadro 5 mostram o tipo de editor por período, antes e depois da publicação da portaria supracitada, e nos fazem pensar sobre os atores envolvidos nesse processo de institucionalização.

**Quadro 5** – Quantidade de registros publicados antes e depois da Portaria GM nº 1.174/2005, separados por tipo de editor



Período	Ano	Imprensa oficial	Instituição de ensino privada	Instituição de ensino pública	Sociedade civil <sup>15</sup>	Total
Anterior à Portaria	1987	1				1
	1989				1	1
	1992	1				1
	1994				1	1
	2001	1				1
	2004	1				1
<b>Subtotal</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
Posterior à Portaria	2005	2				2
	2007	2		2		4
	2008	2		2		4
	2009	1			1	2
	2010	5	1	4	1	11
	2011	1		2	1	4
	2012	1		4	3	8
	2013		2	2	2	6
	2014			4	3	7
	2015		1	3		4
	2016	1	1	2	1	5
	2017			2		2
	2018			1	1	2
	2019				4	1
2020			1	2		3
<b>Subtotal</b>		<b>15</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>14</b>	<b>69</b>
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>16</b>	<b>75</b>

\*Fonte: elaborado pela autora.

As 6 publicações anteriores à Portaria GM nº 1.174/2005 foram realizadas pela imprensa oficial (4) e pela produção de conhecimento (sociedade civil) (2). Posteriormente à portaria supramencionada, as 69 publicações foram realizadas pela imprensa oficial (15), pelas instituições de ensino privadas (7), pelas instituições de ensino públicas (33) e pela sociedade civil (14). Nesse sentido, anteriormente à portaria não apenas existiam menor quantidade de atores envolvidos na divulgação de registros relacionados à SCI como a imprensa oficial e a sociedade civil tinham maior representação. Posteriormente à portaria, multiplicou-se os atores envolvidos na divulgação de registros relacionados à SCI e as instituições de ensino públicas assumiram maior representatividade, seguidas da imprensa oficial, sociedade civil e instituições de ensino privadas. Compreendemos que as universidades públicas assumiram um papel significativo, protagonizando uma notória produção sobre o tema.

<sup>15</sup>Sociedade Civil: não associada à universidade, como por exemplo, revista do Conselho Federal de Psicologia, revista Rede Unida, revista Percurso do Instituto *Sedes Sapientiae*.

A seguir abordaremos a que se referem os documentos oficiais e a produção de conhecimento, destacando aspectos relevantes e contribuições no processo de institucionalização da SCI.

### *1.2.1 Sobre as contribuições dos documentos governamentais*

As contribuições governamentais emergem em um contexto histórico de mudanças sobre a *práxis* da SCI, tornando oficial o que já se apresentava no processo de redemocratização do país e de reforma psiquiátrica e sanitária, viabilizando financiamento aos serviços em âmbito nacional a partir da Portaria nº 1174 de 7 de julho de 2005. A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), em seu relatório final, indica que um dos objetivos a serem alcançados é a criação da supervisão e avaliação da Política em Saúde Mental, de modo que se engendre um quadro de constante análise das políticas implementadas tendo em vista sua efetivação.

8 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS: promover uma nova política de recursos humanos voltada para a formação técnico-profissional em saúde mental, composição de equipe multiprofissional e educação continuada, em vista das propostas de reorientação da saúde mental; 9 – SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO<sup>16</sup>: criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional. (BRASIL, 1987, p. 20).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em seu relatório final, apresenta as primeiras referências à SCI. Citada como “supervisão de equipe”, é referenciada como uma atividade que tem o objetivo de romper com a “alienação e burocratização do trabalho” (BRASIL, 1992, p. 20). A prática da supervisão apresenta-se com organizadora do cotidiano dos serviços substitutivos ao manicômio, articulando atividades e mudanças nas agências formadoras de trabalhadores em Saúde e criando e estimulando grupos de reflexão entre os profissionais, assim permitindo intercâmbios entre a pesquisa, a supervisão de equipe e o contato dos profissionais com o sistema instituído.

---

<sup>16</sup>Vale destacar que não se trata da Supervisão Clínico-Institucional. Nesse documento o termo “supervisão” se aproxima da perspectiva de monitoramento, propondo uma avaliação contínua e processual da implementação das políticas em curso.

Estimular a criação de grupos de reflexão, onde os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas. [...] Garantir uma supervisão capaz de dar conta dos diversos aspectos da prática cotidiana dos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio. [...] Garantir, dentro da carga horária contratual, espaço para a atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho. (BRASIL, 1992, p. 19-20).

O relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002b) se refere à prática da supervisão aliada ao debate e fiscalização de parques hospitalares psiquiátricos como forma de dar suporte à desinstitucionalização dos pacientes e implementação de serviços extra-hospitalares, também como dispositivo na formação e gestão participativa dos serviços, constituindo uma prática indispensável para o controle social e para a criatividade por parte dos trabalhadores e garantindo que tenham papel ativo no campo da Saúde Mental como movimento da Reforma Psiquiátrica.

Garantir supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/ PSF e Saúde Mental e, também, avaliar as ações de saúde mental executadas pelas equipes de Saúde da Família visto que o Programa é recente. [...] [Garantir a] supervisão clínica e institucional [...] permanente, para os gestores, equipes de PSF, do PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, profissionais de nível médio e superior da rede de saúde mental, agentes de saúde mental voluntários, cuidadores de saúde mental, trabalhadores dos programas específicos (transtornos mentais severos, criança e adolescente, deficiente mental, álcool e drogas e emergência), professores da rede estadual e municipal, integrantes de instâncias de controle social, usuários e familiares e profissionais de outras políticas públicas como assistência social e segurança. [...] Garantir, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, junto às Secretarias, diretorias regionais e gestores locais, que os serviços substitutivos de saúde mental tenham supervisão clínica e institucional regular, com discussões permanentes dos projetos terapêuticos dos usuários. [...] Estabelecer convênios entre o Governo Federal, Estaduais e Universidades para treinamento, fóruns de capacitação e cursos de especialização na área de Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo o aprimoramento, reciclagem, educação continuada, supervisão técnica e institucional permanente aos trabalhadores de saúde mental. [...] Criar mecanismos de intercâmbio com universidades, para atenção à saúde mental dos trabalhadores do sistema penitenciário, através de supervisão institucional e para reflexão sobre a política de atendimento à população carcerária, prevenindo a ocorrência de violência e agressões. (BRASIL, 2002b, p. 50-82).

A Portaria GM de nº 1.174/2005, sob a égide do Programa de Qualificação dos CAPS, institui e implementa nesses serviços a SCI. Delibera-a como sendo um programa institucional e regular (semanal), através do trabalho de um profissional em

Saúde Mental que seja externo ao quadro de profissionais do CAPS e que tenha comprovada habilitação teórica e técnica como forma de, junto à equipe, desenvolver um trabalho de pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de

Assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada. (BRASIL, 2005, n.p.).

Já na Portaria nº 647/2008, relativa à necessidade de implementação de critérios normativos e operacionais voltados à atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, a SCI é referida e contemplada como uma ferramenta de formação permanente, devendo estar incluída nos processos de trabalho das equipes como forma de promover indiretamente a saúde mental dos adolescentes em situação de agravo.

Estabelece as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei 4.354. [...] Viabilizar a formação Permanente, com disponibilização de cursos e supervisão clínico-institucional de equipe, visando a promoção da saúde mental dos adolescentes. (BRASIL, 2008, n.p.).

Os editais para SCI da Rede de Atenção Psicossocial trazem o conceito da SCI como parte integrante do Projeto de Qualificação dos CAPS. Definem a SCI como um espaço de discussão e estudos, através da equipe técnica e do supervisor, como forma de discutir sobre os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e também sobre o próprio serviço, de forma que sejam articulados ao território referido do CAPS e, concomitante, aos processos de gestão e da clínica do serviço. Leva-se em consideração para a seleção o Projeto de Qualificação, ao qual o supervisor deve atribuir qualidade técnica pertinente à SCI, bem como articulá-lo ao território e à rede de atenção básica, oferecendo um fluxo contínuo e sustentável do trabalho.

A recomendação da Coordenação de Saúde Mental (BRASIL, 2007) também afirma que o supervisor leva em consideração as dificuldades e tensões internas da equipe, acolhendo-a em seus impasses de forma a construir um cenário propício para o desenvolvimento do trabalho. Cabe, então, ao supervisor, a tarefa de:

Compreender esta dinâmica, desvelando-a para a equipe – multidisciplinar, heterogênea, com tradições teóricas diversas e fenômenos grupais inevitáveis –, de modo a ajudar no andamento da vida do serviço e na construção permanente do trabalho da equipe (marcado por vitalidade e conflito). (BRASIL, 2007, p.1).

A recomendação ainda define que o supervisor, independentemente de sua abordagem teórica predominante, deve encarar o desafio do novo cenário de prática buscando, junto à equipe, a construção dos conceitos de rede, território e sujeito, a melhor forma de articular essas três dimensões com o projeto terapêutico e a maior autonomia possível, levando sempre em consideração a singularidade do cuidado clínico e a complexidade da grandeza existencial do sujeito e seu território.

O Documento intitulado “A supervisão clínico institucional: sua importância para os desafios contemporâneos da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no SUS” (BRASIL, 2010) denota os esforços do Ministério da Saúde para fortalecer os cuidados na Saúde Mental. Para isso, propõe a SCI como forma estratégica de prática e apoio às equipes que lidam em seu cotidiano com o cuidado em Saúde Mental. Define a SCI como estratégia fundamental de qualificação permanente e espaço privilegiado que abre o precedente para a reflexão das práticas do cotidiano dos serviços, ao passo que sustenta o lugar da Reforma Psiquiátrica do SUS e da Saúde Mental na experiência do cuidado. Destaca que, no contexto da Saúde Mental, a Supervisão é entendida como um “território de qualificação das práticas cotidianas, um dispositivo de fortalecimento e qualificação da clínica ampliada e psicossocial” (BRASIL, 2010, p. 2), contribuindo, também, para o Cuidado Integral em Saúde e sendo consoante à Educação Permanente em Saúde e à Humanização do SUS.

Dessa forma, o supervisor exerce sua função através de diferentes formações e práticas, explicitando a diversidade da equipe e sendo, assim, Clínico-Institucional. Ele considera os contextos de serviço, rede, gestão e política pública, possibilitando o andamento do processo de trabalho e o fortalecimento da equipe, a qual articula conjuntamente a construção do PTS. Além disso, demarca a Supervisão como espaço social e histórico no âmbito da política pública à que se compromete na construção do SUS, pois demanda-se que o supervisor clínico-institucional esteja apropriado da trajetória histórica da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica, da Política de Saúde Mental e da relação com o contexto da saúde pública no SUS.

No relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, afirma-se a necessidade de garantir a SCI nos processos de trabalho como dispositivo de educação permanente, como princípio e diretriz geral de organização da RAPS para a ampliação do acesso e da rede e para a consolidação dos CAPSi, como explícito nos trechos a seguir:

85. Garantir a função de supervisão clínico institucional no sistema de saúde mental sempre que demandada pelas equipes, pelos serviços e pela gestão; [...] 385. Garantir e viabilizar supervisão clínico institucional para todos os trabalhadores de saúde mental, com sustentabilidade na gestão local; [...] 421. Garantir, nas três esferas do governo, financiamento para supervisão clínico institucional para todos os CAPS cadastrados, com ênfase na atenção à crise; [...] 537. Especial importância adquire, nesse sentido, a garantia de financiamento calcada em parâmetros pertinentes às diferentes realidades; a ampliação do acesso à informação e à educação permanente das equipes, com ênfase na supervisão clínico institucional; a garantia da comunicação transversal entre os serviços que compõem a rede, e a construção de vias para sustentabilidade e qualificação da ação pública de cuidado a crianças e jovens com necessidades em saúde mental; [...] 543. Viabilizar a implantação, implementação e manutenção da rede de saúde mental infantil e juvenil valendo-se de estratégias diversificadas, compatíveis com as diferentes realidades locais, tais como: a) financiamento para equipes de saúde mental, com supervisão clínico institucional, que nos municípios de pequeno porte se responsabilizem pela organização da rede, promovendo estratégias intersetoriais para toda complexidade de demandas relacionadas à população infantil e juvenil; b) garantia de acompanhamento das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico nos CAPS I e na Atenção Básica; c) montagem de CAPSi, Ambulatórios, Centros de Convivência, Casas de Passagem e outros dispositivos, através de consórcio intermunicipal na esfera pública, garantindo a supervisão clínico institucional para as equipes desses serviços; [...] 548. Garantir aos CAPSi, desde a sua implantação, recursos financeiros específicos e permanentes para a supervisão clínico institucional, provenientes das diferentes esferas da Saúde Pública – municipais, estaduais e do Distrito Federal. (BRASIL, 2010, p. 33-94).

Nesse sentido, a SCI seria viabilizada como forma de sustentar o processo de implementação dos projetos terapêuticos institucionais, dinâmicas institucionais e fortalecimento da rede de cuidados, além de também ser uma estratégia de incentivo ao trabalhador sustentada pela gestão local, sendo garantido o financiamento pelas três esferas do governo, com ênfase em atenção à crise. A SCI, portanto, seria uma estratégia no desenvolvimento das ações e do cuidado na lógica da Reforma Psiquiátrica e da comunicação transversal permanente entre as equipes da RAPS. Ademais, essa conferência propõe que, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, junto às Secretarias, Diretorias e gestores locais, os serviços comunitários territoriais tenham garantida a supervisão clínica e institucional regularmente, com discussões permanentes de projetos terapêuticos dos usuários.

Considerando os dados apresentados no Quadro 6, podemos identificar que em 2005 ocorreram eventos significativos para o processo de institucionalização da SCI, como a publicação do 1º Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial e a Portaria Nº 1.174, correspondendo ao primeiro financiamento do Ministério da Saúde e à primeira normativa que norteava a prática

da SCI. Observamos que, posteriormente, ocorreram a publicação de 8 Editais para SCI da Rede de Atenção Psicossocial, ampliando o financiamento na área.

**Quadro 6** - Publicações oficiais destacadas cronologicamente

Ano	Categoria da Publicação	Espécie
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
2002	III Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
2004	I Congresso Brasileiro de CAPS	Relatório
2005	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial I Chamada	Edital
2005	PORTARIA Nº 1.174	Portaria
2007	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial II Chamada	Edital
2007	O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS	Manuais técnicos
2008	PORTARIA Nº 647, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2008	Portaria
2008	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial III Chamada	Edital
2009	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial IV Chamada	Edital
2010	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial V Chamada	Edital
2010	A supervisão clínico-institucional: sua importância para os desafios contemporâneos da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no SUS	Manuais técnicos
2010	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial VI Chamada	Edital
2010	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial VII Chamada	Edital
2011	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial VIII Chamada	Edital
2011	IV Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
2012	Edital de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais	Edital
2016	Encontro de Supervisores Clínico-Institucionais	Carta de Porto Alegre

\*Fonte: elaborado pela autora.

É preciso dizer que o Edital de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais não descreve ou conceitua a SCI. Porém, já no documento “O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS” (BRASIL, 2007) se faz referência ao que cabe ao manejo da SCI:

A supervisão deve ser "clínico-institucional", no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto

é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política. (BRASIL, 2007, p. 1).

### *1.2.2 Sobre as contribuições da produção de conhecimento*

Conforme apresentado e descrito nos Quadros 1 e 2, anteriormente à Portaria nº 1.174, de 7 de julho de 2005, foram identificadas duas publicações. Na primeira delas, COIMBRA (1989) questiona a ideia clássica de supervisão, em que o supervisor tudo sabe e o supervisionado nada sabe, o que reforça um modelo autoritário e liberal. A supervisão institucional não é uma ação neutra, como poderia ser esperado de uma técnica para acompanhar e orientar futuros profissionais. A autora cita diversas posturas de supervisores de estágio que pôde presenciar, dentre elas, a do supervisor autoritário que atua de forma a se considerar onisciente e onipotente, colocando, assim, o supervisionado na posição de desprovido de saber.

Para Coimbra, há muitas armadilhas na relação supervisor-supervisionado, dentre elas, transformar os últimos em cópias dos primeiros. Isso ocorre ao se tratar o futuro profissional como um "aluno", na concepção original da palavra – "sem luz" e necessitado de iluminação. Em outra perspectiva, há a supervisão "liberal", que oferece um enganoso viés democrático. O supervisor se apresenta como igual aos estagiários, remetendo a uma ingenuidade e a uma valorização do coletivo, mas desde que a liberdade de atuação obedeça a critérios e limites. O político, o social e o institucional, três dimensões do trabalho, são desconsiderados e opera-se a supervisão como neutra e técnica.

Segundo a autora, o grupo de supervisão precisa ser sujeito, não assujeitado ou objeto. A Supervisão Institucional é aquela onde essa relação do grupo com a instituição está desvelada e dá margem a novas presenças e implicações. Supervisor e supervisionado chegam ao encontro já em moldes de saber e não-saber, tendo que fragmentar seus enquadres para fazer-se fluir sem negar os lugares de poder, mas com possibilidade de expansão e não de enrijecimento das demarcações. A SCI, enfim, conduziria ao desarrumar do instituído quando, primeiramente, o supervisor assume que tanto seu saber quanto o dos supervisionados são importantes, ambos



seguindo no caminho de invenção e da expansão de relações e saberes.

Na segunda publicação, Fisch (1994), a partir de seu trabalho como supervisora em instituições de atendimento à saúde mental em São Paulo, coloca a necessidade de pensar a intervenção e sua contribuição para as equipes de profissionais atendidas pela supervisão. O artigo foi escrito em 1994, há 27 anos, e inicia com uma citação sobre a ideia que Freud tinha a respeito da "formação", não como um percurso com início, meio e fim, mas como uma interrogação fluida. A autora nota que as equipes, já naquela época, enfrentavam a desvalorização e descrédito, rotinas sobrecarregadas e dificuldade para encontrar diretrizes que norteassem suas atuações, tanto em relação aos membros quanto aos usuários do serviço e aos gestores e instituições nas quais estavam inseridos. Ela pontua que em muitos casos encontrou uma atmosfera de espera por uma figura messiânica e de salvação. A seu ver, isso também era devido à apropriação do caráter messiânico por instituições psicanalíticas de onde saíam supervisores. A postura equivocada era a de "missão formadora" de psicanalistas com uma causa (FISCH, 1994, p. 98).

A autora pontua que atuou em bairros e comunidades, na instalação de espaços terapêuticos para populações com menor poder aquisitivo com a intenção de desmistificar a psicanálise como dispositivo burguês e praticá-la para a emancipação do sujeito. O conflito derivado dessa ideia equivocada de psicanálise coloca essas iniciativas de desmitificação, que se expandiram ora como subversivas ora como revisionistas e burguesas, segundo a pesquisadora descreve (FISCH, 1994), como algo para poucos. Em sua experiência como graduanda de psicologia ela vivenciou a supervisão como uma tarefa que buscava bons alunos, bons procedimentos psicológicos e bons diagnósticos – saber *versus* não saber, e o saber como item vinculado ao poder. Nesse contexto, passou a se interessar por estudos sobre grupos em sua primeira e incômoda experiência como supervisora, ao substituir a então ocupante do cargo. Para FISCH, ali estava "um tipo de supervisão própria de instituições que, com a pretensão de cuidar do usuário, se apropriam do paciente" (FISCH, 1994, p. 99-100). A partir daí, a autora passa a pensar na formação como um questionamento constante, distanciando-se do caráter messiânico associado à supervisão e trazendo à luz a necessidade de sintonia da equipe quanto ao pensar a tarefa e ao colocar em prática a reflexão.

Para os usuários, a autora destaca como fundamental que se sintam acolhidos pela instituição, não apenas pelo profissional de referência; também que sua queixa

seja pensada como consequência de variáveis diversas, não de uma fonte só; ainda que se ofereça a ele possibilidades de compreensão a respeito das multidisciplinaridades envolvidas, bem como de vínculo com os profissionais. Ela pontua que a ideia de atendimento em grupos pode e deve ser considerada, mas não no sentido de atender mais pessoas em menos tempo ou de oferecer um atendimento coadjuvante. Já para os supervisores, FISCH (1994) considera importante pensar a instituição como entidade viva, articulada e articuladora, por onde flui um discurso com intencionalidade e que delinea o trabalho das equipes. Trabalhar com equipes para que essas trabalhem com os usuários, segundo ela, inclui compreender o momento de intervir no singular e o de intervir no coletivo.

Retomando a análise sobre as condições de trabalho na rede de saúde mental, a autora atenta para a não continuidade da formação de profissionais da supervisão ou mesmo a falta de interesse em instituir a SCI em serviços, além da frágil estrutura dos serviços em si. Criar melhores escutas com equipes e usuários a partir do viés psicanalítico poderia melhorar toda a rede, desde que essas práticas fossem coletivas e contínuas, não individuais e esparsas. Desmistificar o supervisor messiânico, mas também o médico que só receita calmantes, o usuário desgarrado, o profissional cumpridor de burocracias (FISCH, 1994).

Analisando-se essas duas publicações é possível perceber que mesmo antes da Portaria nº 1.174, de 7 de julho de 2005, já havia alguns documentos que sinalizavam o potencial instituinte da SCI para o movimento da Reforma Psiquiátrica e a criação da Rede de Atenção Psicossocial. Entretanto, conforme apresentado e descrito nos Quadros 1 e 2, posteriormente à Portaria foram identificadas um maior número de publicações, perfazendo um total de 54. Os registros incluídos na sessão “produção de conhecimento” citam alguns referenciais teóricos pertinentes para a SCI: a Psicanálise (FINELLI *et al.*, 2016; CHUNG; MENDONCA; VELOSO, 2010), a Psicanálise das Configurações Vinculares (ÁVILA, 2013), a Clínica Psicanalítica Lacaniana (VASCONCELOS, 2015), a Saúde Coletiva (ONOCKO-CAMPOS, 2013; CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014), o trabalho de Jean Oury (SANTOS; CAMPOS, 2015), e a Atenção Psicossocial (BABINSKI; HIRDES, 2004), entendendo que nesta última se abriga uma confluência de conhecimentos e práticas (SILVA, 2010). Tais publicações serão contempladas na discussão que se segue.

O conhecimento no processo da SCI não está dado ou acabado, é constantemente reinventado. O campo da SCI não possui saberes categorizados e

solidificados, prontos para serem entregues por encomenda às equipes da Rede (ALBERTI; PALOMBINI, 2012). Da mesma forma, a pessoa no lugar de supervisão não impõe saberes e/ou informações, mas os constrói em trânsito, com o desejo e o conhecimento dos trabalhadores das equipes (SEVERO; L'ABBATE;tti CAMPOS, 2014). Os saberes são construídos e sistematizados por meio de um processo metodológico, pelo circular da palavra entre os participantes durante o processo da SCI (ALBERTI; PALOMBINI, 2012).

Nesse sentido, a SCI assume uma dimensão construtivista na educação, uma relação dialógica entre supervisor, equipe e rede de atenção em que o supervisor atua como educador, não na lógica mecânica de emissor-receptor de conteúdo, mas sim no papel de facilitador ou promotor de fluxos de conhecimento e saberes (FARIA; SCHNEIDER, 2020). O supervisor entra no papel de contextualizar a situação clínica e as dinâmicas de rede e do território (CHUNG; MENDONCA; VELOSO, 2010). A SCI compõe, assim, um processo educativo construtivista, crítico e emancipatório, com esclarecimento, organização e entendimento das práticas da equipe de saúde fundamentadas na redução de danos (CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014).

As dificuldades advindas de uma formação tradicional, que não dá embasamento para os trabalhadores da saúde lidarem com a complexidade das tarefas que a rede de atenção psicossocial apresenta no cotidiano (RIBEIRO; SILVA, 2020), também podem ser elaboradas por meio da SCI. Essa é a outra face da dimensão educativa construtivista da SCI quando operada como lugar de educação permanente, fomentando mudanças nas práticas de trabalhadores da saúde mental no Brasil (COSTA, 2017). Ela tem uma função subversiva para as linhas de poder instituídas nos serviços e é uma ferramenta de educação permanente para a promoção de cuidado em saúde mental no território (ALVARES, 2014; COSTA, 2017).

Essa dimensão educativa opera pela inclusão e valorização de todos os atores que estão no território, promovendo a conversa entre eles sem oferecer saberes fixos e manuais de atuação, olhando-os como corresponsáveis pelo cuidado em liberdade e pela manutenção aprimorada constantemente, com a valorização da contribuição da experiência e conhecimento de todos (ALVARES, 2014). Essa dimensão educativa pode ser compreendida como um processo que visa a emancipação dos usuários e trabalhadores do serviço e o apoio aos profissionais de saúde no domínio dos elementos do processo de trabalho, revisitando-os e os ressignificando.

O manejo do trabalho da SCI tem como pressuposto que as equipes atuem

como um coletivo capaz de ofertar um conjunto de ações terapêuticas, assumindo de fato um posicionamento ético no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, em oposição a lhes sustentar uma terapêutica institucionalizante e cronificante (SANTOS; CAMPOS, 2015; BORGES *et al.*, 2009). Isso porque a história da supervisão é a história da luta pela legitimação e consolidação dos CAPS como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (FARIA, 2020). Para a superação da lógica manicomial, outro compromisso da SCI, considera-se que apenas fechar os manicômios e criar serviços substitutivos não necessariamente altera o *modus operandi* de lidar com o sofrimento dos usuários desses serviços (LEMOS, 2012).

A SCI opera como dispositivo de circulação da palavra entre os profissionais das equipes e dispõe de uma ética da escuta do desejo e da experiência singular, buscando inconsciências que regem escolhas, condutas e modos de pensar (BARLETA, 2015). É assim que ela fomenta o fortalecimento das transformações para o modelo de atenção psicossocial (SEVERO, 2014). Nesse sentido, é inegável que a SCI seja fundamental para a movimentação das equipes na operação no território, para a construção de rede e para o acolhimento do sofrimento da própria equipe e dos usuários da rede (PACHECO, 2015).

Essa é uma das importâncias da SCI na qualificação das equipes dos serviços de RAPS: ela é propulsora da consolidação do modelo e se faz necessária para reorganizar a lógica de execução e as estratégias de abordagem do cuidado, nas quais os aspectos clínicos muitas vezes são suplantados pelos institucionais (FARIA, 2017). Dessa forma, a SCI proporciona que as equipes consigam valorizar e reconhecer o sujeito para além de seu sofrimento psíquico. Por meio do “trabalho sobre o trabalho” se oferece espaço e tempo para que os profissionais dos CAPS consigam pensar suas atuações no cotidiano, nas relações com os usuários e as instituições envolvidas, com a gestão e com as teorias e metodologias empregadas (STEFEN, 2016). Assim, a SCI se torna indispensável para a reforma psiquiátrica e para a implementação dos serviços substitutivos (COUTINHO; MEDEIROS; TRINDADE, 2012).

O supervisor tem o papel de contextualizar a cena clínica, as dinâmicas de rede e do território, oferecendo a possibilidade de repensar os casos, de construir os casos (CHUNG; MENDONCA; VELOSO, 2010). A SCI se coloca como um espaço de escuta potente para as trocas e experiências, para elaborar o manejo clínico das situações críticas (PACHECO, 2015). O dia a dia nos serviços está permeado das relações intra

e extra equipe e, nesse sentido, para produzir o cuidado em liberdade o supervisor clínico-institucional analisa, informa, provoca e acolhe, com interesse e respeito à singularidade do usuário (FARIA, 2017). O singular da clínica, lugar onde o trabalho não é formatado em manuais e dispositivos rígidos de atendimento, é fomentado no processo da SCI (BRÊDA; ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2015), que tem o papel de aprimorar a relação dos profissionais entre eles mesmos e com os usuários do serviço e de propiciar a fruição do trabalho terapêutico realizado (PRANDINI, 2019). Ela intervém como meio para destacar a singularidade e a política na clínica, fazendo fluir o conhecimento e os saberes para que se possa lidar com situações limite.

O caso clínico é um disparador para repensar a dinâmica no território e integrar a construção dos projetos terapêuticos singulares (CHUNG; MENDONÇA; VELOSO, 2010). A escuta é essencial para operar essa tarefa, é preciso escutar e reconhecer a singularidade de cada sujeito, não apenas para redirecionar o trabalho em equipe, mas para repensar práticas coletivas e singulares de trabalho (SILVEIRA, 2021). Ao construir os casos clínicos deve-se levar em conta as questões institucionais (SILVA, 2010) e a SCI, para tanto, ancora-se teoricamente na psicanálise como aporte ético da articulação entre clínica e política (ALBUQUERQUE, 2013). É necessário reconhecer as influências do fator social no modo de atuar dos profissionais da saúde mental, é algo que deve ser fundamental na atuação do supervisor clínico-institucional (LEMO, 2012). Deve-se considerar que há uma ideia de grupo entre os profissionais dos serviços de saúde, fomentar as equipes a considerarem o contexto de vida de seus pacientes (LOPES, 2020), possibilitar a reflexão por seu distanciamento do trabalho cotidiano. Dessa forma, a SCI apoia a articulação de novos conceitos e teorizações a fim de que os agentes de trabalho possam construir novas categorias de análise (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

Por vezes as necessidades dos usuários são respondidas de forma inadequada pelas políticas governamentais e, por isso, a SCI visa desenvolver projetos terapêuticos voltados para a singularidade da clientela (SEVERO, 2014), favorecendo a reflexão a respeito de estratégias terapêuticas e políticas de cuidado efetivas, responsabilizando todos os atores envolvidos neste processo (BORGES *et al.*, 2009). Ela é, assim, meio para formar e intervir, com estratégias como a análise permanente da organização do processo de trabalho, análise do cotidiano, discussão e construção coletiva dos casos. Seriam as discussões sobre o caso que deveriam orientar a organização da prática da instituição, algo que só ocorre em equipe (ONOCKO-

CAMPOS, 2013).

A supervisão dá apoio reflexivo, potencializando e articulando o trabalho da equipe e em equipe. Também promove a reunião de todas as informações disponíveis, sempre levando em conta os diferentes olhares e abordagens dos profissionais envolvidos (ÁVILA, 2013). Trata-se, portanto, da construção de espaços para a problematização, discussão e acompanhamento do processo de trabalho em saúde e intersetorial (SOUSA, 2014). O espaço da supervisão aparece como aquele em que é possível processar o que é vivenciado no cotidiano e enriquecer a experiência para o cuidado com o outro, seja a equipe ou o usuário do serviço (SILVA *et al.*, 2012). A SCI oferece tempo e espaço para o debate, a escuta e o tracejar de novos caminhos no delicado laço entre política e clínica, rompendo com as leituras morais e com a automação no acolher do usuário (FERREIRA; GOYATÁ, 2010a).

O supervisor é *êxtimo*<sup>17</sup>, na perspectiva Lacaniana, no sentido de estar dentro estando, ao mesmo tempo, fora de tudo que habita e orbita a cena institucional, ou seja, mantendo-se o suficientemente fora para problematizar as práticas e manter ativo o espaço criativo das equipes (FERREIRA; GOYATÁ, 2010b; BORGES *et al.*, 2009). O supervisor deve ser um profissional de fora da instituição, com olhar externo, experiência e saber teórico para transitar por temas clínicos e institucionais, de atendimento de casos a questões de gestão (ALVAREZ, 2014). Um exemplo disso foi a utilização da SCI como ferramenta para planejar e avaliar a rede no contexto da reforma psiquiátrica cearense entre 1998 e 2006, tendo como objetivo reduzir a "especialização burocrática" e flexibilizar as ideias sobre as relações de poder (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007). Nesse sentido, a SCI tem resultados importantes para equipes de CAPS (CHUNG; MENDONÇA; VELOSO, 2010).

Diante do exposto, podemos concluir que o processo de SCI engloba três ferramentas importantes: planejamento e análise institucional, análise permanente sobre o trabalho dos profissionais e fomento de discussões e construções coletivas sobre os casos (LEAL, 2008). O planejamento e a avaliação são orientados por uma concepção dinâmica sobre saúde-doença, atualizando princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (SILVA *et al.*, 2012). A SCI promove análises

---

<sup>17</sup>O neologismo "êxtimidade" foi criado por Jacques Lacan, se referindo ao paradoxo: o que é mais íntimo, singular, próximo e interior ao sujeito está fora, no exterior. O termo foi usado pela primeira vez por Lacan no Seminário 7: a ética da psicanálise, em 1960. O sujeito terá seus desejos e movimentos balizados pela "êxtimidade" (SEGANFREDO; CHATELARD, 2014).

do processo de trabalho e seu mapeamento, bem como levantamentos de dados a respeito dos números de trabalhadores e funções, dos números de usuários, do modo como se estabelecem as relações dos familiares, da relação com o gestor e com a rede etc. Essas nuances das práticas do serviço são fundamentais para a elaboração do projeto de trabalho (SILVA *et al.*, 2012).

A análise dos processos de trabalho fomentados pela SCI se desdobra na qualificação da construção dos projetos terapêuticos singulares (CHUNG; MENDONCA; VELOSO, 2010; SOUSA, 2014; STELLA, 2016). As experiências de SCI podem gerar maior atenção a esses projetos, com o fortalecimento da ideia de que é preciso existir vínculo entre pacientes e profissionais de referência (CHUNG; MENDONCA; VELOSO, 2010). Por meio dessas experiências se realiza a assessoria e a promoção de discussões, o acompanhamento do trabalho realizado pela equipe de saúde e o monitoramento do projeto terapêutico do serviço, fomentando sua articulação com a rede de saúde e intersetorial (SOUSA, 2014; ALVARES, 2014; VASCONCELOS, 2015). Promover a verbalização dos profissionais em relação ao seu sofrimento no trabalho é fundamental para a realização desse trabalho, em especial quando o projeto terapêutico não é eficaz, por exemplo, quando não há corresponsabilização da família (STELLA, 2016).

A SCI pode ser apresentada como uma ferramenta para a articulação do serviço com o território, para a qualificação das equipes, para o fortalecimento de dispositivos de cuidado psicossocial e para não reproduzir práticas do modelo asilar, mobilizando a produção do cuidado em saúde e disparando na equipe uma *práxis* criativa (ÁVILA, 2013). Nesse sentido, ela é instrumento estratégico na Reforma Psiquiátrica brasileira, uma metodologia de acompanhamento da clínica no território, potencializadora de estratégias de cuidado e articuladora da rede de atenção (SAMPAIO; SEVERO JUNIOR, 2016). Considerando sua importância nessa articulação, ela se coloca como ator importante para impulsionar os movimentos instituintes, desfazendo os nós. Muitas vezes é requerida para solucionar desentendimentos, sendo um estímulo para que as demandas da equipe e da comunidade não sejam conflituosas, mas sim relacionadas e sincronizadas (BORGES *et al.*, 2009). Ela é vista como um recurso que funciona quando há impasses que a equipe não consegue resolver, o que demonstra que há a ideia de que o supervisor é um solucionador de problemas (FINELLI *et al.*, 2016).

Nessa interface entre o clínico e o institucional, a supervisão problematiza

também os conflitos entre o indivíduo e a sociedade, entre a natureza e a cultura, entre o individual e o coletivo, entre a clínica e o social. O supervisor convida a pensar e a visualizar as ações e intervenções dos trabalhadores, tanto em relação aos usuários quanto aos colegas da equipe e à instituição onde está inserido (LEAL, 2008). Embora não responda ou não tenha que responder a todas as perguntas existentes no serviço, a SCI funciona como um respiro, para que os funcionários revigorem suas ações em uma política institucional que tem a clínica como direção ética (RIBEIRO; SILVA, 2020). Ela oferece a oportunidade de que a pesquisa e a reflexão sobre a clínica sejam feitas no território, além da possibilidade de que o próprio trabalho seja pesquisado e analisado por aqueles que estudam a área (DELGADO, 2013). Assim sendo, lança mão de dispositivos clínicos e políticos na saúde mental coletiva, lidando com discussões e desvelamentos de conflitos sem o objetivo de eliminar esses atritos, mas sim interrogando-os para que se tornem potentes (SILVA, 2011).

Diante do exposto, a SCI é proposta como um dispositivo transversal do cuidado e da gestão do cuidado para amplificar a conectividade dos agentes e da clientela da Rede de Atenção Psicossocial, com positivos efeitos nas relações entre serviços, intra serviços e nos serviços no território (OLIVEIRA; PASSOS, 2012). A transversalidade<sup>18</sup> no cuidado leva em conta o processo de produção de subjetividade, principalmente a partir dos conceitos de desejo, agenciamento e intercessor, atuando na linha da esquizoanálise e levando profissionais à experiência da linha tênue entre saúde mental e saúde coletiva, clínica e política, atenção e gestão, supervisão e pesquisa (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2015). Sem a pretensão de consolidar um modelo nos seus diversos modos e diferentes graus de transversalidade, a SCI potencializa a ação dos atores clínicos, sendo a clínica um ofício transdisciplinar que resulta na sintonia do afeto, que movimenta, dispara ações e trocas (ANDRADE, 2014).

Nesse sentido, a SCI é um dispositivo que promove transformação no modo de

---

<sup>18</sup>A transversalidade é um conceito com várias facetas desenvolvido por Guattari em 1964, no período em que experimentava a Psicoterapia Institucional nos estabelecimentos psiquiátricos nos quais trabalhava. O princípio do conceito é o rompimento com a horizontalidade (igualdade entre todos os membros) e a verticalidade (hierarquia onde um tem poder sobre o outro), afirmando o exercício de promover uma comunicação máxima, uma hiperconectividade, assumindo ao mesmo tempo a dimensão coletiva dos problemas clínicos por vezes individualizados e a abertura dos grupos ao seu fora. Nesse sentido, a transversalidade é crítica ao conceito de transferência institucional, onde se analisa e interpreta as estereotípias edípicas. Guattari foi membro da Escola Francesa de Psicanálise, denominação da Associação Internacional de Psicanálise (COUTINHO, 2007).



ser de equipes em instituições (SEVERO, 2014). Ela é legitimadora do sujeito e sua singularidade, o que deve ser base para o serviço (FINELLI *et al.*, 2016). Com ela se constitui um espaço comunicacional dialógico, com espaço e tempo para a exposição dos casos e onde as discussões contribuem para encontrar estratégias que aprimorem o atendimento à clientela do serviço e a relação entre os membros da equipe, entre eles e o território onde atuam e entre eles e a comunidade (ALVARES, 2014). A SCI é um dispositivo para formar e intervir, com estratégias como a análise permanente da organização do processo de trabalho, a análise do cotidiano e a discussão e construção coletivas dos casos. São as discussões sobre o caso que deveriam orientar a organização da prática da instituição, algo que só ocorre em equipe (ONOCKO-CAMPOS, 2013).

A história pessoal e profissional do supervisor marca o modo de efetivar esse dispositivo, de efetivar o trabalho de supervisão (SILVA *et al.*, 2012). Esse efeito advém de um processo permanente, sem fim determinado, onde se faz obrigatória a construção de cuidados possíveis e diversos (BABINSKI; HIRDES, 2004). O profissional que trabalha a SCI deve viver a realidade dos serviços de atenção psicossocial (BRÊDA; ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2015). Portanto, junto com outros dispositivos, a educação permanente, os grupos de estudo, as dinâmicas etc., a escola de supervisores assume a pretensão de sustentar a multiplicação da SCI nos serviços para o cuidado com o cuidador (SILVA, 2013).

O termo “supervisão” é uma categoria psicanalítica relativa à formação dos profissionais de saúde, sendo dispositivo de transmissão quando o supervisor se ancora na posição de analista do coletivo e de cada integrante do coletivo (BARLETA, 2015). Entretanto, o trabalho da SCI tem uma dinâmica que está em constante elaboração e (re)constituição (BRÊDA; ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2015). Dada a complexidade envolvida no processo, questiona-se as possibilidades de transmissão das experiências, saberes e práticas desenvolvidas nesse campo, surgindo então a pergunta: se a supervisão não se ensina, como justificar a existência e funcionamento de uma escola de supervisores? (PIRES; MENDES, 2019).

Primeiramente, a Escola de Supervisores surgiria como uma resposta à carência de profissionais habilitados e disponíveis para o exercício da função de supervisor clínico-institucional. Considerando que a formação de supervisores precisa de uma maior ênfase em formação política, a proposta da Escola de Supervisores seria fomentar o campo de trocas entre os supervisores e suas práxis (PIRES;

MENDES, 2019; BRÊDA; ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2015; PENKALA; SOARES; REMEH-de-ALBUQUERQUE, 2018). Nesse sentido,

[...] teve como objetivo formar novos profissionais, qualificar a prática daqueles que já atuam como supervisores nas Raps e estimular o compartilhamento de experiências entre as diferentes regiões do país. Assim, o projeto Escola de Supervisores Clínico-Institucionais foi uma estratégia da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para ofertar a circulação de saberes articulados com os princípios e diretrizes do SUS, no sentido de fortalecer as práticas de cuidado e concretizar a Política de Atenção à Saúde Mental, a partir dos eixos norteadores da reforma psiquiátrica e dos princípios organizacionais do próprio SUS (PENKALA; SOARES; REMEH-de-ALBUQUERQUE, 2018, p. 545).

Embora houvesse esforços significativos do Ministério da Saúde para a implementação de iniciativas como a Escola de Supervisores, do total de projetos financiados entre os anos de 2005 e 2012 (925 projetos), 16 (1,72%) eram de implementação de Escolas de Supervisões Clínico-Institucionais, 58 (6,27%) de Escolas de Redução de Danos e 851 (92%) de SCI propriamente dita nos serviços (BRASIL, 2012). Das 16 experiências, 5 ocorreram no Nordeste (Alagoas, Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Sergipe), 4 no Sudeste (2 em Minas Gerais e 2 no Rio de Janeiro), 2 no Centro-oeste (Goiás e Mato Grosso), 3 no Norte (Maranhão, Piauí e Tocantins) e 2 no Sul (Santa Catarina e Rio Grande do Sul) do Brasil. Portanto, os dados indicam que poucos projetos de Escola de Supervisores foram financiados, mas ocorreram em todas as regiões do país. Nesse sentido, compreende-se que a iniciativa de Escolas de Supervisores é potente, desde que associada a uma forte Política de Educação Permanente que efetivamente invista na formação do quadro de profissionais de saúde mental da Raps.

A partir da bibliografia analisada é possível concluir que os documentos governamentais e a produção de conhecimento incluídos neste estudo possibilitaram a síntese de um processo de construção e utilização da SCI no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira. Apontaram pontos fortes, críticas e sintetizaram a literatura representativa sobre o tema. Por meio desses registros foi possível compreender como as instâncias de formulação de políticas públicas tratam do tema da SCI e dos instrumentos normativos que possibilitaram sua institucionalização no SUS, registros apresentados e discutidos nas sessões “Sobre as contribuições dos documentos governamentais” e “Sobre as contribuições da produção de conhecimento”.

Dessa maneira, concluímos que o processo histórico de implementação da SCI

pode ser analisado por meio dos documentos governamentais e da produção de conhecimento. Sugerimos que os movimentos da sociedade civil e das Conferências foram decisivos para que em 2005 fossem publicados o I Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial e a Portaria nº 1.174. Posteriormente, foram publicados 8 Editais que subsidiaram projetos cujos objetivos eram utilizar a SCI para fomentar a consolidação da Raps. Além disso, é possível perceber a pertinência da psicanálise, das correntes institucionalistas, da atenção psicossocial e da saúde coletiva para a SCI.

Os registros incluídos e discutidos nesta revisão indicam que a SCI pode ser compreendida por meio de alguns eixos temáticos que perpassam seu processo de implementação no Brasil. Esses eixos temáticos são: processo histórico da SCI, políticas públicas de saúde mental e Reforma Psiquiátrica brasileira, atenção psicossocial, analisador dinheiro, gestão, ferramentas, educação permanente, influências teórico-metodológicas, dentre outros subtemas transversais à SCI que serão discutidos na próxima sessão. A discussão que se segue foi tecida a partir da análise de narrativas construídas por meio das entrevistas realizadas com os supervisores clínico-institucionais e gestores que tiveram papel significativo e de destaque no processo de institucionalização da SCI no Brasil.

## **2 A produção de memória é fio de novelo repuxado das tranças e entrelaçamentos**

O propósito deste capítulo é identificar e analisar diferentes aspectos de como cada um dos entrevistados<sup>19</sup> vivenciou e experienciou a história da construção da SCI no Brasil. Convidamos como primeira entrevistada a Ana Pitta, que em 1982, no período da redemocratização do Brasil e a partir da eleição de Franco Montoro, foi convidada a exercer a função de diretora da Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Convidamos também Pedro Gabriel Delgado, em função das ações de gestão durante o período compreendido entre 2001 e 2010 que esteve à frente da Coordenação Nacional de Saúde Mental, momento em que foram publicados os editais para contratação de Supervisores Clínico-Institucionais.

Uma grande contribuição da banca no processo de qualificação foi o indicativo

---

<sup>19</sup>As narrativas de cada entrevistado estão reunidas nos Apêndices E, F, G, H, I, J, K e L.

de critérios para a seleção dos demais convidados para as entrevistas. Existem inúmeros atores que poderiam colaborar com suas experiências no processo de produção de conhecimento em torno das histórias, usos e sentidos da SCI brasileira, mas, pensando na importância de mapear experiências plurais nas diversas regiões do país para acolher a diversidade das culturas no território nacional, e também nas contribuições das pessoas que estiveram presentes desde os primórdios da construção da SCI, definimos como demais entrevistados: Sandra Fagundes, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul; Ana Marta Lobosque, de Belo Horizonte, Minas Gerais; Luciano Elia, do Rio de Janeiro, capital; Isabel Marazina, de São Paulo, capital; Emerson Merhy, de Campinas, São Paulo; e Maria<sup>20</sup>, proveniente de uma capital do Nordeste. Portanto, os critérios de inclusão dos entrevistados foram: (1) que fossem atores significativos no processo de institucionalização da SCI; e (2) que permitissem construir uma amostra capaz de contemplar a diversidade de experiências brasileiras nesse processo<sup>21</sup>.

A seguir traremos biografemas<sup>22</sup> dos entrevistados, os quais enunciam e evidenciam seus lugares na história, tanto da Reforma Psiquiátrica brasileira quanto no processo de institucionalização da SCI no Brasil. Considerando o percurso dos entrevistados, compreendemos a importância de sua inclusão para contemplarmos os objetivos da pesquisa. As biografias são pertinentes, elas indicam vinhetas históricas e implicadas para o processo de institucionalização da SCI no Brasil. Nesse sentido, apresentaremos as narrativas enfatizando "imagens, cenas, gestos, fragmentos textuais, pulsões [...] operadores de linguagem à disposição" para refletirmos sobre as histórias, os usos e os sentidos da SCI" (KOSSOVITCH, 1987, p. 57).

## 2.1 Biografemas: histórias da Supervisão Clínico-Institucional

---

<sup>20</sup> *Maria* é o nome fictício escolhido pela entrevistada, que optou pelo anonimato nesta pesquisa, como foi explicado no Capítulo 1.

<sup>21</sup> Os critérios de inclusão e exclusão dos entrevistados já foram descritos com maiores detalhes no Capítulo 1.

<sup>22</sup> Todas as falas dos entrevistados grafadas *em itálico* e com aspas, a partir deste ponto e até o final deste capítulo, constituem-se, portanto, como biografemas.

### 2.1.1 Ana Pitta

Ana Maria Fernandes Pitta graduou-se em Medicina pela Universidade Federal da Bahia em 1974. Concluiu o mestrado (1984) e o doutorado (1989) em Medicina Preventiva/Saúde Mental pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP). Em meio ao trabalho com supervisão e docência, fez pós-doutorados: um em Epidemiologia e Psiquiatria Social, no Instituto de Recherche Mario Negri, Milão, Itália, em 1992; outro em Avaliação e Práticas, Programas e Serviços de Saúde Mental, na *Division of Transcultural Psychiatry na Psychosocial Research Unit, Douglas Hospital, McGill University, Montreal, Canadá*, em 1995-1996; e outro em Administração e Políticas de Saúde no *Département de L'Administration et Santé, Université, Montreal, Canadá*, em 1996. É especialista em Saúde Pública e em Administração em Saúde e Psiquiatria. Em 1998, aposentou-se como Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde atuava como professora desde 1976. Durante cinco anos (2014-2019) foi presidente do Capítulo Brasileiro da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) e, entre 2018 e 2020, presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (2018-2020). Atualmente é membro da Comissão de Saúde Mental e Drogas do Conselho Nacional de Direitos Humanos do Brasil e integra a Comissão de Desinstitucionalização da Sesab-BA, desde 2017. Em sua trajetória acadêmica e profissional atuou nas áreas de Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Avaliação de Políticas, Serviços e Práticas em Saúde, Saúde Mental e Drogas, Subjetividades e Vulnerabilidade Social nos Transtornos Mentais e Uso de Substâncias Psicoativas, Reabilitação Psicossocial, Direito Sanitário, Psicodinâmica do trabalho e Bioética e Ética em Pesquisa. Entre suas publicações de destaque estão “Hospital, dor e morte como ofício” e “Reabilitação Psicossocial no Brasil”.

Uma das primeiras publicações que faz referência ao ofício de supervisor clínico-institucional é datada de 1987, na revista *Percurso* nº 2 do Instituto *Sedes Sapientae*. Nesta publicação é indicada a parceria entre o referido Instituto e a Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no período sob a coordenação de Ana Pitta. Um dos primeiros documentos que encontramos (FISCH, 1994) apresenta uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido no período de 1984 a 1994, de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através

da Coordenadoria de Saúde Mental, e do Instituto *Sedes Sapientae*. Médica e doutora em Medicina Preventiva, atuando na Universidade de São Paulo e no departamento de medicina preventiva da USP, Ana Pitta foi a primeira entrevistada deste trabalho e seu relato possibilitou o resgate histórico do processo de institucionalização da SCI. Afinal, é dela o marco inicial dos trabalhos de Supervisão Clínico-Institucional nos serviços de saúde mental, como diretora da Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Em nosso encontro Ana Pitta relata que seu primeiro contato com a SCI data da década de 1970, quando conheceu Emílio Rodrigué durante seu estágio na Casa de Saúde Ana Nery, na Bahia. Na ocasião, o supervisor clínico promoveu a reunião de equipe e a discussão de casos, com o uso do que Pitta chama de *“dramatização”*<sup>23</sup>. Na sequência Ana rumou ao Rio de Janeiro para uma residência em Saúde Mental no Engenho de Dentro, onde tem contato com Antônio Celso, também supervisor clínico. Tratava-se da única residência em Saúde Mental no país naquela época. Além do Centro Psiquiátrico Pedro II, agora com Chelton Mello, ela supervisionava uma pequena comunidade<sup>24</sup> terapêutica no Hospital Dr. Eiras em Paracambi - RJ. *“A sistemática era a mesma, na qual a equipe devia centrar-se na discussão de casos e, com isso, construir um saber oportuno àquela lugar e àquelas pessoas que estavam submetidas ao tratamento”*, explica.

Já em 1976, Ana Pitta vai para São Paulo, onde tem contato com Fernando Ulloa, do Grupo Quadrantes de Buenos Aires - Argentina, que trabalhou com Emílio Rodrigué. A convite de Matilde Neder, Pitta participou de um workshop em que convidou Ulloa para conhecer o serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde Samuel Pessoa, no Butantã, São Paulo, coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP, onde ela tinha um cargo administrativo de supervisora de equipe por indicação de Uraci Simões Ramos, depois de sua contratação como médica assistente, aos 26 anos. Ulloa, seu convidado, promoveu com a equipe algumas dinâmicas que envolviam relatos verídicos e segredos vividos por eles no trabalho. Essa integração também era foco da atuação de Raquel Soifer que, segundo Pitta, trabalhava com infância e mulheres, já que no local eram atendidos casos de maneira

---

<sup>23</sup>Os trechos do texto entre aspas e itálico são as falas diretas e na íntegra dos entrevistados.

<sup>24</sup>A Comunidade Terapêutica comportava cerca de 30 pacientes, enquanto no Hospital Dr. Eiras havia 3.000 pacientes.

coletiva – mães, pais e crianças. *“Eu devo estar confessando uma certa origem argentina desse modo de trabalho... José Bleger, Pichón Rivière, Emilio Rodrigué, Fernando Ulloa”, Raquel Soifer”,* pondera, mencionando a origem de nomes chave para sua formação e experiência com a supervisão.

Pitta narra que os atendimentos eram realizados coletivamente, reconhece a importante influência argentina no modo de trabalho, nas figuras de José Bleger, Pichón Rivière, Emilio Rodrigué e Fernando Ulloa, aspecto assim enfatizado por ela: *“Afirmo ser de extrema importância que você registre e trabalhe isso, reconhecer a importância de determinadas influências como Pichón Rivière, José Bleger, Emilio Rodrigues, Antonio Lancetti, Osvaldo Saidón, Gregório Barembliit, ninguém imaginou a grandeza da supervisão clínico-institucional e que atingisse tal dimensão. Não esqueça de mencionar que a supervisão clínico-institucional sofreu influências da psicanálise, da análise institucional de Lourau e de um processo de democratização”.* Também faz questão de frisar que a supervisão, a princípio, não era clínico-institucional, mas com o tempo ganhou o adjetivo de clínica, e depois de clínico-institucional, evidenciando que o tempo e a vivência aprimoram as experiências. Ao comentar sobre a relação da SCI com a educação permanente, Ana Pitta é categórica em dizer que *“não era uma educação antisséptica, burocrática, era uma educação erótica, no sentido de implicada, afetada. Eu considero Lourau, Paulo Freire figuras importantes porque é um processo construtivo, construtivista de formação... afetação, afeto, a implicação, era isso que a supervisão clínico-institucional trazia para a educação permanente.”*

Ana Pitta atuou na Divisão de Ambulatórios no período de 1983 a 1986, e sua história, que se confunde com a história da saúde pública brasileira das últimas décadas, *“começa um pouquinho mais cedo”.* Com memória ímpar, ela traz nomes e toda a progressão de um trabalho que expandiu uma rede de cuidados com a saúde mental utilizando a liberdade e cidadania como pontos-chave. Dessa experiência, em 1983, Ana Pitta teve as condições de deslocar a perspectiva da atenção à saúde mental do hospital para a comunidade e território. Porém, enfrentou o corporativismo ambulatorial, que impediu a mudança de nome para Centros de Saúde Mental. Ela assumiu a divisão de ambulatórios em um momento oportuno do ponto de vista político. O governador recém-eleito, Franco Montoro, era apoiado por uma coligação de esquerda – João Yunes era secretário de saúde estadual e Marcos Pacheco Ferraz coordenador de saúde mental, ambos apoiadores da defesa que ela fazia do cuidado

em liberdade e do viés comunitário dos serviços de atenção à saúde mental.

Ela nos conta como era a organização da Saúde Mental. Havia o Departamento Psiquiátrico I, que cuidava dos seguintes hospitais psiquiátricos públicos: Pinel, Vila Mariana, Água Funda, Casa Branca, Ribeirão Preto, Lins, Sta. Rita do Passo Quatro, Botucatu, e o Departamento Psiquiátrico II, que abrangia o complexo do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em Franco da Rocha, uma das mais antigas e notáveis instituições de internação do país, recentemente fechado. Segundo Ana, havia, na época, recursos financeiros e estrutura administrativa mais que adequados para os departamentos hospitalares e poucos recursos para o cuidado comunitário, ambos com grande força financeira, e a Divisão de Ambulatórios, espaço ao qual se refere como a “a casinha simpática da na Rua Itapeva, 700”. Nesse local, Pitta foi chamando algumas pessoas para compor um novo lugar com uma nova lógica, como Antonia Maria Brandão Cipolla, Darci Neves Ribeiro, Mirsa Dellosi, Jairo Goldberg, Sandra Fischetti, Cleusa Ulanin e Nerse Repach<sup>25</sup>. Um pouco depois, Silvio Yasui completou a equipe, já que na época estava coordenando o Programa de Aprimoramento FUNDAP de psicólogos(as) no Juquery.

Na Divisão de Ambulatórios, após algumas discussões, foi realizado um concurso para psicólogos utilizando recursos das Ações Integradas de Saúde (AIS) da Previdência Social, para o qual se inscreveram 5.000 candidatas. Pitta pontua que os recursos para o concurso não eram adequados para esse fim, mas sim para a reforma de prédios: “*O que eu vou fazer com paredes, sem pessoas?*”, ela pergunta. Concomitante, foram chamadas outras pessoas, como Sônia Barros (Enfermagem - USP) e Toyoko Saeki (Enfermagem- USP/Ribeirão Preto). A equipe multiprofissional e interdisciplinar assumiu a tarefa de escrever a Cartilha de Saúde Mental, instrumento norteador para a implantação de serviços de base comunitária e territorial, definindo a partir disso, em 1983, a composição das equipes: 5 psicólogos, 3 psiquiatras, 3 assistentes sociais, 3 terapeutas ocupacionais. Em 1983 as equipes mínimas estavam montadas. Para a médica, a melhor qualificação possível para esses profissionais era a SCI, que construía o saber oportuno onde as práticas estavam acontecendo. Ao mesmo tempo, havia a necessidade de “*inventar meios de financiamento e formas de contratação desses profissionais*”, pois abria-se aí uma nova modalidade de prestação

---

<sup>25</sup>Eram profissionais que trabalhavam na Divisão de Ambulatórios, exceto Mirsa, que trabalhava no antigo Banco Banespa e era do CRP-SP.



de serviços. Pitta conta com orgulho que a principal característica da Divisão de Ambulatório era a *“coletivização e a democratização das decisões”*.

Ela busca apoio da Sociedade de Psicanálise, Psicodrama e do *Sedes Sapientae*, nas figuras de psicanalistas como Lígia Amaral, Hanna Segal e Mario Fuks e psicodramatistas como Antonio Carlos Cesarino e colaboradores. Sua ida à sociedade de psicanálise e ao *Sedes Sapientae* foi uma *“provocação”* na tentativa de *“sensibilizar”* profissionais para o trabalho de SCI, já que os recursos financeiros para contratações não estavam garantidos ainda. Os primeiros supervisores foram contratados por licitação, meses depois, já que era impossível nos serviços públicos a modalidade de contratação de pessoas para atuação intermitente (a cada 15 ou 30 dias). A discussão dos serviços de atendimento, daquela forma, mesmo com as dificuldades, é descrita por Ana Pitta como *“revolucionária e construtivista”* de falar e pensar o trabalho realizado por equipes com usuários, movimentando um *“saber oportuno”* para a atuação prática do cuidado em liberdade.

Pitta cita Antonia Cipolla como responsável pela expansão do projeto, agregadora de diversos profissionais de diferentes áreas, a ponto de haver entre 25 e 30 supervisores clínico-institucionais coordenados por ela. Os encontros entre Ana e esses supervisores eram periódicos, com o intuito de tornar as decisões sobre as políticas de saúde mental democráticas e coletivas, algo que ela considera fundamental na divisão de ambulatórios. Os coordenadores dos ambulatórios tinham reuniões mensais, realizadas com o auxílio de Antonia Cipolla, Mirsa Delloso, Jairo Goldberg e Cleusa Ulanin. Na Zona Norte da capital, Darci Neves cuidou de um projeto municipal de articulação de ambulatórios e UBSs, o Projeto Zona Norte, uma das primeiras experiências de organização de uma rede de assistência em saúde e saúde mental.

Ana comenta a importância da pesquisa sobre a SCI, lembrando a influência de Emilio Rodrigué e o fato de o manejo da supervisão ter a intencionalidade de produzir implicação, corroborando a potência de transformação no cotidiano das práticas *“contagando as pessoas que nele trabalhavam”*. Ele e os psicanalistas argentinos usavam o psicodrama para exercícios de supervisão, o que inspirou Ana: *“Não tínhamos tantos supervisores para todos os serviços e para todos que demandavam, que estavam trabalhando na rede básica. Nós criamos as supervisões públicas e vieram pessoas da psicanálise, que foi a grande sustentação para essa experiência”*. O desenvolvimento das ideias não acontecia de imediato. A Secretaria

de Saúde opera a partir da provocação dos atores implicados no processo de transformação. Os recursos não estavam sempre ao alcance, havia necessidade de permanente reivindicação para viabilizar a aposta nas políticas públicas alinhadas aos pressupostos do cuidado em liberdade. Ana diz que havia um compromisso sólido e regular para com a luta na implantação de uma Rede de Atenção Territorial e Comunitária Expandida.

Apesar de já ter citado tantos nomes de cabeça, quatro décadas depois, Pitta se incomoda por não lembrar o nome de uma pessoa que participou desse grupo na época. *“Lembra depois de Myrna Pia Favilli, psicanalista que fazia supervisões de casos para públicos de até 120 pessoas no auditório do Ambulatório Centro à rua Itapeva”*. Os ambulatórios foram se expandindo e chegaram, segundo ela, a 22 unidades, muitas advindas de reivindicações e demandas populares. Ela cita que o primeiro contato com Mirsa Dellosi se deu justamente na necessidade de implantação de um ambulatório de Saúde Mental no Jaçanã, onde se fechava um hospital psiquiátrico privado. Mirsa Dellosi trabalhava no Conselho Regional de Psicologia à época. Ela cita também a médica Luzemir Lago, que atendia no hospital psiquiátrico fechado e que teve uma postura de liderança no movimento reivindicatório, sendo a primeira coordenadora do ambulatório de Saúde Mental do Jaçanã.

O maior ambulatório público da capital, o Posto de Assistência Médica da Rua Prates (PAM Prates), no bairro da Luz em São Paulo foi sede de várias reuniões: *“Era o maior ambulatório público que drenava pacientes para redes de hospitais privados conveniados, o qual tinha como diretor clínico um dono de hospital, e aquele lugar servia para captar pacientes para preencher as vagas dos hospitais privados”*, explica. A primeira metade da década de 1980 foi marcada pelo retorno do regime democrático ao Brasil e, como parceiros na implementação de serviços de saúde mental, Ana Pitta e os profissionais dos ambulatórios exercitavam a democracia nos projetos de atendimento. O momento, como ela define, era *“extremamente rico”* e propício para as supervisões.

Ana fala de Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, da Comissão Teotônio Vilela. Militante dessa comissão, ele não aceitava a situação existente no manicômio judiciário, no Hospital do Juquery e em outros hospitais psiquiátricos. *“Ele me apoiou até determinado momento, porque, obviamente, a radicalidade necessária para se implantar uma Reforma Psiquiátrica, uma rede de serviços territoriais competentes requer muita coragem”*, relembra. Os números são impressionantes, consideradas as

dificuldades impostas pelo contexto da época. Foram implantadas 91 equipes de Atenção Básica em UBSs (formadas por psiquiatra, psicólogo e assistente social)<sup>26</sup>. Até então, alguns psiquiatras atendiam como fornecedores de guias de internação e receitas em centros de saúde.

Ela destaca um projeto de desmedicalização em ambulatórios e UBSs, com especial preocupação com o uso crônico de benzodiazepínicos e antiepilépticos – que ela classificava como “*moda*” nas unidades. Como ela pontua, a transformação era amparada por material teórico e técnico: “*Para sustentar essa nova prática, a supervisão clínico-institucional levava instrumentos técnicos, teóricos; líamos e distribuíamos alguns livros e textos*”. Membros como Jairo Goldberg trabalhavam e seguiam carreira acadêmica com mestrado e doutorado. Jonas Melman trabalhava com familiares de pacientes e transformou seu trabalho em dissertação de mestrado e posteriormente em livro<sup>27</sup>, esse bastante lido. Coincide ali também o surgimento das Associações de usuários e familiares Franco Basaglia, em São Paulo, e Franco Rotelli, em Santos, litoral paulista.

Ela não permaneceu na Divisão de Ambulatórios até o fim da gestão, por ter enfrentado “*dificuldades*”. Pitta participou da realização do primeiro Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1985, no Centro Convenções Rebouças, em São Paulo. “*Eu lembro que na ocasião, foi um momento intensamente tenso, questionando-se o poder, mas isso aconteceu também na Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental que a gente tomou de assalto, pois estava na moda, a democracia era uma coisa pulsátil, vigorosa e a gente queria realmente desestabilizar o poder ditatorial instituído*”. Mesmo com o pioneirismo, ela diz ter sentido um grande incômodo e falta de apoio para o segundo encontro de trabalhadores de Saúde Mental, não obtendo o suporte da Coordenação de Saúde Mental<sup>28</sup>. Faltando um ano e meio para concluir o

<sup>26</sup>Muitas dessas equipes em cidades médias se transformaram, nos anos noventa, em Ambulatórios de Saúde Mental e, nos anos 2000, em CAPS (DEVERA, 2005).

<sup>27</sup>Ver MELMAN, 2006.

<sup>28</sup>“Na verdade este segundo encontro foi organizado propositalmente sem apoio da CSM, por uma série de entidades como modo de afirmação de que era um movimento da sociedade civil e não do governo: ASSES - Associação dos Servidores da Secretaria de Saúde; Sindicato dos Assistentes Sociais de São Paulo; Sindicato dos Médicos de São Paulo; Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo; Centro de Estudos do Hospital Pinel; Instituto *Sedes Sapientiae*; Grupo de Fonoaudiólogos de São Paulo; Sociedade de Psicodrama de São Paulo; CUT - Central Única dos Trabalhadores; Associação Paulista de Fonoaudiologia; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Hospital das Clínicas da FMUSP; Grupo de Saúde Mental do PT; Conselho Regional de Assistentes Sociais de São Paulo; Núcleo de Trabalho e Estudos de Psiquiatria Institucional; Centro Comunitário de Saúde Mental de Parelheiros; Trabalhadores de Saúde Mental de Osasco; Instituto de Psicologia da PUC; Grupo de Supervisores dos Ambulatórios de Saúde Mental; Sindicato dos Psicólogos de São Paulo” (YASUI, 2010, p. 41).

mandato do governador Franco Montoro, ela deixou a divisão e foi substituída por um psiquiatra que queria transformar o casarão da rua Itapeva, sede da divisão de ambulatórios (que posteriormente seria sede do primeiro CAPS), em um serviço para atendimento de epiléticos. O mesmo casarão também foi cobiçado pelos engenheiros da secretaria para ser a divisão de obras – *“aquele casarão estava no metro quadrado mais caro de São Paulo, um casarão fantástico”*.

O casarão foi foco de um projeto que Ana desenvolveu a pedido de Marcos Ferraz. Mas, antes, ela nos leva para sua jornada como professora docente de saúde preventiva na Nicarágua e em Cuba. Na Nicarágua, extremamente pobre, ela viu a experiência de uma equipe coesa atuando em uma *“casinha singela”* que eles nomeavam como *Centro de Atención Psicosocial*. A pobreza estava na falta de itens básicos, como cadernos de anotações e café. Para o primeiro item Ana emprestou seu caderno para que as receitas e relatórios pudessem ser feitos, já que não havia papel. O segundo só podia ser feito depois que ela e o psiquiatra da equipe, a quem ela descreve como *“lunático”*, fossem colher grãos de café.

Digo a ela que é de Cerqueira o livro onde resgato o capítulo sobre Psiquiatria Social e os profissionais da saúde que trabalham nesse novo modelo – um texto que funciona como uma baliza. Pitta conta então uma história de encontros que inclui um dos nomes mais destacados da luta antimanicomial brasileira, a médica Nise da Silveira. Na residência médica no Rio de Janeiro, em Engenho de Dentro, Pitta conheceu o Museu do Inconsciente e foi convidada por Nise para trabalhar na Casa das Palmeiras. No meio daquele ano aconteceu o Congresso de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental, em Brasília, onde ela apresentaria uma exposição fotográfica, *“porque a Nise atraía para si muitos artistas”* – ela cita Maria Bethânia e Fauzi Arapp como colaboradores frequentes de Nise.

Na coordenação da mesa onde Pitta apresentou o trabalho fotográfico da Casa das Palmeiras estava Luís Cerqueira<sup>29</sup>, com quem ela desenvolveu uma amizade duradoura até o seu falecimento em 1984. Luís Cerqueira, figura emblemática da reforma psiquiátrica no Brasil, manteve uma postura crítica ao modelo hospitalocêntrico ao longo de sua vida, implementando propostas de serviços comunitários de base territorial. A proposta dela para um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) com o nome de Cerqueira foi formalizada e assinada por Marcos

---

<sup>29</sup>Seu trabalho pode ser acessado em Cerqueira, 1984.

Ferraz e João Yunes, já que o casarão – o belíssimo prédio no metro quadrado mais caro de São Paulo –, era motivo de disputas, conforme já destacamos. Para a equipe do Caps Pitta convocou Jairo Goldberg, Sandra Fischetti, Sandra Georgia e Silvia Pereira, além de uma auxiliar de enfermagem que havia ajudado com o patrimônio da divisão de ambulatórios, Nerce Repach. Além deles, Pitta chamou os “desgarrados”, afastados de seus cargos por contestarem o poder psiquiátrico e tentarem desenvolver mudanças em seus locais de trabalho, entre eles Jonas Melman, ex-coordenador do ambulatório de Saúde mental da Brasilândia, e Silvio Yasui, coordenador do aprimoramento FUNDAP do Juquery.

Após sua saída da Coordenação da Divisão de Ambulatórios, Ana atuou como Consultora de Saúde Mental na gestão de Domingos Sávio Nascimento Alves<sup>30</sup>. Posteriormente, quando passou à Coordenadora Nacional de Saúde Mental (1998/2000), elaborou um projeto de SCI para todo o país, mas não encontrou recursos financeiros para implantá-lo. Seguiu consultora na gestão de Pedro Gabriel Delgado (2000 - 2010), período em que o primeiro Edital Nacional para Supervisão Clínico-Institucional foi publicado. Nessa experiência, entre 2005 e 2011, foram publicados oito editais para SCI da Rede de Atenção Psicossocial. Em 2012 foi publicado um edital de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais.

Pitta relata que na Bahia, por exemplo, foi possível realizar a SCI nos 82 Caps existentes na época, tanto no interior quanto na capital. Nesse momento, ela estabelece um paralelo, comparando o período do início da publicação dos editais ministeriais e o período em que esteve na Coordenação de Saúde Mental do estado de São Paulo, onde foi possível a implantação da SCI em 22 ambulatórios do interior e da capital. Houve dificuldade para encontrar supervisores para cidades distantes como Registro, no sul do estado de São Paulo. Ela afirma ser a SCI, da forma ampla como se deu e se dá, uma iniciativa brasileira de inspiração argentina. Para ela, a reforma psiquiátrica brasileira é filiada à italiana, *“mas eu não tenho dúvidas de que a maior reforma psiquiátrica no mundo é a brasileira, que tem 2730 CAPS<sup>31</sup>. Não tem lugar nenhum que tenha isso. Os Estados Unidos tentaram fazer 2000 Centros de*

---

<sup>30</sup>Domingo Sávio atuou como Coordenador de Saúde Mental na área técnica do Ministério da Saúde na primeira metade da década de 90.

<sup>31</sup>Essa informação pode ser verificada em Brasil, 2020.

*Saúde e não chegaram lá*". Comenta que a tentativa norte-americana ocorreu numa época em que Robert Castel falava sobre modelos, possibilidades e avanços na sociedade psiquiátrica com intervenção e reformas possíveis.

Ana afirma a importância da SCI para a sustentação da nova prática, tendo em seu cerne a instrumentalização teórico e técnica. Em suas palavras, "*A supervisão não é um lugar pacífico, é um lugar de tensão. Pegar o pêndulo da política pública de saúde mental e puxar para a esquerda porque a inércia puxava a direita*". Diz ainda que "*a supervisão clínico-institucional que existe hoje, em sua magnitude, é nossa, é brasileira, sim há influência e formação argentina, mas é brasileira*". Como ela nos relata, e podemos identificar nos documentos do Ministério da Saúde, o psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado tem uma importante participação para a institucionalização da SCI. A seguir apresento seu relato ao trabalhar na definição do ofício de supervisor e nos processos dos editais, e ao apresentar os primeiros movimentos ocorridos no Rio de Janeiro.

### *2.1.2 Pedro Gabriel Godinho Delgado*

Pedro Gabriel Godinho Delgado possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1975). Fez residência e mestrado em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983) e doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (1992). Foi Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde de agosto de 2000 a dezembro de 2010 e presidente da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Em 2008 concluiu o pós-doutorado na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, da Universidade de Londres (2008). Em 2010, presidiu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. Atualmente, é professor associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro na Faculdade de Medicina e Instituto de Psiquiatria-IPUB. É vice-presidente do Capítulo brasileiro da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR). Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva e Medicina/Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental e atua nas áreas de Políticas Públicas de Saúde Mental, Psiquiatria, Saúde Mental, Desinstitucionalização, Políticas Públicas para Atenção em Álcool e outras Drogas, Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde. É autor do livro "As Razões da Tutela:

Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil”, lançado em 1992, a partir de sua tese de doutorado, entre outras publicações.

Pedro Gabriel relembra que, em meados de 1990, já era professor da UFRJ e foi convidado para ser supervisor do CAPS II Herbert de Souza, em Niterói, Rio de Janeiro. O Herbert Souza, antes de ser CAPS II, era, segundo ele, um tipo de serviço de atenção diária. Ele diz que começou a supervisão semanal e depois quinzenal, o que possibilitou que ele acompanhasse a transição do serviço ofertado no Hospital Estadual Jurujuba, na época em que foi transferido para o centro de Niterói, onde se constituiu como CAPS. *“A equipe era muito boa, tinha pessoas muito competentes, muito experientes, mas a gente trabalhava fundamentalmente a ideia de construção de um serviço territorial e trabalhava sempre em cima de casos clínicos. [...] era um pré CAPS, digamos assim. Tinha uns casos que eram muito difíceis, casos muito complexos e graves, casos de manejo muito intrincado [...], eu via a minha função como alguém que quase estava ali como suporte para a equipe. Algumas vezes, a gente saía da reunião de equipe de supervisão e ia diretamente conversar com o paciente, porque o paciente estava no serviço naquele momento. A gente não tinha muito uma configuração, um ritual muito preciso”*, discorre ele a respeito do cenário da ocasião.

Pedro explica que, depois dessa experiência, atuou como gestor estadual do Rio de Janeiro durante um ano (1999-2000) e então assumiu a coordenação nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde. Por volta de 1996 acompanhou a construção do CAPS Irajá e participou diretamente da construção do CAPS Pedro Pellegrino de Campo Grande e do CAPS Simão Bacamarte, em Santa Cruz, na região oeste, ambos no Rio de Janeiro. Ele relata que a experiência foi difícil e que, na época, era o mais experiente de todos ali. Naquele momento já se discutia a função de supervisor e havia formulações sobre qual deveria ser o papel do supervisor, mas ainda não se sabia como definir o que eram os CAPS: *“Eu diria que pra mim, foi uma experiência muito importante [...] Não existia uma política sobre o CAPS [...] ninguém sabia direito o que era. Tinha aquela Portaria 224, da época do Domingos Sávio. Ela nos servia de baliza”*, recorda. Acrescenta: *“não havia uma configuração clara sobre o serviço, nem financiamento federal efetivo”*.

Ele não era vinculado ao quadro de servidores municipais na época (nunca foiservidor municipal) e, na década de 1990, atuava como professor da faculdade de medicina da UFRJ, no departamento de psiquiatria, mas não era algo formalizado: *“Eu*

*não era um funcionário da prefeitura [...] Eu entrei na universidade tardiamente, em 1989. Nos anos 90, eu era professor da faculdade de medicina da UFRJ, professor do departamento de psiquiatria e isso certamente me servia, embora não fosse uma coisa formalizada. [...] mas não era um trabalho formal. [...] Não era um projeto de extensão. [...] A outra autorização extremamente importante era do Instituto Franco Basaglia. Ele foi criado no início dos anos 90 como instituto dos direitos dos usuários, e depois ele assumiu essa função de também ajudar na construção da rede”.*

Ele trabalhava em um contexto em que os serviços de saúde mental no Rio de Janeiro não estavam ainda definidos, padronizados, por isso a importância do material disponibilizado pelo instituto: *“O Instituto Franco Basaglia publicou um pequeno guia que foi chamado de Guia dos Serviços Alternativos em Saúde Mental no município do Rio de Janeiro. [...] O que eu quero dizer para você que talvez interesse é que, neste momento, não tínhamos uma configuração acabada do que seriam esses serviços territoriais. Aliás, não se falava muito na questão do território. Eu me lembro que nós trabalhamos muito o conceito de território no CAPS Pedro Pellegrino. Chegamos a produzir um estudo sobre o território - O que é o território em Campo Grande? - que foi um documento de trabalho do CAPS Pedro Pellegrino”.*

A supervisão entrou em sua prática quando Pedro se viu atendendo no CAPS Pedro Pellegrino e no CAPS Simão Bacamarte, um dia da semana para cada – única forma de encaixá-los em sua agenda e, mesmo assim, tendo que reduzir o tempo do Simão Bacamarte por já haver uma pessoa que assumia essa tarefa lá. No CAPS Pedro Pellegrino ele participou da implantação da equipe e, a princípio, seu papel ali seria temporário, mas se estendeu por cerca de dois anos. Ele classifica tanto a equipe quanto a experiência em si como *“muito boas”*, e relata que Erotildes Leal publicou um texto sobre sua experiência de supervisor deste Caps, nos anos posteriores<sup>32</sup>.

Ele fala sobre a situação em Campo Grande: *“[...] Era uma equipe de implantação do serviço [...] em Campo Grande, em uma área cedida pelo Ministério da Saúde, uma área do antigo Inamps, que tinha ambulatórios [...] casas alugadas [...] em uma praça do centro. A gente olhou aquela pracinha e pensamos ‘vai dar jogo’, mas nos reservaram um espaço muito pequeno. [...] Muito apertado [risos]. Mas a gente pensou ‘é muito apertado, mas tem a praça aqui na frente, então vamos nos virando’. Foi muito interessante. No dia que eu ficava lá, que era o meu dia, eu ficava*

---

<sup>32</sup>O texto pode ser acessado em Leal, 2008.



*o dia inteiro. Eu ficava montando e já começava a receber os usuários. Lá não existia ambulatório de psiquiatria, nesses ambulatórios todos, de várias especialidades, naquela praça de Campo Grande. Santa Cruz também não tinha. Mas existiam pacientes que frequentavam outros serviços, como clínica médica, que circulavam por ali. Isso fez parte da negociação que fizemos com o diretor naquele conjunto de ambulatórios. Aquele conjunto de ambulatórios era um PAM – Posto de Assistência Médica – do antigo Inamps[...] A negociação envolveu que assumíssemos imediatamente algumas situações de pacientes que frequentavam os ambulatórios clínicos e eram pacientes com transtorno mental, que davam um certo trabalho, que iam a outras clínicas. Gostamos daquela proposição de parceria, achamos que estava bem colocada, porque não tínhamos problemas em começar, mas eram pacientes meio difíceis porque não eram tratados em lugar nenhum e ficavam entrando e saindo do posto de saúde. Como foram nossos primeiros pacientes, nós fizemos muitas atividades territoriais, muitas reuniões, reuniões em igrejas, reuniões na própria praça, reunião com a associação de moradores para explicar o que é o CAPS. Isso foi algo muito produtivo e interessante. Naquela época, nós já chamávamos isso de construção do território”<sup>33</sup>.*

Pedro conta que essa experiência ocorreu entre 1996 e 1998, pois em 1999 ele saiu da função de supervisão para ser Coordenador de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Ele destaca que, justamente neste período, entre 1996 e 1998, ocorreu o I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, com o tema Paradigmas da Atenção Psicossocial. “O Congresso, organizado pelo Instituto Franco Basaglia, Hospital Philippe Pinel e Instituto de Psiquiatria da UFRJ, reuniu mais de 800 trabalhadores da saúde mental, do Rio e de outros estados, e gerou a publicação, em 1997, do livro de anais “Paradigmas da Atenção Psicossocial”<sup>34</sup>, acrescenta Pedro. “O tema da supervisão dos serviços territoriais estava presente no debate desse Congresso”. Nesse período de três ou quatro anos, ele vivenciou uma mudança de cenário com a eleição, quando Benedita da Silva, do Partido dos Trabalhadores, assumiu como vice-governadora de Anthony Garotinho, na ocasião do Partido Democrático Trabalhista. Havia otimismo, uma expectativa positiva, mas, segundo relata, a realidade mostrou que não era bem isso: “Não digo que foi um erro, porque não se trata de erro, as coisas vão se construindo. Aqui no Rio de Janeiro, nunca tinha

---

<sup>33</sup>A experiência contada por Pedro pode ser lida também em Delgado, 1999.

<sup>34</sup>É possível acessar a publicação em Venancio, 1997.

*existido um governo estadual de esquerda. Era sempre o pessoal do Chagas Freitas, do MDB Chaguista, ultrafisiológicos, ou o pessoal da direita, Moreira Franco etc. O fato de ter entrado um prefeito de uma cidade do interior como governador, o Garotinho, tendo como vice a Bené, a Benedita da Silva, despertou um certo entusiasmo e eu fui convidado a assumir a coordenação de saúde mental e aceitei. Eu não tinha ideia de que assumiria uma função de gestão. Eu estava muito feliz dando aula na Faculdade de Medicina, feliz no sentido de que aquilo era um desafio – o ensino de graduação e o desafio de construir a Rede através do trabalho do IFB. Mas quando ocorreu essa circunstância, isso construiu a possibilidade de eu ser coordenador e acabei me tornando gestor de saúde mental, porque fui convidado também em razão de ligações políticas de esquerda. O secretário de saúde não era do PT, era do PDT, era o Gilson Cantarino. A vice-governadora era do PT e eu fui convidado pelo grupo da saúde do PT, porque eu participava da formulação de programas de saúde mental. Bené tinha sido candidata a prefeita um pouco antes e nós participamos da elaboração do programa de saúde mental para um município”.*

Ele pensava em realizar uma tarefa estratégica como Coordenador de Saúde Mental do Estado, relacionada à sustentação, formulação e enfrentamento dos serviços de saúde mental. A formulação a cada momento, coletivamente, e o enfrentamento dos desafios específicos eram completamente diferentes. O Rio de Janeiro era um local com presença forte de hospitais psiquiátricos e uma cultura de que esses dispositivos eram a melhor solução para usuários em crise. Em 2001 houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental e foi aprovada a Lei 10.216, grandes marcos da reforma psiquiátrica brasileira. Pedro estava na coordenação nacional desde 2000 e, nesse cenário, lhe pergunto como ocorreu o processo que culminou na definição do ofício de supervisão e nos editais de contratação de SCI, em 2005. Como ele participou? Como o Ministério da Saúde foi se apropriando e configurando a SCI? Como ocorreu a construção das diretrizes, os documentos, como foi esse processo de implementar, de oficializar a SCI como política pública?

Ele explica que o I Congresso Brasileiro de CAPS, que ocorreu em 2004 em São Paulo, foi um momento-chave para essa construção da SCI como política pública, mas não se lembra se o relatório de gestão 2003-2006 já apontava nesse sentido: *“Esse congresso foi, em termos de ações que eu coordenei, em termos de atividades de debate coletivo, foi pra mim, o que teve melhor rendimento, participação, apesar de problemas logísticos, mas estávamos em uma conjuntura governamental muito*

*boa. [...] Tudo ajudava. Nós incluímos o tema de um [...] grupo de trabalho sobre SCI, que foi uma das coisas mais importantes do Congresso de CAPS, que era destinada a responder isso que você está perguntando... vai ser uma política? Vai fazer parte da política? O que sustenta? Qual a direção estratégica? O que queremos com isso? Como definir? Eu me lembro que em nossa equipe do Ministério nós tínhamos discutido previamente um dispositivo estratégico, que é o dispositivo da escola, da Escola de Supervisores. A palavra escola é muito danada porque ela é apropriada por muita gente. Ela é muito apropriada, por exemplo, pelo pessoal da psicanálise porque na psicanálise existe escola. Mas existe escola dentro de tudo aquilo que o Bourdieu chama de campo de força, que é o campo de força de afirmação de conhecimento, do predomínio, de modelo etc. Existe escola desde a antiguidade. A palavra escola, tínhamos pensado a palavra escola, ela surgiu lá também e eu gostei de ter saído a designação de Escola de Supervisores. Claro que é um nome pedante [risos], mas eu acho que ele faz referência ao sentido clássico, que é algo que é uma construção, um processo. Estamos instaurando um processo e a Escola de Supervisores passou a ser uma certa linha de ação. Não foi uma proposta que se possa dizer que foi muito bem-sucedida, no sentido de sua implantação em vários lugares. [...] No período que eu fiquei na gestão [...] foi muito bom até as crises políticas, que a mais grave começou no final de 2004, 2005, mensalão etc. [...].*

A continuidade do trabalho foi seriamente afetada pelas crises políticas citadas por Pedro. O Ministério da Saúde passou por mudanças relacionadas ao partido que o comandava, com a saída do PT e a entrada do MDB, segundo ele, em 2006. Isso trouxe uma mudança de linha política muito intensa e “a área de saúde mental foi afetada”. Ele segue descrevendo como a figura do ministro da saúde da época alterou o trabalho na pasta: “Embora quem tenha entrado tenha sido uma pessoa da saúde pública, de Minas Gerais, um profissional da saúde pública, que era um deputado federal, que foi secretário de saúde de Montes Claros. Digamos que ele é um aliado do SUS, um militante do SUS, mas era um deputado do MDB, que logicamente trouxe novos dirigentes. Algumas medidas de gestão que estavam em andamento (como os Centros de Convivência e Cultura, por exemplo), foram suspensas. Mas a política de saúde mental seguiu seu curso.

Concordo com ele em relação a esses obstáculos do processo de gestão. Compartilho minha experiência, já que também trabalho como supervisora clínico-institucional de uma equipe em um Centro de Convivência (CECCO) no interior de

São Paulo. Relatei que acredito que o CECCO é crucial para a atenção do território, para o CAPS não ficar encapsulado. Pedro diz, sobre o CECCO, que *“era um serviço, naquele momento, em 2005, sobre o qual já tínhamos avançado tanto, que era o momento de dar esse salto, no sentido de transformar o Centro de Convivência em uma experiência que não fosse só de Campinas, Belo Horizonte e de São Paulo capital. Fizemos um seminário, uma oficina em Belo Horizonte, e isso tem muito a ver com a ideia de supervisão clínico institucional. As razões são sempre práticas e políticas. Em São Paulo nunca foi fácil, em São Paulo depende muito de quem está no governo. Em Campinas também tinha toda aquela tensão no processo de cogestão, no diálogo com o modelo do Cândido Ferreira. Já estou te respondendo porque foi em Belo Horizonte e não em Campinas. Porque lá não se tinha uma imposição de um modelo de Centro de Convivência. Foi uma oficina maravilhosa. De trabalho, acho que foi um dia só, um dia ou dois. Foi dessa oficina que surgiu o subsídio para fazer a Portaria<sup>35</sup> que institui a política de Centros de Convivência e Cultura. Eu não sei se já se chamava Centros de Convivência e Cultura, depois nós passamos a adotar esse nome. Recentemente, há uns 2 ou 3 anos, uma pessoa que acabou de terminar o doutorado, fez um estudo sobre Centro de Convivência e fez uma entrevista comigo na qual ela partia desta Portaria como sendo uma espécie de início do esforço de construir o Centro de Convivência como uma política de âmbito nacional. Ela foi simplesmente revogada. Eu sei exatamente quem revogou, mas não interessa quem trabalhou para revogar, mas foi justamente esse perfil meio autoritário e burocrático que existia na gestão do SUS. Como não se sabia o que era Centro de Convivência, não havia ainda uma definição normativa, pois era um dispositivo que constituía uma inovação, a portaria acabou sendo revogada nesse momento de transição política do Ministério. Era um dispositivo novo, mas que tinha passado pelo conselho nacional, estava validado, ninguém foi contra. Isso foi quando entrou nessa gestão. Por que eu estou fazendo essa digressão? Para dizer que a Escola de Supervisores, oriunda de 2004, embora tenha sido objeto de 6 editais enquanto fui coordenador, depois deixou de ser prioridade”.*

Nesta mesma linha, para Ana Pitta, *“a supervisão-clínico institucional não é um lugar de todos concordarem, um lugar pacífico”*, e quem a ajudou nesse período a pensar o trabalho foi *“talvez o mais questionador dos supervisores”*, Antonio Lancetti,

---

<sup>35</sup>Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005.

que utilizava técnicas psicodramáticas e sociodramáticas para lidar com as tensões durante suas supervisões. Essa tensão e cobrança desaguaram em uma saudade e carinho imensos, segundo ela. Sua definição é muito interessante: *“O que ele fazia era pegar o pêndulo da Política Pública de Saúde Mental e puxar à esquerda porque a inércia puxava à direita”*. Com essa postura, Antonio Lancetti a provocou a ser mais corajosa do que ela dizia que poderia ser, caso apenas seguisse prescrições oficiais. Ana discorre sobre como as ações no CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira eram éticas, políticas e estéticas. Ela recorda que atuou como primeira supervisora clínica-institucional, mas que, por estar envolvida em outros aspectos do trabalho, não deveria ser a supervisora externa disposta a escutar as demandas da equipe. Vários supervisores externos assumiram posteriormente essa função. Isso porque a ideia do grupo era de trazer pessoas de fora, *“um elemento externo”*, para ir até o Caps, partindo de sua concepção do que deveria ser a SCI: *“Sempre defendi que fosse alguém externo, se possível eleito pela equipe, reconhecido pela equipe, como alguém que possa dar conta das angústias e do trabalho interno”*.

Retornando para a entrevista com Pedro Gabriel Delgado, comentamos o quão é interessante a construção do conceito de cuidado em liberdade, do território e da Rede no processo de constituição da SCI. Refletindo sobre a narrativa que ele vinha construindo, identificamos, Pedro e eu, um viés apontando para o fato de que, embora a supervisão seja nomeada como “clínico-institucional”, isso diga de determinados compromissos e parâmetros, não se referindo a qualquer tipo de supervisão.

Ele pontua algo interessante, sobre eu estar dizendo algo que não é consenso sobre a SCI e sobre concordar comigo nesse sentido. Pedro então discorre sobre a existência de modos de concepção da supervisão que não são os de um serviço aberto em território, substituto do centrado em hospitais e voltados para o cuidado em liberdade, com cultura, cotidiano, dia a dia incorporados. Na década de 1990 o conceito de supervisão mais tradicional já existia, segundo ele: *“Já existia nessa época, nos anos 90, o conceito de supervisão como ele é tradicionalmente concebido pela prática clínica da psicanálise, da psicologia. [...] da própria psiquiatria. Existia um outro conceito de supervisão que é o conceito da enfermagem. Algumas vezes, a gente teve que dialogar com esse conceito da enfermagem, que trabalha com um instrumento de trabalho chamado supervisão, que é o monitoramento, a orientação, mais pontual, mais direta. [...] Por que eu estou lembrando disso? Porque esse diálogo existiu. Quando se falava em supervisão, se pensava que tinha que ser assim ou*

*assado. Aí existia um modelo de supervisão estritamente clínico, que é um modelo que existe ainda. [...] Restrito ao caso clínico, de certa maneira desterritorializado”.*

Para Pedro, ao fazer o que ele chama de “*recuperação histórica*”, no período citado acima, a SCI não era discutida como uma questão central, “*algo decisivo*”: “*Precisávamos deste componente territorial criado de fato. Aqui [Rio de Janeiro] usamos muito ‘serviço alternativo’ durante um tempo. Essa palavra ‘substitutivo’ ganhou mais força e mais contorno depois, uns 10 anos depois. O trabalho em Niterói se chamava supervisão e eu era o supervisor. [...] Ponto. Não era clínico-institucional, era supervisor. [...] Para fechar essa parte da ideia da supervisão, de como ela entra no meu histórico profissional e de militância também [...] eu fazia porque achava que tínhamos que criar esses serviços*”. Ele relata que no Guia de Serviços Alternativos ainda não existiam os serviços de todas as regiões do Rio de Janeiro, como por exemplo na Zona Oeste. O material contemplava um mapeamento pela Zona Sul e a chamada Zona Norte do município, onde existem serviços da UERJ e o “serviço-dia”<sup>36</sup> Casa do Engenho, no Engenho de Dentro, hoje o Nise da Silveira.

Ele então conclui que, naquela época, a implantação realizada já era um trabalho de SCI, o qual ele coordenava junto à equipe, mantendo uma ideia de supervisor como aquela “*figura de sujeito ativo, ativo na sustentação de um serviço no território*”. Ele acredita que a supervisão então realizada seria uma sustentação do campo reflexivo para a equipe fazer a construção. “*Por exemplo, naquela região, a gente tinha a presença forte [...] do hospital psiquiátrico de Itaguaí [...] era uma clínica pequena porque aqui no Rio tinha muito hospital psiquiátrico e enfrentava a pressão direta dos hospitais psiquiátricos como um caminho mais fácil para as crises. A questão das crises era um desafio para os novos serviços. Eu já tinha formulado, mas não sei se tinha escrito, eu não escrevia muito, mas a ideia de que uma função, que não era estritamente a supervisão clínica, mas que não era uma função da gestão, mas era uma função conexa à condução política institucional do serviço, que era a supervisão, ela se tornava necessária. Essa concepção eu já tinha. Eu já tinha também um diálogo em relação a esse modelo de supervisão estritamente clínico, pelo fato de ser limitado e pouco efetivo para o funcionamento no serviço territorial*”, recorda. Pedro Gabriel então pontua que há uma característica na supervisão que ele

---

<sup>36</sup>Embora funcionasse em área hospitalar, o termo “Serviço Dia” foi eleito em detrimento do termo “Hospital Dia”, justamente como contraponto e recurso ao modelo manicomial.

considera imprescindível: *“Eu sempre achei que a supervisão tinha que ser clínica para discutir caso ou ela não é supervisão. Tinha muito modelo, eu vi isso quando eu fui gestor nacional, esses modelos pedagógicos de supervisão, estritamente pedagógicas, uma supervisão pensando muito na educação em saúde. Eu achava que tinha que partir da situação clínica mesmo e abrir para as questões institucionais e territoriais etc. [...] a partir do cuidado, totalmente a partir do cuidado”*.

Em sua perspectiva, há um modelo de educação mais rígido, por ser de formação permanente – clínico e psicanalítico –, o qual se aproxima da supervisão como a enfermagem a compreende, como uma ação de checagem, verificação e certificação de que as ações foram realizadas corretamente, para auxiliar a gestão. Na cidade do Rio de Janeiro, algum tempo depois, veio a ser constituído certo modelo de *“supervisores de territórios”* que ele não pôde acompanhar pois tinha ido para a Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde, em agosto dos anos 2000. Sobre esse modelo de supervisor no território, ele afirma que viu essa figura se transformar em algo mais próximo da gestão, a partir de algumas conversas nas quais se inseriu. Eu o questiono se esse modelo de supervisão não seria o que foi denominado de apoio institucional em Campinas – São Paulo, e ele concorda, mas diz que no interior paulista ocorria uma ligação administrativa mais clara, além de existir um supervisor do próprio serviço: *“Acho que tem essas configurações colocadas aí. Acho que em síntese eu respondi a tua questão”*. O tema da SCI é *“um tema intrínseco [...] ao processo de reforma, ao processo de construção de serviços territoriais, de serviços comunitários”*.

Para Pedro, a Escola de Supervisores poderia ter interferido mais na construção e consolidação do modelo de supervisão, porém acabou enfrentando o que ele chama de *“vicissitudes da gestão”*. Afirma que por isso usou o exemplo e que, quando deixou o cargo no ministério (o ministro era José Gomes Temporão do PMDB), tinha *“uma compreensão muito clara do processo da reforma psiquiátrica”*. Ele segue falando sobre gestão e como as Escolas de Supervisores avançaram menos do que gostariam, não por recuo da gestão, mas por adversidades: *“Esse nome [Escola] não passa bem na burocracia do SUS. [...] Havia uma resistência ao nome supervisão que eu encontrava entre os colegas da gestão do SUS. Por que supervisão? Por que supervisor? Eu encontrei isso desde a época em que eu trabalhava também dentro da UFRJ, quando instituímos, no Hospital Universitário do Fundão, a supervisão para as interconsultas, isto é, para o atendimento dos pacientes internados no Hospital*

*Geral. Supervisão é algo normal em um hospital de ensino, é rotina, porém gerava desconforto. Se perguntavam por que tinha que haver uma supervisão específica da saúde mental. No entanto, todas as especialidades davam supervisão aos seus alunos. Podiam dar outro nome, mas davam. Isso para dizer que o termo supervisor, supervisão, não eram bem acolhidos”.*

Pergunto como é sua leitura sobre essa dificuldade e essa intolerância com o nome, e ele já responde dizendo que sua “hipótese não passa pela questão da palavra propriamente, eu não sei dizer o porquê da palavra supervisão causar esse efeito”. Ele se alonga ao discorrer do ponto de vista do gestor: “As inovações que a saúde mental trazia nem sempre eram bem recebidas, no sentido de que fugiam um pouco do que se construía usualmente nos atos normativos da gestão. Eu acho que supervisão, a ideia de Escola de Supervisores, até porque o nome “Escola” é mesmo pedante [risos], não foi muito bem acolhida pela gestão, exceto a saúde mental. Recordo um colega, Eduardo Passos, professor da UFF e ajudou muito na época, dizendo ‘vamos deixar esse nome (Escola) e depois a gente ‘equivoca’ o nome, a gente mostra que não é uma escola, magister dixit (a fala do mestre), é o processo’. Isto é: trata-se de um processo de transmissão, é um processo permanente de transmissão, que vai dar sustentabilidade aos serviços e ao novo modelo”. De acordo com Pedro, a Escola de Supervisores não avançou tanto devido às dificuldades de gestão, já que nem sempre o que é posto como prioridade é implantado. Ele também cita a complexidade e tamanho do país como fatores que contribuíram para esse cenário. “Estávamos enfrentando coisas mais graves, outras situações, como, por exemplo, desinstitucionalização, álcool e drogas, depois em 2008 e 2009 começou a crise política do crack e todas essas coisas foram tomando, atravessando e você vai tendo que construir prioridades”.

Ele retoma o tema da palavra “supervisão” como problema, inclusive apontando algo que é bastante delicado, a confusão entre “gestão” e “supervisão”: “Eu não tenho uma hipótese para te dizer por que eles não gostam da palavra supervisão. A gestão geral do SUS, mas pode ser até que essa minha impressão pode ser enviesada, que não tenha sido bem assim, mas eu já ouvi isso em vários lugares: ‘Por que que tem que ter supervisor?’. Depois, quando o gestor assume a supervisão, às vezes ele toma a supervisão como uma extensão da gestão, como aconteceu aqui no Rio e eu também encontrei em alguns estados, onde as pessoas eram nomeadas supervisores por conta dos editais e que não tinham ou a experiência ou a capacidade de



*transmissão para cumprir essa função. Não é uma função para um recém-formado assumir. [...], Mas tinham muitos recém-formados nomeados como supervisores, experiências pontuais. [...] Pensa em uma pessoa que é nomeada como supervisor clínico institucional com uma pequena bagagem de experiência, ela vai executar apenas a tarefa normativa, apenas a tarefa da gestão. Mas isso faz parte do processo. Por isso que tinha a ideia de Escola de Supervisor. Quem é o supervisor, como deve ser”.*

Pedro conta que na Bahia ocorreu uma experiência positiva com supervisores e me questiona sobre isso, sobre eu ter encontrado material a respeito desse trabalho no estado, mas eu não havia encontrado nada até então – encontrei um bom material referente ao Maranhão e ao Rio Grande do Sul. Ele me indica um nome para pesquisar: Tarcísio Andrade, *“que escreve sobre álcool e drogas. Ele conduzia a Escola de Supervisores da Bahia. Cada um fazia com um formato próprio. O da Bahia foi muito boa enquanto durou”*, diz. E completa informando que Ana Pitta participava desse trabalho. Interessa-me compreender como foi o processo de construção dos editais, em que a SCI é encomendada como uma função. Peço então a Pedro que me conte sobre o momento da escrita do edital, de descrever as tarefas associadas ao ofício da SCI. Aqui deixo seu extenso relato, pois o considero excelente “cronista” e seu começo, meio e fim são essenciais para a compreensão do contexto e da atmosfera vivenciadas:

*“Considere a turbulência em 2006, 2007. Você está perguntando o que essa encomenda significava. A partir de 2004, nós seguimos discutindo. De que maneira a gente construía a gestão? Tínhamos uma equipe, que não era uma equipe grande. A nossa equipe tinha menos de 20 pessoas e algumas muito jovens que a gente conseguia recrutar. Não tínhamos uma equipe de 50 pessoas, como foi possível depois do governo Dilma. Nós tínhamos uma equipe pequena, mas tinha mecanismos sistemáticos de interlocução coletiva. Não eram reuniões de perder tempo, eram reuniões para tarefas específicas. Na supervisão, por exemplo, a reunião de colegiado (Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde), conseguíamos fazer duas por ano, só duas. Nem todo ano conseguíamos fazer duas. Ela também discutia e ia construindo essas linhas de ação, que são as linhas de implantação da política. A supervisão clínico-institucional foi vista pelo Colegiado Nacional<sup>37</sup> como um*

---

<sup>37</sup>Portaria nº 3.796, de 6 de dezembro de 2010. Com a participação de coordenadores de saúde mental estaduais e municipais, de municípios com 300 mil habitantes ou mais.

*instrumento, como um dispositivo estratégico decisivo e importante, como absoluto consenso. Portanto, era importante fazer uma encomenda clara, que competia algumas coisas para esse supervisor clínico-institucional, que era uma tarefa que tinha atribuições que precisavam ser definidas claramente. Era uma tarefa e essa tarefa tinha atribuições. Sem colocar em ordem hierárquica, essa tarefa consistia em: primeiro um trabalho com o coletivo de trabalhadores do CAPS – acolhimento, de manutenção da integração da equipe, de facilitação do diálogo da equipe, quase como se fosse uma coisa de um certo gestor, no sentido de gestor das relações da equipe”.*

*Aqui o interrompo para perguntar sobre a palavra “gestor”. É na função de gestar, no sentido de gestação? “Isso, das relações da equipe, de manutenção em relação às crises da equipe. O que se espera de um supervisor? Eu sempre achei que isso era decisivo para o supervisor, porque as equipes estão frequentemente em conflito, os casos são muito difíceis. Esse nosso campo da saúde mental é sempre muito cheio de controvérsias. A tarefa da supervisão é manter uma certa unidade da equipe, mas uma unidade criativa, uma unidade que respeite a diversidade. A segunda tarefa é que ele tinha que lidar competentemente com os desafios clínicos colocados. Ele tinha que ter uma competência estabelecida e acreditada pela equipe, tinha que ter uma certa legitimidade. A competência era construída na legitimidade com a equipe. Também achávamos que a forma, para essa função, de definir essa competência, era ela se afirmar com a equipe, menos do que com os critérios de títulos acadêmicos ou profissionais. Mas para se afirmar com a equipe, ela se afirmaria ancorada em uma competência técnica, na tradição do conhecimento, porque as equipes eram formadas assim. Eu sempre tive um orgulho muito grande de ser gestor no campo da saúde mental porque as equipes eram muito exigentes em termos da construção do conceito, do argumento, da sustentação da sua prática, da ética, da ética da intervenção. O supervisor tinha que saber dialogar com a equipe, ser legitimado pela equipe, por uma competência que vinha do saber oriundo das tradições do saber do nosso campo e oriundo da capacidade de manejar situações complexas. Terceiro ponto – ele tinha que ser capaz de direcionar, para o que nós chamamos de atenção psicossocial, a situação clínica, que é território, cultura, cotidiano etc. Se ele fosse ‘clínico’, se ele tivesse um reducionismo clínico, ele não cumpriria bem essa função. [...] Ele não faria muito essa função. Sabíamos disso pela experiência. Até hoje, se você tem uma*

---

*supervisão reducionista clínica, os pacientes não ficam nos serviços, os pacientes são encaminhados. [...] Esse terceiro ponto é extremamente importante. Tinha que ser psicossocial, um modelo psicossocial. Sendo essas 3 coisas aí, ele cumpriria essa função. Vamos colocar uma quarta função. Com tudo isso, ele deveria ser aquela pessoa que, nos serviços, deveria assegurar a sustentabilidade da política de saúde mental, da política de atenção psicossocial. Ele não podia ser uma pessoa que não fosse da política de atenção psicossocial. Na seleção e no recrutamento dos supervisores, isso tinha que ser levado em conta. Não há aqui um consenso, mas considero decisiva esta vinculação ao campo da atenção psicossocial. Porque há supervisores que não são do campo da saúde pública, porém podem estar comprometidos e alinhados com os princípios do SUS e da atenção psicossocial. Os supervisores iam ajudar a assegurar a sustentabilidade da atenção psicossocial, o futuro da atenção psicossocial.*

Digo a Pedro que o primeiro item me remete à conceitos como autoanálise e autogestão, do campo da Análise Institucional, e, quando ele diz que tem que ser alguém legitimado pela equipe, eu fico pensando na questão da análise da oferta que precede a análise da demanda. Para mim, o supervisor clínico-institucional deveria ser alguém com recursos teóricos, conceituais e técnicos, mas também ter um compromisso ético-político com os parâmetros da atenção psicossocial e não comprometido com uma lógica manicomial. Ele complementa que também não poderia ser alguém que trabalhasse “*com uma lógica de clínica privada, mesmo que fosse uma clínica de consultório, porque isso também não sustentaria a demanda*”. Conta ainda que, quando foi ao Ministério da Saúde para atuar na coordenação, em 2000, já sabia que desejavam um certo modelo lá, que é o dos supervisores, mas com essa palavra sendo usada de modo genérico: “*As pessoas que vinham enviadas pelo Ministério da Saúde - isso desde os governos conservadores também - para ir principalmente para os estados do Nordeste, do Norte para dar palestras, orientações, etc., tinham muito essa ideia. A partir disso, eu incorporaria aí um outro elemento que eu tenho certeza de que foi das nossas preocupações porque fizemos essa reflexão. Não nos interessava fazer com que o supervisor clínico institucional fosse um grande mestre, que seguisse o modelo do mestre, ou fosse um grande especialista, que viesse, que reproduzisse a inequidade regional do país*”.

Intervenho dizendo que, se fosse assim, o supervisor teria uma atuação muito semelhante à função de jesuíta. Ele concorda e diz que isso de fato acontecia, quando

o ideal seria que a Escola de Supervisores oferecesse uma formação descentralizadora e sensível ao loco-regional: *“É claro que é muito importante que uma pessoa vá em um determinado lugar, faça uma palestra, faça uma supervisão, uma orientação, mas o modelo da Escola de Supervisores era um modelo que formaria supervisores ligados ao contexto sociocultural regional. Não é local, é regional. Isso era uma ideia mesmo. Tínhamos a ambição da Escola de Supervisores ser cada vez mais regionalizada, cada vez mais descentralizada, cada vez mais local, cada vez mais vinculada com a cultura local. Porque isso é a ideia de formação mesmo. Por exemplo, um supervisor no contexto amazônico, com os ribeirinhos, com os indígenas, o ideal é que ele fosse se formando ali, mas é claro que ele teria que cumprir as outras 3 exigências anteriores, mas que fosse indo para as outras regiões do país. A ideia da Escola de Supervisores é formar supervisores oriundos da cultura local regional, formar mesmo novos supervisores”*.

### 2.1.3 Sandra Fagundes

Sandra Fagundes é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1980). Em 1982 concluiu Residência em Saúde Comunitária no Centro de Saúde Escola Murialdo, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Atua na Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva, com trabalho e pesquisa dedicados aos temas: Políticas Públicas de Saúde, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Gestão do Cuidado, Saúde Mental Coletiva, Reforma Psiquiátrica, Educação Permanente, Pedagogia da Implicação, Integralidade e Constituição de redes de Atenção à Saúde. Em 2006 concluiu o mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No campo da gestão pública atuou como Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em 2014, e diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU) do Ministério da Saúde, em 2015. Atualmente é professora convidada da *Maestría en Salud Mental da Universidad Nacional de Córdoba*, na Argentina, e da Residência Integrada de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Na área clínica é psicoterapeuta e psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA). É também conselheira do Conselho Consultivo da Fundação Perseu Abramo desde 2016.

Sandra cita Pedro Gabriel quando se refere aos avanços históricos da Política Pública de Saúde Mental. Ela enfatiza a oferta da SCI e o financiamento desta prática como eixo fundamental para a consolidação dos serviços comunitários territoriais. Para ela, enquanto coordenador Nacional de Saúde Mental, Pedro Gabriel é “*quem implanta a SCI como parte da política pública através de editais com financiamento federal*”. Depois, Roberto Tykanori Kinoshita na coordenação Nacional de Saúde Mental, substituiu a SCI pelo intercâmbio entre os CAPS, nomeado de *Percurso Formativos, experiência referida por alguns profissionais como marcante e decisiva para a suas práticas*”. Sandra afirma que se trata de outra oferta à disposição, mas que não substitui a SCI, sendo complementares e potentes para a aprendizagem.

Ao assumir a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em 2014, ela trabalhou o cofinanciamento do SUS pelo estado, incluindo o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Trabalhou na inclusão da saúde mental na atenção básica como dispositivo para os municípios de menor porte, visto que eles reivindicavam essas ações nas conferências de saúde e de saúde mental. Dessa forma, criou-se projetos de oficinas terapêuticas na Atenção Básica (AB) em Saúde Mental, onde o trabalho dosicineiros ocorria na lógica da integralidade, não sendo necessariamente profissionais da saúde mental, mas de arte, educação física, entre outros. Assim se implementavam os Núcleos de apoio à Atenção Básica (NAAB) em Saúde Mental.

O cofinanciamento incluía os custos efetivos dos CAPS, a supervisão, os leitos em Hospital Geral, equipes de redutores de danos, dentre outros recursos citados no livro de Sandra<sup>38</sup>. Dessa forma, ela passa a incluir o financiamento dos CAPS dividido entre Estado, Município e União. Os leitos em Hospitais Gerais tiveram um desdobramento inverso: o Estado já financiava antes da gestão, que participava e manteve essa proposta, sendo que depois o ministério ampliou os recursos para leitos nos HG. No Brasil se constituíram Escolas de Supervisores, abrangendo a diversidade de arranjos de implementação da SCI, para sistematização dos modos de fazer e de ensino. A SCI veio contribuir com esse processo a partir de meados dos anos 2000. Foram as experiências iniciais dos municípios que fomentaram a política, o instituinte precede o instituído. Sandra enfatiza que a política se cria a partir de processos instituintes municipais.

---

<sup>38</sup>Para maiores informações sobre o tema do cofinanciamento ver Fagundes *et al.*, 2014.

Ela descreve o início de sua formação através de sua função como membro da Atenção Primária na cidade de Porto Alegre, no bairro Paternon, a qual tinha por objetivo implementar a Saúde Mental na Atenção Primária, na década de 1970. Dentre os membros da equipe estavam médicos, enfermeiros, estagiários e residentes de formações multidisciplinares da própria Saúde Mental. Eram equipes que delimitavam seu território junto às comunidades, nos morros e vilas, recebendo supervisão de especialistas, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, pediatras, ginecologistas e veterinários. Sandra também conta que a supervisão tinha o objetivo de discutir situações individuais, familiares e comunitárias. O prontuário elaborado pelos membros da equipe tinha como objetivo o olhar comunitário, sobre a família, e o diferencial dessa forma de elaboração, ela relata, era que os prontuários ficavam com as famílias, não com o serviço.

Ela foi coordenadora da Política de Saúde Mental do Rio Grande do Sul (1987/1991) e desenvolveu uma política de educação permanente, com a criação de serviços garantindo a SCI às equipes. O objetivo, no período em que esteve na coordenação, era trabalhar na lógica da liberdade, proporcionando a desinstitucionalização de pacientes “*cronificados*” nos manicômios. Ela descreve suas memórias sobre o manicômio através do cheiro que o local exalava, a intransitabilidades do banheiro, a inexistência de privacidade, a má qualidade da comida, a impossibilidade de se escolher o que comer e a inexistência de um espaço de convivência. Dessa maneira, os novos serviços se propunham a construir outros registros, histórias e memórias.

Sandra avalia que no cenário atual a *“revogação da portaria já está acontecendo de fato no cotidiano dos serviços, mas ainda têm profissionais que estão lutando para manter um cuidado”*. Ela enfatiza que outra fragilidade do CAPS atualmente é que *alguns profissionais [...] não têm noção do que é uma pessoa psicótica [...] ninguém atende um psicótico na sua integralidade apenas dentro de um consultório, um psicótico transborda um consultório*. Ocorre que, no consultório, sozinho, o trabalhador não encontrará recursos para criar projetos de convivência. Nesse sentido, o Caps perde sua função de continência e acolhimento.

De acordo com ela, as primeiras supervisões se fundamentaram na lógica de incluir e horizontalizar as relações de cuidado nos CAPS, para viabilizar e reconstruir a existência do usuário. Nas supervisões incluíam-se motorista, cozinheira, auxiliar administrativo, estagiário, profissionais de nível superior, todos juntos, com seus

saberes sobre o usuário na construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI) e, posteriormente, do Projeto Terapêutico Singular (PTS). É a liberdade da invenção, *“quem cuida de quem, quais são os recursos que cada um tem. Todos têm um potencial terapêutico”*.

Um dos temas centrais das supervisões era um certo *“desencanto e [...], um desgosto por ser coordenador/a do serviço”* que produzia o esvaziamento na função de gestão. Ela diz que *“Nos primeiros serviços, as pessoas queriam ser coordenador, não tinham problemas em ser coordenador, pegavam junto, estavam inventando, eram autores, protagonistas [...] pra mim isso é um marcador”*. Mas que, com o passar do tempo *“um dos temas da supervisão era como se produziu tanto desgosto e tanto esvaziamento nesta função de coordenação”*. As questões apontadas nas supervisões eram de que a gestão *“é um cargo de confiança, onde o governo indica alguém, embora, em muitos municípios houvesse se conquistado que a coordenação fosse ocupada por indicação da equipe [...] Não se implementou um plano de carreira para quem é coordenador, às vezes é, e às vezes nem é função gratificada”*. Para Sandra, a partir dos anos 2000, ninguém queria ser coordenador da equipe de saúde mental no CAPS: *“o problema é que ninguém queria ser coordenador”* e isso parecia um *“marcador de conflito”*, é um *“analizador”*.

Ela aponta que o professor pode acompanhar o processo do aprendiz, despertando nele o curioso gosto pela experiência de problematização que caracteriza o trabalho do cartógrafo. Em lugar de centrar o ensino do conteúdo, trata-se de cultivar e compartilhar processos de problematização envolvidos na atenção ao mundo e na atenção a si. Mas, quando questionada se é possível uma *“Escola de Supervisores”*, ela enfatiza que poderia ser outro nome *“Fórum”*, que *“Escola”* é muito formal, que precisamos de espaços abertos, que possibilitem troca, aprendizagem, registro e pesquisa.

Ela ainda destaca que no Rio de Janeiro e na Bahia houve experiências precursoras de um movimento de crescimento da SCI. Em Porto Alegre, entre 2005 e 2006, baseada em uma ética e uma política do cuidado em liberdade, Sandra participou dessa elaboração. As Escolas de Supervisores no Rio Grande do Sul se tornaram espaços de troca e amadurecimento das práticas da SCI na RAPS. No ano de 2011, em Porto Alegre, houve o I Encontro Nacional das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais do SUS, com a presença de trabalhadores da Saúde como Ana Pitta e Fernando Ramos, o que estimulou a multiplicação desse dispositivo em todo

território nacional. Ela também aponta reflexões controversas em relação à nomeação de supervisão, como uma visão além do alcance, como um lugar de onipotência de saber. E lembra que nas publicações do Ministério de Saúde na Política Nacional de Humanização do SUS foi incluído esse termo “*co-visão*”.

#### 2.1.4 Ana Marta

Ana Marta Lobosque formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1981, e fez Residência em Psiquiatria no Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), entre 1982 e 1983. Trabalhou como psiquiatra no Hospital Galba Velloso e como preceptora da Residência em Psiquiatria do Instituto Raul Soares, quando ainda não havia serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em Belo Horizonte. Participou da criação da Rede de Saúde Mental do município, no início da década de 1990, com atuação em alguns de seus Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), dispositivos equivalentes aos CAPS naquela rede. Em 2010 concluiu o doutorado em Filosofia na UFMG, com a tese “A Vontade Livre em Nietzsche”. Entre diversas publicações ao longo da carreira estão os livros “Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira” e “Experiências da loucura”. Atuou como supervisora clínico-institucional na Rede de Saúde Mental e é militante da Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e em prol do cuidado em liberdade. Atualmente trabalha no Centro de Referência em Saúde Mental da Criança e do Adolescente (CERSAMi), da região nordeste da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e representa o segmento dos trabalhadores na Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica.

Para Ana Marta Lobosque, o método da Supervisão é uma consequência do seu amadurecimento como dispositivo de educação permanente. Ela entende que na história de construção da SCI, por um período, o Ministério da Saúde tentou formalizar a supervisão, como por exemplo, com a criação de uma Escola de Supervisores. Mas sua experiência como supervisora antecede essa tentativa de formalização, pois ela se estabeleceu no trabalho a partir das demandas municipais, dos serviços e da rede que se construía.

Ela conta que uma de suas primeiras experiências como supervisora clínico-institucional foi em um hospital psiquiátrico em Brasília, quando não havia serviços



substitutivos no município. Era um processo de reestruturação e humanização de um local que não podia ser fechado naquele momento, mas os diretores do hospital estavam a fim de radicalizar a relação com os usuários, oferecendo *“abordagem singularizada para cada caso, na medida em que um local como o hospital psiquiátrico o permite, e que não é muito”*. Ana Marta diz que, naquela ocasião, a experiência valeu a pena porque os serviços abertos ainda eram poucos no Brasil. Hoje, já não se justificaria dar supervisão em um hospital psiquiátrico. E complementa: *“só aceitaria dar supervisão em hospital psiquiátrico na condição de acompanhar o processo de fechamento responsável, considerando a construção de projetos de desinstitucionalização, a reinserção social e resgate da cidadania dos usuários etc.”*. Como militante do movimento antimanicomial, ela defende o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de atenção psicossocial.

#### 2.1.5 Isabel Marazina, Luciano Elia, Emerson Merhy e Maria

Isabel Victoria Marazina possui graduação em Psicologia pela *Universidad Católica* de Córdoba Argentina (1972), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2012). Para este último apresentou a tese intitulada *“A saúde mental pública na América Latina: estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil”*. Atuou como supervisora clínico-institucional de unidades do CAPS, mas afastou-se dessa atividade por não concordar com a terceirização da saúde por meio da contratação/participação de Organizações Sociais. Seu papel na formação e fortalecimento dos serviços da Rede de Saúde Mental é fundante, tendo protagonizado diversas ações, especialmente na cidade de Santos, no litoral paulista. É autora de importantes artigos como *“Saúde mental do trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura”* publicado em *Saúde Loucura 1* (Hucitec) e *“Clínica em Instituições”* publicada nos *Anais do II Conpsic - Conselho Regional de Psicologia 6ª região*. é atualmente pesquisadora da Universidade de São Paulo e psicanalista em clínica particular. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica. Sua atuação se dá principalmente em Pesquisa em Saúde Mental.

Luciano Elia finalizou em 1978 a graduação em Psicologia pela Pontifícia

Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Fez especialização em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFR) em 1982. Seguiu carreira acadêmica com mestrado em Psicologia Clínica - Inconsciente e filosofia pela PUC-Rio (1984), doutorado em Psicologia Clínica - Psicanálise da psicose, pela PUC-Rio (1992) e pós-doutorado em Psicanálise e Criminologia na PUC-Rio (1995). É psicanalista em formação permanente no Laço Analítico/Escola de Psicanálise, de cuja fundação participou em 1998 e do qual é hoje AME - Analista Membro da Escola e integrante de seu Coletivo Diretor. Tem experiência na área da pesquisa em Psicanálise com ênfase em Metodologia da pesquisa em Psicanálise, Inconsciente e o Campo Público, também nas áreas de Discurso Analítico e Discurso Científico e Pesquisa Clínica em Psicanálise em Instituições Públicas de Saúde Mental, atuando nos seguintes temas: Psicanálise, Clínica Psicanalítica, Sujeito, Saúde Mental e Clínica Institucional Pública. Em 2004 lançou o livro "O conceito de sujeito". Atualmente, é professor titular da Área de Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cofundador e ex-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise (Mestrado e Doutorado acadêmicos) e coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas, ambos do Instituto de Psicologia da UERJ. É, Pro-cientista, Membro da diretoria da Assistência e Pesquisa em Psicologia Educação e Cultura (APPEC), Assessor técnico-científico "ad hoc" da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Emerson Merhy é formado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1973) e tem mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1983). Em 1990 concluiu o doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e em 2000 tornou-se Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde pela Unicamp. Na Universidade Federal do Rio de Janeiro é Professor Titular de Saúde Coletiva, *Campus Macaé*, desde 2012, onde também atua como Professor do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde e Professor Permanente da Pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ – EICOS. É Professor Doutor Honoris Causa da Universidade Nacional de Rosario, Argentina, desde 2019. Tem desenvolvido estudos no campo da Psicossociologia Crítica, Comunidades Ativas e a Produção Cotidiana como Território de Construção das Redes Vivas de Existências, dando foco aos processos de subjetivação e os devires-vidas, humanas e não-

humanas. Constituem-se como questões centrais nos seus estudos as relações intercessoras entre Micropolítica, Educação Permanente, Subjetivação e Produção de Conhecimento, tendo desenvolvido metodologias de investigação pautadas pelos processos de avaliação compartilhadas. Sua experiência se dá na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos processos de Avaliação da Produção do Cuidado, Mundo do Trabalho em Saúde e Educação Permanente, Processos de Subjetivação e Construção dos Territórios Existenciais. Atua como coordenador dos Grupos de Pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva e Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde em diversas universidades.

Maria é um nome fictício, escolhido pela entrevistada que optou pelo anonimato. É psicóloga graduada em 1994, com especialização em Psiquiatria Social em 1996 e em Saúde Coletiva (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, 1997) pela Fiocruz. Concluiu mestrado em Saúde Coletiva. Em projeto via co-gestão Fiocruz e Senad/Ministério da Justiça e Segurança Pública, atuou no apoio à municípios brasileiros no desenvolvimento do Projeto Redes, na perspectiva de organizar a atenção intersetorial às pessoas que consomem drogas. Fez doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Atua na docência e na área de gestão e assessoria no campo da saúde mental, na Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial, Saúde Coletiva e álcool e outras drogas. Atua como supervisora clínico-institucional de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma capital do nordeste.

Em 1989, Isabel Marazina foi convidada por Antônio Lancetti para participar das ações de desinstitucionalização na experiência do município de Santos (SP). Ele propôs a SCI de forma orgânica e capilarizada. Ele era psicanalista, diferente de Tykanori, que a aceitou como supervisora em função da confiança política, apesar de sua formação. Entretanto, Isabel relata que levou consigo uma perspectiva psicanalítica social e política. Nesse sentido, Cesarino, Pedro Mascarenhas e ela fizeram parte do grupo de supervisores do programa e certa tensão ideológica esteve presente, a qual não foi reprimida, tampouco desconsiderada por Tykanori. Isabel traz à lembrança nomes como Ângela Santa Cruz e Cleusa Pavan, que trabalhavam na clínica do *Sedes Sapientiae*. Elas compunham um grupo que na década de 1980 participou do primeiro convênio com a Divisão de Ambulatórios, e que elaborou um projeto clínico ético-político a partir da experiência adquirida na gestão da clínica social. Nesse sentido, a perspectiva de militância de Isabel perpassa a ideia de queé

possível sustentar a horizontalidade nos processos de trabalho, o que exige movimentos e plasticidade que reportam questões identitárias para com a profissão, por exemplo, *“Ser psiquiatra. Deixar de trabalhar como psiquiatra em uma equipe multidisciplinar e aceitar que a cozinheira pode saber mais do paciente do que você”*. Nesse período, em 1987, ocorreu a inauguração do primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Professor Luiz Cerqueira, na Rua Itapeva, em São Paulo e, ainda no mesmo ano, realizou-se a *“Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental na UERJ, no Riode Janeiro. Era um momento muito fértil”*. Essa é a memória pela qual Luciano Elia inicia sua entrevista. Nesse momento iniciavam-se também, em Santos, os NAPS, sob a firme direção do incrível David Capistrano, Secretário de Saúde de 1988 a 1992, quando sucedeu a Telma de Souza (que havia sido eleita em 1988 em uma memorável vitória do PT) na prefeitura da cidade. Em 1988, Luciano Elia participou das comemorações do 1º aniversário do CAPS Prof. Luís Cerqueira. Ele relata que havia no CAPS *“um clima indescritível, só quem estava lá pode entender o que era aquela equipe, o entusiasmo, o desejo que atravessava aquelas pessoas. Inesquecível a palestra de Peter Pál Pelbart – “Um desejo de asas”, belo jogo de linguagem e poesia com o magnífico filme Asas do desejo, de Wim Wenders, de 1987, ano do nascimento do CAPS. [...] Em 1994 foi criado o primeiro CERSAMI (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil), em Betim, Minas Gerais. As políticas estavam em construção, não existiam os princípios e diretrizes do CAPS, então eles deram outra terminologia”*.

Luciano conta que continuou trabalhando até que, por volta de 1998, ele e outras duas pessoas propuseram e supervisionaram a criação do CAPSi Pequeno Hans, o primeiro CAPS voltado para questões infanto-juvenis no município do Rio de Janeiro e no país. Esse CAPSi ficava na zona oeste e Luciano diz que *“a prefeitura depois nos confessou, pelo coordenador de saúde mental, que eles não acreditavam que psicanalistas iam para a zona oeste”*. Ele conta ter muito orgulho dessa experiência. O CAPSi Pequeno Hans, no dizer de Luciano, *“é muito peculiar [...], é uma experiência que não vai se repetir [...], que aderiu simultânea e articuladamente a todos os princípios do SUS e das políticas públicas – que eram políticas vigorosas de saúde mental” – e, ao mesmo tempo, aos princípios e coordenadas da psicanálise, sem ver nesses dois campos qualquer contradição. Hoje é tudo bastante diferente, há uma política ‘devastadora’ em todos os campos, e, claro, na Saúde Mental.”*

No CAPSi Pequeno Hans a prática clínica *“não era baseada em um modelo de consultório, acolhiam-se as crianças que eram evitadas nos outros serviços e a equipe*

*sustentava que viessem todos os autistas que tinham que vir, crianças gravíssimas eram encaminhadas*". Mas, para isso, foi necessário criar o "*Dispositivo Psicanalítico Ampliado (DPA), inclusive foi até um projeto de inovação na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, na parte de patenteamento, mas que não foi para frente. O DPA foi uma forma de colocar em prática os princípios da psicanálise em atendimentos coletivos com crianças. As crianças chegam, saem correndo, começam a fazer coisas e os técnicos acompanham na tentativa de [...] ter uma relação [...] singular [...] que permita que as intervenções vão sendo feitas de modo o mais sintonizado com os ditos e/ou atos das crianças*". De acordo com Luciano, essa experiência necessitou de "*uma supervisão muito decidida*" e os psicanalistas envolvidos na supervisão surpreenderam a gestão municipal, porque "*a gente não foi de salto alto, a gente foi decidido para a zona oeste*".

Considerando todos esses biografemas podemos mapear diversas temáticas que são transversais ao processo de institucionalização da SCI no Brasil. Tratou-se da Educação Permanente, da Reforma Psiquiátrica, da Escola de Supervisores, da discussão sobre a entrada da Psicanálise nessa construção. São vários os eventos que mobilizam esse processo. De maneira semelhante, Emerson Merhy diz que vários eventos o mobilizam ao se lembrar das suas experiências no campo da SCI. E que alguns desses eventos não estão hierarquizados no tempo e que pedem um tempo de produção de memória. Ele cita a experiência de Caps III ocorrida na região de Campinas, com a construção e experimentação coletiva de ações terapêuticas entre equipe e usuários. Essa e outras situações vividas na supervisão são aquelas que ele diz desejar lembrar. O conjunto de trabalhadores do Caps III e os usuários, cidadãos e cidadãs estavam ali em um processo de cuidado, como ele ressalta: "*Essa é uma memória forte pra mim*". Outra experiência é a de SCI junto ao colegiado de gestores da Casa de Saúde Cândido Ferreira, experiência que, na visão de Emerson, está ligada e pautada pelas forças instituídas e instituintes, não somente das instituições, mas que são múltiplas.

Cada um dos entrevistados, ao relatar suas memórias, afetos, cenas, marcas e desejos, os quais compuseram o processo de institucionalização da SCI no Brasil, dá pistas sobre os usos e sentidos a ela atribuídos. Esses usos e sentidos foram forjados ao longo do processo formativo dos atores envolvidos direta ou indiretamente na mudança paradigmática dos modelos de cuidado e da vida e serão narrados no próximo capítulo.

### 3 Usos e sentidos da Supervisão Clínico-Institucional

#### 3.1 Funções da SCI

No momento em que realizamos as entrevistas percebemos que há uma clareza, para todos os entrevistados, sobre o método da supervisão e o amadurecimento desse ofício. Para Ana Marta, a história da construção da SCI é anterior às tentativas de formalização vivenciadas no país a partir de iniciativas do Ministério da Saúde. É no trabalho com demandas municipais, dos serviços e rede em construção que podemos observar o estabelecimento da SCI na rede de saúde psicossocial.

Ela conta que uma de suas primeiras experiências como supervisora clínico-institucional foi em um hospital psiquiátrico em Brasília, quando não havia serviços substitutivos no município. Em um processo de reestruturação e humanização de um local que, naquele momento, não podia ser fechado, os diretores do hospital optaram por radicalizar a relação com os usuários, oferecendo *“abordagem singularizada para cada caso, na medida em que um local como o hospital psiquiátrico o permite, e que não é muito”*. Ela diz que, naquela ocasião, a experiência valeu a pena porque os serviços abertos ainda eram poucos no Brasil. Hoje já não se justificaria dar supervisão em um hospital psiquiátrico: *“Só aceitaria dar supervisão em hospital psiquiátrico na condição de acompanhar o processo de fechamento responsável, considerando a construção de projetos de desinstitucionalização, a reinserção social e resgate da cidadania dos usuários etc.”*. E pontua que, enquanto militante do movimento antimanicomial, defende o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de atenção psicossocial.

Nas palavras de Luciano Elia, a SCI foi algo construído *“na prática, na marra”*, para dar certo. Ela deriva da Supervisão Institucional, que era a operação da observação do serviço, uma conferência dos modelos estabelecidos e de prosseguimento do que foi acordado com as secretarias, prefeituras etc. Embora mantenha o institucional, a SCI continua *“guardando certo ranço de institucionalidade, do controle institucional”*. Já para Maria, o processo de qualificação da RAPS é aprimorado pela presença da SCI: *“A primeira coisa que me remete ‘supervisão clínico-institucional’, é o apoio às equipes, no sentido de ofertar escuta e, com essa*

*escuta, poder ajudá-las a encontrar os caminhos, seja para lidar com os casos clínicos, seja para lidar com os conflitos no âmbito institucional (desafios junto à rede; relações entre profissionais e gestão e entre os serviços do território)”. Além disso, ela vê a produção acadêmica sobre o tema como forma de fortalecer e embasar a discussão, que deve ser constante: “O exercício de pensar sobre o serviço, sobre o apoio aos trabalhadores no sentido de ajudar a manter certa prontidão em relação a missão que um CAPS traz imbuída na sua natureza (de ser um serviço territorial e substitutivo) e, ao mesmo tempo, poder ajudar as equipes a construir concretamente metodologias de cuidado com todos os impasses e limites que se colocam na realidade”.*

Sandra Fagundes reconhece o dispositivo da SCI como “*algo valioso*” por proporcionar às equipes um campo reflexivo em que podemos interrogar as práticas, no cotidiano dos serviços, das equipes, dos cuidados e dos descuidados. Esse tema não deve ser negado, mas, ao contrário, deve ser explicitado para se modificar. Esse é o próprio tema da institucionalidade do cuidado em liberdade. A criação dos CAPS é também a invenção de cuidados, dispositivos e metodologias. Por um lado, há um amadurecimento e, por outro, também a emergência do problema da cronificação. “*O fantasma presente, é sempre o manicômio*”.

A SCI é uma maneira de ampliar o campo da intervenção psicossocial para além do caso clínico e para além das paredes do prédio do CAPS. Mantendo-se o diálogo com os princípios da desinstitucionalização, é coerente com o trabalho do supervisor e da equipe supervisionada. Nesta há de se encontrar a força, os conflitos, a circulação da palavra, o exercício da escuta, não apenas entre profissionais e usuários, mas entre profissionais, gestão e instituição. “*O grande desafio é como fazer isso preservando aquilo que é a essência do serviço - a sua missão de ser substitutivo à lógica asilar. Costumo sempre trabalhar com os profissionais na perspectiva de que a equipe tem sua autonomia no processo de trabalho. Ela precisa assumir esse lugar da gestão do seu processo de trabalho, ela precisa ser livre, mas, ao mesmo tempo, tem um enquadramento maior*”, avalia Maria.

Para Luciano Elia, é preciso ser cuidadoso no pensar e exercer a SCI, pois ela não é lugar de ensinar a fazer ou de soluções prontas e fórmulas. Partindo da Psicanálise ele afirma que as equipes são “castradas” e que o entendimento desse processo é fundamental para a constatação da necessidade do outro, do colega de equipe, da equipe em si: “*Ela (a equipe) primeiro sabe que nenhum técnico vai dar*

*conta do caso, nem a equipe vai dar conta do caso sozinha enquanto grupo, nem ela e os outros equipamentos, ninguém vai dar conta completamente de um caso (...) Quando a equipe reconhece que os outros equipamentos são decisivos para ela, ela começa a funcionar como equipe". Para ele, o supervisor é o extrator da ilusão de unidade e de que é possível dar conta, por completo, de um caso. Aquele que se propõe a trabalhar como supervisor clínico-institucional precisa compreender que, ao dirigir-se a um CAPS, sua gestão e sua equipe está se dirigindo a um território. O serviço ali oferecido, de atenção psicossocial, transborda e transcende – ou pelo menos deveria. Para Luciano, há de se pensar, inclusive, na mudança de nome de Supervisão Clínico-Institucional para Supervisão Clínico-Territorial. Ele pontua: “Se o CAPS deixar de ser um polo do território, deixar de ser a principal porta de entrada, de recepção, de discussão, se perde de vista sua dimensão essencialmente psicossocial. Não é um serviço especializado para tratar de maluco, ele não é isso. O CAPS tem um impacto enorme no próprio tecido social, a partir do território”.*

A função do supervisor é exercida na trama de lugares, atores e papéis, ações, palavras, silêncios, escutas, conflitos e harmonias. A clínica em si já é um lugar, como observa Isabel Marazina. Ela vê um risco alto em tentar padronizar as ações realizadas dentro da clínica: o risco de regularizá-la e cristalizá-la. Em seguida, define sua ideia de supervisão como aquela em que a pessoa que está neste lugar deve ter independência para apontar falhas, erros, necessidade de correções, aprofundamentos, mudanças de rumo – sem ter que fazer a defesa da gestão. Sofrimento, distorção e cristalização. As três consequências de erros de gestão deveriam ser apontadas por uma SCI independente. Isabel acredita que o lugar do supervisor é esse, o de alguém que comunica e discute com o gestor, o que é raro: “O lugar da SCI não era um espaço de aperfeiçoamento ou de discussão técnica prioritariamente, mas de acompanhar os avatares de uma mudança de mentalidade. Diferentemente de outros espaços supervisivos (sic), esse aqui nos confronta com a necessária ansiedade persecutória de uma mudança que desdisciplina (sic) os saberes tradicionais e constrói o chão para uma possível e imprescindível reorganização desses saberes. Acho que isso não foi, em alguma medida, compreendido profundamente por muitos colegas que não usaram instrumentos que permitissem leituras mais profundas”.

A supervisão tem a intenção de produzir a implicação da equipe e corroborar apotência de transformação no cotidiano das práticas. Sem ensinar, mas no contagiar



as pessoas com a necessidade de elaborar melhor o saber e a vivência no serviço. Responder como a fragilidade produz potência de vida é o grande desafio na luta antimanicomial. Para Emerson Merhy o cuidado da equipe profissional com os usuários é o mesmo da supervisão com a equipe. E ele acrescenta: o cuidado ocorre quando há desorganização e a existência de um grande campo de sintomas, com perda de referências e lugares não encontrados: “[A supervisão] é uma noção ampliada da clínica”, ele diz, ao pontuar a capacidade de ler sintomas de crises tanto no campo de cuidado da saúde quanto nos campos filosóficos e literários – citando Deleuze em sua obra *Crítica e Clínica*<sup>39</sup>.

Voltamos a Isabel Marazina e a sua fala sobre o risco de regularizar e cristalizar a atuação do supervisor clínico-institucional. A referência é feita no singular, mas é possível pensar em diversos supervisores, como pontua Ana Marta em nossa entrevista. A partir dela, começo a entender que há perfis diferentes de supervisores: “*Não tem como existir um super supervisor*”, afirma, “*que tenha domínio pleno de gestão, de portarias do Ministério da Saúde, políticas públicas, experiência clínica, cotidiano do serviço*”. Ana Marta se coloca como exemplo, por desconhecer números de portarias do Ministério da Saúde e outros pormenores nesse sentido. Outro exemplo que podemos dar aqui é o de quando não se concebe o sujeito do inconsciente e não se tem, portanto, uma escuta psicanalítica. Nesse caso, corre-se o risco de atuar mais na vertente da gestão e não levar em conta a resistência à mudança, os mecanismos inconscientes, o encargo como conceito da Análise Institucional, como argumentou Lourau (1996; 2004a; 2004b). A delicadeza na escuta do inconsciente, do não dito, é primordial para uma mudança paradigmática, coerente com os parâmetros da Atenção Psicossocial.

Uma vertente dentre as várias possíveis a supervisão é a defendida por Pedro Gabriel, para quem seria um tipo de sustentação do campo reflexivo, para a equipe, fazer essa construção: “*Eu sempre achei que a supervisão tinha que ser clínica para discutir caso ou ela não é supervisão. Tinha muito modelo, eu vi isso quando eu fui gestor nacional, esses modelos pedagógicos de supervisão, estritamente pedagógicas, uma supervisão pensando muito na educação em saúde. Eu achava que tinha que partir da situação clínica mesmo e abrir para as questões institucionais e territoriais etc. [...] a partir do cuidado, totalmente a partir do cuidado*”.

---

<sup>39</sup>Ver Deleuze, 2011.

Cuidado e cuidador, acolhimento, situações críticas, crise, suicídio e plano terapêutico singular são alguns dos temas colocados em pauta por Sandra Fagundes. Como supervisora ela investiu na ampliação do diálogo entre as equipes dos CAPSs e da Atenção Primária, por meio do matriciamento, da negociação dos projetos e processos de trabalho. Desenvolveu a temática “*desencapsulando*”, nome dado pelas próprias equipes supervisionadas. Esse nome expressava um exercício de mudança em relação ao movimento das equipes dos CAPSs que atuavam muito “*dentro do serviço, sendo absorvida tanto pelos mesmos pacientes como pelas mesmas práticas nos seus horários dentro do CAPS. Tinha um diagnóstico correto de encapsulamento [do pondo de vista de Sandra] - cápsulas tanto dependentes do remédio como da própria situação - e então, como desencapsular?*”. Ela entende que a SCI é uma ferramenta, um dispositivo de ação micropolítica.

### 3.2 Referencial Teórico

A Psicanálise permeia as falas dos entrevistados, mesmo aqueles que não são psicanalistas, como é o caso de Maria: “*Metade das supervisoras são psicanalistas, e a outra metade são todas psicólogas com percursos no campo psicossocial. O primeiro grupo vem dialogando há muitos anos com a Rede, com trabalhos de supervisão clínico institucional*”. Luciano Elia acredita que há a necessidade de radicalizar a diferença entre um trabalho de grupo e um trabalho de equipe. Aí os conceitos psicanalíticos são indispensáveis para identificar e exaurir o narcisismo de que trata a teoria freudiana demonstrada em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (FREUD, 2011). Nessa obra, Freud começa com uma revisão bibliográfica, visitando autores e apontando que, na massa, desaparecem todas as singularidades e todos ficam indistintos. Por ser esse amálgama a massa tem um poder invencível onde o indivíduo, que paga o preço por perder sua singularidade, mas não encontra o sofrimento. Na massa não há diferenciação individual, os componentes estão ligados entre si e ligados a um líder que não aparece sempre na figura de uma pessoa – pode tomar forma de um conjunto de ideias. O comportamento é primitivo – termo utilizado por Freud sem juízo moral – na forma da ausência de um pacto civilizatório.

A supervisão assume aqui, para Luciano, uma “*função mais interrogativa que eventualmente fala de maneira afirmativa, intervém de uma maneira mais diretiva,*

*mas isso não é o essencial da função do supervisor. A função do supervisor é fazer as boas perguntas e de lembrar todos os integrantes da equipe, o tempo todo, que ali tem falta, no sentido que não vai haver completude, não vai haver todo o saber. Em relação a ‘ah, eu fiz tudo o que eu podia’, só se pode responder que não fez – ninguém faz tudo o que podia – e eu falo isso sem isso tomar um tom egóico, superegóico ou acusador”. Ana Marta acredita que o lugar da psicanálise no processo da reforma e na construção do ofício de supervisor institucional é o de “posição de amor briguento”. A psicanálise a auxilia na vida pessoal, na atuação na clínica do serviço público, no consultório e no oferecimento de tratamento, pois ensina “o que é desejar tratar de alguém”. Ela discorre sobre a implicação da psicanálise na clínica pública: “Vou dizer como os lacanianos, a ética da psicanálise te convoca desse lugar, do desejar tratar. Eu acho que há grandes contribuições e que a rede de Belo Horizonte deve muito a essa conversa com a psicanálise”, afirma, mencionando sua experiência mineira.*

Ela pontua, entretanto, alguns problemas no uso indiscriminado da psicanálise nos serviços: “O problema da psicanálise, de qualquer saber em si, é que eles querem em pouco tempo ser o fundamento. A psicanálise começa a querer ser o fundamento do serviço. Todo mundo vira psicanalista, que é uma coisa enjoada. [...] Acho legal que todos da equipe – e eu trabalho a supervisão desse sentido – treinem o ouvido para uma escuta da questão inconsciente e todos podem fazer isso, não precisa passar por uma instituição psicanalítica. O problema é quando você começa a fazer só isso. Havia um lugar onde eu trabalhava em que, de repente, todo mundo virou psicanalista. A terapeuta ocupacional não fazia oficina, ninguém fazia mais oficina, era só a questão do sujeito com ‘s’ maiúsculo, do desejo com ‘d’ maiúsculo, da clínica com ‘c’ maiúsculo. Isso é muito antipático, é muito arrogante. Vai todo mundo para dentro do consultório. Tem paciente que não rende nada em consultório. Você leva um adolescente com psicose grave para um consultório e ele não suporta ficar três minutos ali, ele não tem nada para te dizer”. A necessidade de se implicar no tratamento, como visto na psicanálise, pode ser impossível para alguns pacientes e usuários de serviços como o CAPS, então, nesse sentido, ela observa que não é o caminho a percorrer.

A psicanálise ajuda a singularizar a escuta e, nessa linha, Ana Marta acrescenta que, no campo da esquerda, a política pública posta em prática mostra como existem diferentes questões nas ordens de justiça, igualdade, universalidade etc., os quais demandam um atendimento que não ocorre dentro de um consultório: “Uma usuária

*nossa de Belo Horizonte usa a expressão 'é território', não é 'consultório'. O consultório é um recurso para mudar o território, mas ele está subordinado ao território, não o contrário”.*

Luciano traz ainda outras referências para exemplificar que, além da psicanálise, a esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari são sustentáculos, bem como a psicanálise conforme aplicada e estudada por Jean Oury. Desse último, menciona a experiência da clínica de La Borde, que influenciou os CAPS brasileiros, além da escola italiana: *“Oury construiu uma experiência incrível em uma clínica em que os pacientes moravam, a clínica de La Borde – é internação do tipo aberta à comunidade e à cidade (em região de campo), não é uma proposta de desinstitucionalização, como é o Basaglia, que (propõe) o fim do manicômio. Eles fazem uma psicanálise coletiva (...) é genial, mas é em uma instituição de internação (...) não é fechada, é aberta. É uma instituição aberta, porém de internação. Eles não são contra a instituição clínica de longa permanência. Eles inclusive acham que a própria instituição deve ser tratada, psicanalisada etc., tanto que o nome é psicoterapia institucional. O que eu quero dizer é que eles não são desinstitucionalizantes. O Brasil era, a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira era pelo fim dos manicômios e criação, ampliação e potencialização da rede substitutiva, de CAPS. Digo ‘era’ porque, hoje, tudo que fizemos de bom no Brasil ‘era’, já era, mas foi muito vigoroso, e precisa voltar”.*

A AI aparece em nossa entrevista com Isabel e percorremos pesquisadores como Rene Lourau, Cornelius Castoriadis, Georges Lapassade, Michel Foucault. Ela pontua que Lourau adotou uma linha mais ortodoxa, enquanto Lapassade não. Deleuze e Guattari, que trabalharam com Lourau, são nomes que também aparecem. Ao citar o livro *O coletivo*, de Jean Oury<sup>40</sup>, ela pontua que, ao falarmos sobre AI, falamos sobre sociopsicanálise, associação de psicanálise e esquizoanálise: *“Assim, essas recomendações de mudança podem ter ficado como injunções superegoicas nos agentes de saúde mental, que eles transpõem para sua prática cotidiana”.* Seu ponto é o mandato superegórico na relação com o ideal de eu, no ideário “do que é fazer” a Reforma Psiquiátrica, onde o trabalhador fica submetido ao mandato superegórico que escraviza qualquer condição desejante. Por isso, a SCI é um espaço indispensável para se trabalhar com essa injunção: *“A maior parte dos trabalhadores*

---

<sup>40</sup>Ver Oury, 2009.

*não vem com formação para compreensão, então a SCI está ali para desfazer esse nó, e talvez isso não seja compreendido”, afirma.*

Compreensão e experimentação em SCI andam juntas e, para Emerson Merhy, o apego a teorias, vertentes e nomes não pode ser excessivo. Ele afirma que sua caixa de ferramentas, para produzir movimento e fluxo, pode incluir diversas estratégias que ele achar adequadas e instigadoras de mudanças, desde a AI até a esquizoanálise, *“para disparar dispositivos agenciadores”*. Sobre a AI, escreveu um capítulo de um livro organizado por Solange L'Abbate abordando sua trajetória. O título desse capítulo é justamente *“A organização não existe. A organização existe”*<sup>41</sup>. Emerson acredita que ali culmina a acumulação de suas experiências como analista institucional, carreira que iniciou a partir da década de 1990, na Unicamp, com a experimentação baseada em Gregório Baremlitt. Sobre a fidelidade a pesquisadores e vertentes, ele discorre sobre como as ideias desenvolvidas por autores como Foucault e Deleuze já foram usadas por ele em algum momento de seu trajeto, mas que faz uso da *“caixa de ferramentas com liberdade instituinte”*, e que se o próprio Deleuze afirmou, em entrevista, não ter fidelidade aos seus conceitos<sup>42</sup>, *“Por que eu vou ter?”*. Emerson destaca que, apesar de não ter fidelidade a conceitos e teorias, Deleuze e Guattari também propunham que, se algo funcionava, deveria ser continuado.

Já com relação ao Colegiado de Gestores (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira), ele afirma que sua experimentação foi da AI, fazendo muitas referências às questões trazidas pela análise de Lourau. Mas, ao mesmo tempo, segundo ele, havia o potencial para que aquele agrupamento de profissionais desorganizados se transformasse e encontrasse lugares-comuns, derivando para um projeto em construção na tensão de vários nós, em uma conjuntura complicada, com variáveis e contextos desfavoráveis para a prática antimanicomial. O público sustentava essa experiência com financiamento e outros projetos que estavam atravessando o território: *“É por isso que, para mim, a Análise Institucional se mostrava uma ferramenta muito privilegiada nessa experimentação”*, reforça. O supervisor clínico-institucional deve ser alguém com recursos teóricos, conceituais e técnicos, mas

---

<sup>41</sup>Ver Merhy, 2013.

<sup>42</sup>Ver Deleuze, 2011.

também compromissado de maneira ético-política com os parâmetros da atenção psicossocial e não comprometido com uma lógica manicomial. Pedro Gabriel complementa que esse lugar não pode ser ocupado por alguém que trabalhe “*com uma lógica de clínica privada, mesmo que fosse uma clínica de consultório, porque isso também não sustentaria a demanda*”.

Sandra Fagundes nos traz a inter-referência, com autores como Lourau, Pichon, Bion, Mário Testa, Regina Benevides, Eduardo Passos. São nomes fundamentais do campo conceitual que sustenta a SCI – a psicanálise, psicanálise institucional e grupos. Ela destaca os conceitos da AI, o pensamento estratégico, a tarefa, a dinâmica de luta e fuga dos grupos. São conceitos relacionados à produção de sujeitos, às relações de poder político, técnico e administrativo, portanto, ferramentas para lidar com “*a produção de sujeitos e com essa questão da autoria e de poderes, lidar com o poder político técnico e administrativo. Então tem um referencial de politização da prática, que é a clínica-política. [...] Na clínica a questão também da psicanálise, de trabalhar com resistência, trabalhar com conflito, com sua lógica de transmissão inconsciente. [...] Essa questão da menos valia, do fracasso, do boicote*”. Ela finaliza contando que, em muitos momentos, foi convidada a intervir em espaços que são de gestão, até como mediadora entre secretarias e RAPS. Na vertente de Baremlitt, a análise da demanda é precedida pelo que ofertamos e essa oferta, que a subsidia – a análise da oferta precede a análise da demanda. O modo de gestão para operar o cuidado é uma questão possível nesse contexto.

### **3.3 “A análise da oferta precede a análise da demanda”**

Segundo Baremlitt (2012), no olhar de Rene Lourau e Georges Lapassade entende-se que a dinâmica organizacional pode ser compreendida na dissecação do pedido por análise e/ou intervenção que a instituição ou organização faz. A demanda parece aí ser a primeira a surgir, mas sua espontaneidade é enganosa. A análise da oferta precede a análise da demanda, pois o supervisor tem consigo o saber enquanto análise de sua própria implicação em um lugar de saber na cena institucional. A análise da encomenda realizada e endereçada ao supervisor se desdobra na demanda e expõe o emaranhado de forças, atravessamentos e transversalidade contidas no pedido. Dessa forma, o supervisor escuta a demanda no jogo de forças

na e da instituição. A análise da oferta vai preceder a da demanda, já que o supervisor, em seu exercício de estudo e indagação operativa, faz circular a palavra e inicia, assim, os processos de autoanálise e autogestão.

A oferta de supervisão para as equipes pode aparecer a partir da gestão e ser embasada pela Portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005. A portaria demonstra que a construção da política pública de Saúde Mental estava em ampliação e preocupava-se com a qualificação das equipes e com a redução dos leitos psiquiátricos. Também se tornava cada vez mais complexa com ações que transcendem o âmbito da saúde, ao considerar recomendações da III Conferência de Saúde, que ocorreu em 2001. Em resumo, nessa conferência foi estabelecida a criação de mecanismos para qualificar de maneira permanente a rede de atenção psicossocial do país, com foco nos profissionais que compõem equipes multidisciplinares de atendimento a pessoas com transtornos mentais, não só dentro do serviço, mas no território onde ele está. Os CAPS aparecem como local não só de atendimento, mas de formação permanente, portanto, deveriam dispor de incentivo financeiro na forma de Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão.

Em nossa entrevista, Ana Marta e Izabel disseram acreditar que a análise da oferta precede a análise da demanda. Para a primeira, o perfil de supervisor deve ser definido pelo gestor a partir dos princípios da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS): *“Por exemplo, já ouvi cada sugestão de nome de supervisor que é absurda. Você chamar para supervisor da RAPS um psicanalista que trabalha em hospital psiquiátrico. É um perfil que não tem cabimento. Um psicanalista que trabalha em hospital psiquiátrico já é suspeito. Outro problema do perfil é chamar professor de universidade, que são bons academicamente, mas você chamar para dar supervisão para um CAPS I uma pessoa da universidade que trabalha com desenvolvimento infantil, que trabalha com desenvolvimento psicomotor... pode ser um ótimo teórico, mas não serve para o CAPS”*.

A Academia pode estar no percurso do supervisor, mas faz-se necessária a experiência no SUS e conhecimentos sobre a RAPS, os CAPS e afins. No trabalho da rede, as fronteiras entre disciplinas e vertentes ficam esmaecidas e, para acadêmicos sem experiência na linha de frente da RAPS, essa imprecisão pode inviabilizar o trabalho com SCI, como explica Ana Marta: *“A pessoa que tem um perfil muito acadêmico não dá conta de lidar se não tem vivência teórica nem prática de SUS. A pessoa fica muito impaciente com essa imprecisão de fronteira entre as disciplinas*

que a gente trabalha (...) “A gente tem que tomar cuidado e distinguir o que é condição indispensável para um supervisor daquele atributo que seria legal ele ter, mas não é necessariamente imprescindível. Aí acho a ideia da equipe de supervisores legal, porque se pode casar uma coisa com a outra. Você pode misturar os perfis. Acho legal você escutar a sugestão da equipe, os nomes. Se a equipe tem um nome que tem um perfil, pode ser interessante você aceitar aquele nome, até renunciando a um outro que você, como gestor, preferisse um pouquinho”. Ela também considera relevante a existência de um colegiado de supervisores que levem em conta aspectos políticos-institucionais, pois um psicanalista na supervisão não conseguiria, em sua opinião, abordar questões institucionais: “Eu acho que também seria interessante que pudesse trazer os supervisores para uma discussão mais político-institucional”.

### 3.4 Processo de trabalho

O trabalho do supervisor clínico-institucional junto às equipes de CAPS é uma ação contínua de imersão no território e que envolve olhar e escutar profissionais sobre as demandas que vêm de usuários, famílias, instituição etc. Para Ana Pitta, a melhor capacitação possível para esses profissionais é a SCI, que constrói o saber oportuno onde as práticas estavam acontecendo. Ela fala de um lugar especial, de quem reuniu uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para redigir a primeira Cartilha de Saúde Mental para os Ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde do Estado de São Paulo, nos anos 1980. As equipes para os ambulatórios eram formadas ao mesmo tempo em que os prédios foram reformados, com foco na contratação de psicólogos, que eram raros na divisão. Cada ambulatório deveria ter, segundo ela, cinco psicólogos, três psiquiatras, três assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e enfermeiros. Em 1983, as equipes mínimas estavam montadas.

Questões simples são, na verdade, muito complexas, quando feitas pela SCI à equipe atendida: como deve ser um CAPS? Quando um CAPS funciona de maneira satisfatória? Como são as oficinas, as assembleias, as reuniões, a gestão de crise? Há questões que Ana Marta chama de “bobas”, mas que precisam ser solucionadas e oferecem um *modus operandi*. A questão de como fazer uma oficina com seis pessoas com projetos diferentes é um exemplo de uma questão “boba”. “Todas as questões bobas têm que ser levadas em conta. \_Você não tem que responder como foi



*perguntado, mas tem que levar em conta a pergunta que foi feita”, pontua.*

Supervisor em um CAPS Infanto-juvenil localizado numa região com muitas carências e fragilidade, marcada pela violência e pelo tráfico de drogas, Luciano Elia percebeu que era impossível tratar as crianças encaminhadas ao serviço apenas dentro dos muros do CAPS, pois os casos clínicos transbordavam e os usuários traziam a vida naquele território para ser cuidada ali. Ele cita o caso de um menino de 14 anos, jurado de morte: *“Ele dizia que ia acabar com o mal da humanidade matando o Celsinho da Vila Vintém, um conhecido e violento chefe do tráfico. (...) Ele tinha um delírio (...), falava isso para todo mundo. A gente teve que chamar o Celsinho da Vila Vintém. É claro que o Celsinho da Vila Vintém, que é importante demais para vir falar com a gente, mandou um preposto (...) A gente explicou para ele o que é o delírio em termos que ele pudesse entender e o que estava acontecendo, que o menino não queria realmente matar o chefe dele, que aquilo era um personagem do delírio dele (...) No final, o cara falou que ia proteger o rapaz ao invés de matá-lo, que ele ia explicar isso ao Celsinho. (...) Às vezes, é necessário mudar de território para proteger, mas ele pediu para não mudar o rapaz de lugar que eles iam protegê-lo e fizeram isso”.*

No seu *modus operandi* de supervisor clínico-territorial ele também promovia reuniões mensais com os pais, as quais considerava de suma importância e inegociáveis. Era a única atividade clínica direta com os usuários naquele CAPS: *“Eles (os pais) traziam suas próprias fantasias ‘teóricas’ em relação aos motivos pelos quais os filhos teriam adoecido. Eu escutava, intervinha e fazia questão de ser o coordenador dessa reunião. Então esses pais, além do atendimento clínico com cada técnico, participavam também comigo nessa reunião, mas com um claro limite à dimensão clínica, ao qual eu ficava atento para não ultrapassar o coletivizável (sic) e o que seria frutífero trabalhar entre eles”.* Sua atuação como supervisor também incluía momentos que ele classifica como “contingentes, não planejáveis”, como o caso citado do menino que envolvia um chefe do tráfico, além de formalidades como reuniões de equipamentos do território, Vara da Infância, Conselho Tutelar, com professores das escolas etc.

Maria traz a vivência, no início da pandemia de COVID-19, em 2020, com o relato dos profissionais e o medo do contágio pelo vírus – sentimentos de angústia e ansiedade. O apoio nesse momento consistiu em escutar e ajudar as equipes a lidar com tais sentimentos, no desenvolvimento de estratégias de cuidado próprio e para

com os usuários. Neste cenário, ela relata que cada equipe lidou de forma diferente. Uma dessas equipes, por exemplo, passou a apresentar muitas dificuldades para trazer e discutir os casos clínicos no espaço de supervisão. Os conflitos de relação exacerbaram-se: *“Nas várias supervisões, foi necessário a equipe falar muitas vezes sobre suas questões para poder enxergar onde estava a dificuldade. Na colagem com seu próprio desespero, seu sofrimento, não conseguia se debruçar sobre outras questões relativas aos usuários e ao próprio serviço”*.

### 3.5 Gestão

A interlocução com a gestão mostra-se um ponto nevrálgico para os entrevistados que atuam na SCI. Luciano Elia traz uma crítica ao termo *“gestão”*, que ele considera muito *“neoliberal”*. Os papéis de gestão e supervisão são diferentes e a relação carrega uma tensão intrínseca, mas não por completo negativa. E não se trata da supervisão se opor à gestão, pois *“sem a gestão nada é possível, o serviço é público”*. Há certa confusão entre a função de apoio institucional, que tem um alinhamento com a gestão, e a função de supervisor. É preciso compreender que não é a mesma função, não é o mesmo lugar, um não substitui o outro porque são distintos. O supervisor não pode aceitar ser um mero apoiador: *“O supervisor não pode se comprometer com esse apoio. O supervisor está alinhado, mas não está apoiando porque ele pode precisar fazer coisas no território que são muito próprias e que, eventualmente, vão entrar em tensão com as intenções da gestão. Ele não poder ser apoiador de uma função tão heteróclita [...] um gestor, mesmo quando é bom, é gestor. Os critérios, os parâmetros são de gestor. O supervisor tem que estar fora, tem que estar livre dessa tutela. O supervisor não pode ser tutelado pela gestão. [...] um apoiador é tutelado”*, afirma.

Supervisores podem oferecer uma escuta e um olhar que difere do que é oferecido pela gestão – e que pode ser mais bem utilizado no serviço. Isabel coloca que gestão e supervisão lhe parecem coincidentes – o gestor e o supervisor deveriam trabalhar *“em coincidência e não em contraposição”*. Para ela, a cooperação entre ambos funciona de forma a corrigir o percurso do trabalho da equipe – o gestor precisa ouvir e o supervisor precisa ter a *“independência de um juiz honesto”*, que ela classifica como sendo uma *“figura rara”*. Já Ana Marta discorre sobre sua experiência

na supervisão de um CAPS que estava num contexto de início de rede de atendimento, mas a equipe não recebia usuários em crise. Casos graves eram encaminhados para internação e, embora a SCI interrogasse essa conduta, havia uma resistência para mudar o fluxo. Nesse contexto, o papel do SCI, segundo ela, é *“mostrar o caminho de como trabalhar, mas quem faz a decisão por esse caminho são o controle social e a gestão. [...] Quem implementa a lógica de trabalho é o gestor [...] SCI pontua, mas quem fala ‘isso aqui não vai ser um ambulatório, vai ser um CAPS que atende casos graves’ é o gestor”*, ancorado nas diretrizes definidas nas políticas públicas e no controle social.

Ela deixa claro que repassar a demanda de gestão para a supervisão é algo comum e nada benéfico para o serviço: *“Há uma coisa que eu acho importante relatar em relação ao supervisor. Não adianta o gestor contratar um supervisor para mandar a equipe fazer o que o gestor tem que mandar fazer. Isso é uma demanda muito comum, e que não leva a lugar nenhum”*. O compromisso do gestor com o projeto de cuidado em liberdade é fundamental – o gestor não pode temer ser gestor. Um exemplo trazido por Ana Marta traz é o erro do supervisor em assumir o papel de convencer a equipe a fazer oficinas. Se as oficinas já ocorrem, então o gestor deve atuar no intuito de melhorá-las, aprimorá-las com a equipe. Ser chamada de forma equivocada para atender demandas no lugar do gestor é um aspecto ruim de algumas de suas experiências.

Mas como o supervisor entraria em cena quando o trabalho do gestor é sustentar as diretrizes do cuidado? Ela chama de *“ponto de partida”* a abordagem do caso clínico pelo supervisor. Para Ana Marta, *“há algumas qualidades que são gerenciais”*. Um gestor ou gerente que é muito difícil para a supervisão é aquele que quer estar sempre “de bem” com sua equipe, como ela aponta: *“É uma praga da supervisão ter um gerente assim. Geralmente, é o mesmo gerente que te pede para convencer a equipe de determinada coisa. [...] acho que o gestor não nasce pronto, que tem muito o que aprender, mas tem um certo perfil de bom gestor que não é o supervisor que cria. [...] Desse ponto de vista, a supervisão da RAPS, a supervisão de processo de trabalho, focaliza muito a gerente. E acho que é fundamental. A gente tem gestores que têm boa vontade, têm perfil gerencial legal dessas qualidades natas, mas que precisam de ajuda, e acho que a supervisão pode ser um aporte inestimável”*. No interior de Minas Gerais, Sandra Fagundes explica como é estruturada a proposta de supervisão da RAPS, se há direcionamento para o coletivo de gestores ou se ela

é aberta para representantes da equipe. Ela afirma que o coletivo, em princípio, é alvo primeiro da supervisão, na tentativa de delinear as diretrizes da RAPS. O supervisor tem o papel de apontar onde há um afastamento das diretrizes e onde é possível trabalhar para que elas sejam cumpridas: *“O supervisor que vai ficar mais focado na Atenção Básica não vai convencer as pessoas que elas têm que atender pessoas em sofrimento mental, o gestor é que faz isso. O diálogo é assim: ‘Vocês vão atender, então vamos discutir quais são as dificuldades’.* Daí voltamos naquela questão, nunca aceite uma encomenda de supervisão em que o gestor não tem culhã para a gestão e quer que você convença a equipe de coisas que ele teria que fazer. É importante essa distinção dos papéis. O gestor pode até não ter muita clareza do que é RAPS, mas que ele queira fazer uma RAPS, que esteja disposto ao trabalho. Se o gestor é inexperiente, se ele tem lacunas, isso não é problema. Isso nunca foi problema em campo algum”. Ela nos conta que as primeiras supervisões se fundamentaram na lógica de incluir e horizontalizar as relações de cuidado nos CAPS, para viabilizar e reconstruir a existência do usuário. Nas supervisões incluíam-se motorista, cozinheira, auxiliar administrativo, estagiário, profissionais de nível superior, todos juntos, com seus saberes sobre o usuário na construção do projeto terapêutico individual (PTI) e, posteriormente, do projeto terapêutico singular (PTS). É a liberdade da invenção, ou como define Sandra, *“quem cuida de quem, quais são os recursos que cada um tem. Todos têm um potencial terapêutico”.*

O modelo de supervisão que se aproxima do apoio institucional e da gestão está presente também no relato de Pedro Gabriel. Em Campinas, São Paulo, ele vê essa aproximação, mas pontua que no interior paulista ocorria uma ligação administrativa mais clara, além de existir um supervisor do próprio serviço. A SCI tem, segundo ele, *“um tema intrínseco [...] ao processo de reforma, ao processo de construção de serviços territoriais, de serviços comunitários”.*

### **3.6 Dispositivo de educação permanente**

Se a SCI não se ensina, como justificar a existência e funcionamento de uma escola de supervisores? Entendemos que a supervisão de serviços de saúde mental com a SCI é de fundamental importância para a educação permanente dos profissionais da RAPS, pois eles vêm de diferentes contextos e formações,

metodologias e vertentes de cuidado. Trabalhar na RAPS, no entanto, pede que seja ofertado um espaço-tempo para sua reflexão acerca de suas ações e do território atendido. Afinal, tratamos do cuidado em liberdade, realizado, por exemplo, em CAPS onde a clientela não permanece confinada, mas é estimulada a relacionar-se com o território, assim como os profissionais de saúde que a atendem devem também se relacionar com ele. Nesse sentido, uma Escola de Supervisores, como ideia surgida em 2004, no I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pode atender à demanda de difundir e intercambiar saberes e fazeres do lugar a partir do qual se opera a função de supervisor clínico-institucional. Aberta e pública, como os serviços de atendimento psicossocial devem ser, a escola ideal carece ainda de abordar temas como comunidades terapêuticas e financiamento público, ideologia neoliberal, entre outros, mas ao mesmo tempo promoveria uma integração muito necessária entre teoria, prática, cuidado de si e apoio do grupo.

A formação de supervisores é indissociável da formação política, que visa a saúde como direito de todos e precisa de uma maior ênfase na visão mais crítica sobre precarização do trabalho do profissional de saúde, terceirização, sucateamento etc. Ana Pitta vai além ao dizer que a SCI traz para a educação permanente *“não uma educação antisséptica, burocrática, era uma educação erótica, no sentido de implicada, afetada. Eu considero Rene Lourau e Paulo Freire figuras importantes porque é um processo construtivo, construtivista de formação, que me pareceu extremamente rico e era um processo em que você aproveitava o saber da cozinheira, o saber da auxiliar de enfermagem. O saber do psiquiatra era, às vezes, o menor saber, pois ele estava arrogante e não permitia trocar, mas há muito psiquiatra legal. Todos os saberes eram saberes importantes”*.

Maria relata que as equipes têm colocado a SCI como prioridade nas negociações com a gestão e que, nesse sentido, há uma *“institucionalidade independente da gestão”*. Ela afirma que a formação permanente é viabilizada a partir de um programa de qualificação da rede e que o processo da supervisão acontece há muitos anos. Entre 2001 e 2004 ela atuou como coordenadora de saúde mental e começou a organizar o trabalho com os primeiros CAPS implantados em sua região de atuação: *“Foi criado um projeto de qualificação da RAPS pelo setor da regulação da secretaria em conjunto com a coordenação de saúde mental, que previa o contrato de supervisoras, mas a gestão não conseguiu cobrir todos os serviços com esses contratos e realocou servidoras para complementar essa rede. Essa é minha*

*condição. Então, existe um projeto orientador que define referências, o que é uma supervisão, qual o papel da supervisora, diretrizes gerais da metodologia do trabalho – questões mais gerais”.*

Em um registro mais sensorial, Sandra Fagundes menciona uma experiência como coordenadora da Política de Saúde Mental do Rio Grande do Sul (1987/1991), quando desenvolveu uma política de educação permanente com a criação de serviços garantindo SCI às equipes. O objetivo, no período em que esteve na coordenação, era trabalhar na lógica da liberdade, proporcionando a desinstitucionalização de pacientes “*cronificados*” nos manicômios. Ela descreve suas memórias sobre o manicômio através do cheiro que o local exalava, a intransitabilidade do banheiro, a inexistência de privacidade, a má qualidade da comida, a impossibilidade de se escolher o que comer e a inexistência de um espaço de convivência. Dessa maneira, os novos serviços se propunham a construir outros registros, histórias e memórias, não para substituir as existentes, mas para ressignificar os espaços e o serviço em si.

### **3.7 Analisador dinheiro**

A forma de contratação e remuneração da SCI é uma questão importante para que o supervisor não fique refém das relações de poder e tensões estabelecidas pela gestão e instituição. O dinheiro é um analisador do que atravessa o processo e da contratação do supervisor. Não se contrata pessoa física para essa função, somente pessoa jurídica. As instituições fiscalizadoras como o Tribunal de Contas não admitem outra forma, pois, por vezes, há um entendimento de que a contratação deveria ocorrer por meio de concurso público.

Através de editais há o financiamento das supervisões para CAPS, o que aproxima o trabalho da clínica privada. Luciano Elia oferece uma visão bastante pertinente sobre o atual cenário e sugere a bolsa para supervisão como uma proposta interministerial, de MEC e Ministério da Saúde, em que é possível pensar a educação permanente em saúde de maneira intersetorial, articulada em Saúde e Educação do ponto de vista federal, mas também do ponto de vista dos municípios e microterritórios. Essa proposta foi feita quando ele era consultor do Ministério da Saúde e funcionaria como as atuais bolsas de órgãos como CNPq e Capes. *“Uma bolsa não tem as implicações de imposto de renda, não tem vínculo empregatício de carteira. Para alguns supervisores, isso parece uma perda de direitos trabalhistas,*

*mas não é. A função de supervisor é coisa de gente mais velha, de gente cascuda com uma experiência e sua vida econômica resolvida, carreira profissional resolvida, estabelecida. Hoje a maioria dos supervisores são muito fracos porque são pessoas mais jovens, sem experiência e estão ali querendo fazer sua carreira e ganhar o seu dinheiro (que aliás é mínimo, mas permite ascensão posterior de carreira) - muitos fazendo todas as concessões que você imagina para não perder o emprego”, pontua Luciano.*

Considerado um analisador fundamental, o pagamento pela SCI deve ser feito pelo poder público e a remuneração deve ser alta, segundo Luciano. Ele reforça sua discordância quanto a ideia de fazer da supervisão uma profissão, algo que ele associa, como já dito, a perfis de profissionais mais jovens: *“Claro que essa função tem que ser remunerada, e muito bem remunerada, porque o dinheiro não é só o analisador como o elemento fundamental na relação de trabalho. Quem paga eu acho que tem que ser o poder público, tem que ser o município. Quando falei em bolsa, eu falei isso com o Pedro Gabriel na época. Fazendo um parêntese, quando fui consultor, fiz parte quando o Ministério da Saúde disponibilizou uma verba para a supervisão (...) seria como uma bolsa. A bolsa da Capes passa pelos programas de pós-graduação, mas ela é do bolsista, vai direto para o bolsista. Eu acho que seria uma solução, mas...”*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo histórico de institucionalização da SCI ocorreu em articulação com a reforma do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Esse modelo, por sua vez, passou, nas últimas quatro décadas, por uma transformação que abrange segmentos, atores e posturas sociais diversos. As práticas profissionais para produzir o cuidado, fazer a gestão e formar os profissionais foram alteradas de maneira profunda. Esse percurso não foi tranquilo, mas sim marcado por conflitos, rupturas, embates e calorosas reuniões de saberes e profissionais pensantes, questionando interesses e forças que "fazem da saúde um negócio privado" (YASUI, 2019, p. 209).

Consideramos que foi por meio da SCI que os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica se configuraram como política pública, fazendo com que o modelo hospitalocêntrico, de internações e isolamento das pessoas com transtornos mentais, fosse questionado e desmontado. Dessa forma, a SCI contribuiu para dar origem a um modelo de atendimento em liberdade, pautado na saúde como um direito social reafirmado nas conferências nacionais de saúde mental, na Lei 10.216, "na publicação de centenas de portarias e normatizações do Ministério da Saúde, em especial a Portaria 3.088 de 2011, que normatiza a Rede de Atenção Psicossocial (Raps)" (YASUI, 2019, p. 209-210).

Tendo em vista as cenas, as imagens e as histórias narradas pelos entrevistados, entendemos que a SCI compartilha dos pressupostos éticos, técnicos e políticos, do cuidado e da humanização constitutivos da Atenção Psicossocial. Ao longo da caminhada da SCI no processo de institucionalização, ela reforçou as noções de multi(inter)disciplinaridade, projeto terapêutico singular, horizontalidade no trabalho, articulação de rede no território e inclusão da família e comunidade para ampliação dos laços sociais. Esse movimento sofreu uma guinada com a deposição, via golpe, da presidente Dilma Rousseff, em 2016. A partir daquele momento o Ministério da Saúde passou a ser tomado por representantes que atuam contra o trabalho até então realizado na Saúde Mental, na Atenção Psicossocial e no SUS.

A Emenda Constitucional 95/2016 limitou por 20 anos os gastos públicos, impactando de maneira negativa o já fragilizado Sistema Único de Saúde. Entre as modificações trazidas pela emenda estão o retorno do hospital psiquiátrico como lugar de cuidado e a permissão da ampliação de recursos para as chamadas Comunidades Terapêuticas, além da promoção do retorno de ofertas ambulatoriais. A



abstinência é foco de uma nova política aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), em 2018.

O desmonte do trabalho desenvolvido desde a década de 1980 seguiu em ritmo acelerado após a eleição de Jair Bolsonaro à presidência da República, em 2018. Poucos meses após sua posse, uma norma técnica (11/2019-Cgmad/Dapes/SAS/MS) expôs as intenções de sua gestão para a saúde mental brasileira. A partir daí, a Raps tem hospitais psiquiátricos reintegrados, entidades religiosas ganham abertura para gerenciar comunidades terapêuticas e o eletrochoque volta a ser procedimento ofertado pelo SUS. Além da já citada abstinência para a dependência química, o governo federal atual troca o termo “substitutivo” por “complementar” para definir os serviços de atendimento como o Caps, que agora é “complementar ao hospital psiquiátrico”.

Participação, solidariedade e compartilhamento são alguns dos valores presentes, de forma implícita, no trabalho da Atenção Psicossocial e do SUS, os quais estão sendo, à luz do dia, solapados e substituídos por valores que condizem com o viés neoliberal que impregna cada aspecto da vida das pessoas no Brasil: lucro, competição, individualismo, precarização e meritocracia. A desassistência é uma das consequências para a Saúde Coletiva, enquanto se fortalece de maneira inquestionável a ideia de que a lógica privada é eficiente, o que faz com que os recursos públicos destinados à saúde causem prejuízos imensos aos serviços, seus profissionais e usuários.

Considerando os retrocessos políticos relatados, alguns entrevistados destacaram que esta pesquisa apresenta não somente uma linha do tempo, como também um exercício de trazer articulações semânticas, políticas e conceituais para deixar testemunho do percurso potente da SCI. Esse percurso ainda não foi reconhecido, na totalidade de sua importância, para o processo formativo dos agentes de saúde mental. Entendemos por esses agentes todos os participantes na criação e sustentação da rede de dispositivos comunitários territoriais, também nomeados de substitutivos aos hospitais de internação manicomial. Nesse sentido, o trabalho buscou articular uma série de textos oficiais, acadêmicos e de outras fontes, construindo um mosaico de pensadores que refletem sobre a prática da SCI e incluindo, nesse mosaico, algumas entrevistas concedidas por atores imprescindíveis na história da Reforma Psiquiátrica, permitindo o olhar para a diversidade que atravessa o processo de institucionalização da SCI e possibilitando reflexões em relação aos seus diferentes

aspectos.

Diante dessas intenções, faz-se necessário pontuar que a pesquisa-intervenção, como metodologia, é uma ode às narrativas de experiências legítimas, com referência à cartografia aqui realizada e à compreensão dela resultante. Com isto, reforçamos que intervir na esfera social e produzir conhecimento, em especial nas universidades públicas e no contexto atual brasileiro, são ações indissociáveis e potentes de mobilização.

O processo de Revisão Integrativa de Literatura (RIL) e a produção das narrativas possibilitaram aproximações com as histórias, usos e sentidos relacionados, pelos entrevistados, ao processo de institucionalização da SCI. Entretanto, neste estudo, não pudemos contemplar e incluir todos os protagonistas que compuseram o cenário de sua implementação no Brasil. Há outros participantes que poderiam ser ouvidos, de maneira que vislumbramos a necessidade de pesquisas que deem continuidade a essa escuta.

Destacamos que por meio da RIL encontramos leituras potentes sobre a SCI. Entretanto, através da estratégia de busca selecionada não foi possível esgotar os diversos estudos publicados. Um exemplo disso é que não se localizou e, portanto, não se selecionou as publicações que, no processo de indexação, não incluíram como descritor o termo “Supervisão Clínico-Institucional”, mas que poderiam, porventura, tratar da temática sob outro descritor. Nesse sentido, outras pesquisas poderiam realizar buscas mais amplas, com diferentes estratégias, considerando outras bases de dados.

Se, por um lado, identificamos essas limitações, por outro vislumbramos, a partir da escuta dos entrevistados e da RIL, que a SCI é um campo marcado pela tessitura operada por atores com uma diversidade de origens teórico- conceituais. Essas diferenças não são rivais, tampouco necessariamente complementares, mas com certeza agregam ao campo uma diversidade importante e potente, uma potencialidade de fomentar as trocas e os encontros entre os atores em um campo de ação autônoma e livre, por exemplo, fóruns, clube de saberes, dentre outros espaços coletivos.

Esses espaços operariam como um lugar instituinte, não necessariamente marcado pela chancela do Estado. Seriam lugares de gestão autônoma dos supervisores clínico-institucionais, onde se pensasse e produzisse trocas entre os protagonistas de um movimento. Nesse espaço poderíamos interrogar analisadores

como a privatização do SUS por meio das OS, o enfraquecimento do SUS, o fortalecimento dos princípios da atenção psicossocial, o analisador dinheiro, os processos formativos dos trabalhadores e outros dispositivos de educação permanente.

Diante do exposto, a relevância da pesquisa consiste em enunciar a SCI como um exercício de micropolíticas de resistência aos retrocessos. A SCI em ato é um campo de absoluta resistência ao cenário de enfraquecimento das políticas públicas (revogações). Tentativas de ampliá-la e de capilarizar seu uso, como a Escola de Supervisores, por exemplo, reforçam sua importância como meio de construção de estratégias que visem sua permanência e fortalecimento. Dessa forma, um dos conceitos mais marcantes da AI e que contribui para pensarmos os usos e sentidos da SCI é a análise da implicação. A implicação não é um processo apenas psíquico, tampouco inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa (BAREMBLITT, 2012). Apesar dessa complexidade, a delicadeza é o que diferencia o trabalho em AI. Tomamos *olugar* que ocupamos no mundo e a partir do qual nos posicionamos, propiciando a explicitação dos conflitos, enfrentando uma pseudoneutralidade que em muito empobrece a leitura e o entendimento da realidade (LOURAU, 1993). Portanto, a análise da implicação contribui para que o supervisor clínico-institucional possa corroborar e colaborar com o processo de mudança do modelo assistencial, assumindo um compromisso ético-político com a transformação da sociedade brasileira e proporcionando aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos profissionais que já atuam nesses espaços uma oportunidade de reflexão em suas próprias práticas.

De acordo com os entrevistados, de modo geral, o cenário pandêmico, com seus atravessamentos sanitários, políticos e econômicos, está marcado pela violência institucional, em que os psicólogos atuam *“afogados na consulta”*, a *“divisão do trabalho e do cuidado está fragmentada e burocratizada, e isso é um analisador”*. *A enfermagem faz o acolhimento tipo-triagem e, na reunião de equipe, encaminha para os psicólogos. O coordenador das especialidades olha para o Caps na perspectiva de quem faz consultas. As agendas estão informatizadas e quem as organiza é o coordenador administrativo. Se há três faltas ocorre o desligamento e a alta administrativa, o terapeuta nem fica sabendo*. Os entrevistados dizem que *“Isso é passível de processo ético. É muito grave o que está acontecendo”*. Hoje o que vale é o financeiro, o *“quantitativo de consultas, não a necessidade do paciente, muito menos*

*o vínculo*".

Considerando uma análise da implicação da própria pesquisadora, que mesmo durante a realização do doutorado não interrompeu os trabalhos com aSCI junto aos trabalhadores no campo da saúde mental – pelo contrário, assumiu a supervisão de novas equipes, se posicionando permanentemente com a perspectiva da responsabilidade civil, sanitária e ética – concordamos com a perspectiva trazida pelos entrevistados, na medida em que a pesquisadora, ao realizar supervisões, encontrou e encontra um cenário similar, com a marca da violência institucional descrita acima. A própria pesquisa fomentou o *ethos* da SCI nas ações da pesquisadora, promovendo rupturas em ações micropolíticas.

Considerando a RIL e as narrativas de alguns dos entrevistados, compreendemos que a Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005, foi um marco para a institucionalização da SCI, fomentada pelo Ministério da Saúde. Anteriormente à publicação da Portaria, existiram ações financiadas pelas próprias equipes supervisionadas e publicações organizadas pela sociedade civil, as quais fomentaram movimentos instituintes da SCI, mas que até então não eram instituídos pelo poder do Estado. Posteriormente à publicação da portaria, um considerável aumento do financiamento governamental para a operacionalização da SCI em diversas regiões brasileiras ocorreu. Essa é uma marca histórica do processo de institucionalização da Supervisão no Brasil.

Entrelaçando a revisão bibliográfica com as narrativas de alguns dos entrevistados, afirmamos que a história da SCI acontece nas teias e arranjos da própria história da Reforma Psiquiátrica, diferente da ideia de que ela tenha seu nascimento na portaria de 2005, embora sua institucionalização possa, em parte, ser entendida tendo como marco o ano de 2005. A noção de que a história da SCI acontece *pari passo* com a RP torna-se plausível quando percebemos que suas origens remontam aos primeiros movimentos da reforma psiquiátrica no Brasil na década de 1970, referindo-se à influência da psicanálise argentina e, em desdobramentos posteriores, da Análise Institucional de Lourau e da Filosofia da Diferença/Esquizoanálise. Nesse sentido, para ela, a supervisão clínico-institucional não é um lugar de plena concordância, um lugar pacífico. A SCI é um campo de tensões, necessariamente político, afirmando que se toma o pêndulo da Política Pública de Saúde Mental e se puxa à esquerda, porque a inércia sempre puxa à direita.

A partir desta pesquisa consideramos que o lugar do supervisor é exercer uma função de terceiro, uma função que opera um cuidado e cujo compromisso é enunciar o não dito para fomentar mudanças institucionais e de práticas profissionais. Para que a SCI opere com a gestão, em uma relação de composição do campo de forças, ela precisa se diferenciar com clareza dessa tarefa. Se a gestão, no âmbito da saúde, tem como objetivo ser a guardiã do pacto coletivo da equipe com os compromissos ético-políticos da atenção psicossocial, a SCI tem como função colocar em análise a implicação dos gestores, para firmar esse compromisso. Para que exerça essa função, pode lançar mão de ferramentas teórico-conceituais da AI, da psicanálise, da psicopedagogia institucional, da esquizoanálise, dentre outras. Pode também operar com a análise dos processos de trabalho, com a leitura de textos, com a discussão de casos clínicos, alinhada com ações de educação permanente, articulações intersetoriais, dentre outras.

Tendo como referencial os parâmetros descritos no corpo desta tese, acreditamos tornar-se imperativa a configuração de dispositivos formativos que sustentem o cuidado no cotidiano das práticas na clínica da Atenção Psicossocial, entendendo que a SCI ocupa um lugar clínico e político estratégico, sustentando a dimensão do modelo de horizontalidade preconizado pela política do CAPS e, em sua diversidade de saberes, permeando a circulação do não-saber, também mantendo a dimensão da singularidade e implicando todos os atores envolvidos na cena clínico-institucional. Ainda, articulando questões institucionais que complexificam a dimensão clínica nos CAPS, considerando as noções de sujeito, serviço, território e rede, fortalecendo a diversidade de saberes na construção de casos clínicos, considerando as particularidades de cada sujeito como forma de condução do trabalho, situando-o na relação entre a clínica e a política, integrando e considerando as dimensões de si mesma na construção do serviço através da supervisão, da integração entre equipe de cuidado e da construção do projeto terapêutico, assim articulando sujeito, rede, território e autonomia (ALBUQUERQUE, 2013).

Explorando a dimensão didático pedagógica do exercício da análise da implicação quando efetuado com a SCI, o supervisor Clínico-Institucional ocupa lugar estratégico entre a clínica e a política, sustentando a dimensão do modelo de horizontalidade preconizado pela política do CAPS em sua diversidade de saberes e permeando a circulação do não-saber, mantendo a dimensão da singularidade e implicando todos os atores envolvidos na cena clínico-institucional.

Entendemos que há impasses quanto ao modo como a SCI, em seu processo histórico, é ou não financiada pelo Estado, o que denominamos analisador-dinheiro. Esse tema é pertinente à medida que coloca em questão as condições de possibilidade do exercício da SCI como atuação profissional autônoma, por definição. É crescente o número de profissionais que escolhem atuar como supervisor clínico-institucional. O que se coloca em questão é a condição de possibilidade de que a SCI seja um ofício. Seria possível? Vislumbramos, aqui, a necessidade de meios formais de financiamento que não o pagamento direto e individual por parte das equipes ao supervisor. Para a pesquisadora, essa é uma questão fundamental na medida em que, em seu exercício profissional como supervisora clínico-institucional, vivencia diferentes formas de contratação. O dinheiro, como um marcador cultural de legitimidade, configura uma condição para a vinculação do supervisor às equipes, mesmo aquelas que possuem vínculo institucional com a universidade, por ela recebendo o pagamento pelas atividades de extensão e produção de conhecimento.

Consideramos que a utilização das narrativas como meio de produção de conhecimento aponta que a ciência e a pesquisa devem ser transversalizadas pela macro e micropolítica (DELEUZE; GUATTARI, 1996). A macropolítica é a insistência na redução da vida ao que é conhecido de maneira racional, enquanto a micropolítica se desenvolve no que escapa a essa lógica, no lugar onde se desenvolvem opressões ou deslocamentos criativos. Dessa forma, ao colocar em questão a história, os usos e sentidos da SCI, pudemos fazer dessa pesquisa um dispositivo para acompanhar a dimensão processual da institucionalização da SCI no Brasil. “Essa possibilidade envolve sustentar um plano de indagação que provoque o pensar, uma dobra sobre si mesmo que agencie a vida de maneira processual e singular em conexão com o ato de pesquisar” (ROMAGNOLI; PAULON, 2014, p.10).

Os questionamentos, no entanto, não podem parar no âmbito geral, devem acontecer nas entrelinhas e situações menores, específicas, pois como toda prática analítica, pensar a história, os usos e sentidos da SCI é um exercício de “situar e relativizar sua ação [...] opondo-se passo a passo aos hábitos repressivos, ao burocratismo, ao maniqueísmo moralizante que contaminam atualmente os movimentos revolucionários” (GUATTARI, 1987, p. 176).

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S; PALOMBINI, A. L. Supervisão em CAPS: uma abordagem psicanalítica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.32. n. 3, p. 716-729, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300015>. Acesso em: 10 ago. 2021.
- ALBUQUERQUE, D. D. da R. **Do escudo ao escuto: contribuições da supervisão clínico-institucional para a interface psicanálise e saúde mental em CAPS AD**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) –Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/191>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- ALVAREZ, P.E.S. Supervisão clínico-institucional: refletindo os princípios da reforma psiquiátrica. *In*: CONGRESSO VIRTUAL DE GESTÃO, EDUCAÇÃO EPROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 2014, [s.l.]. **Anais [...]**. São Paulo: [s.l.], 1994. Disponível em: [https://www.convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/2014\\_61\\_9492.pdf](https://www.convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/2014_61_9492.pdf). Acesso em: 28 nov. 2021.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras estórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. *In*: FERNANDES, M.I. (Org.). **Fim de século**: Ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, p. 47-55, 1999.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *In*: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, C. A. **Supervisão coletiva: uma clínica da clínica**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/2014\\_d\\_CamilaAndrade.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/2014_d_CamilaAndrade.pdf). Acesso em: 13 ago.2021.
- ATENÇÃO. *In*: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/aten%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 13 mar. 2021.

ÁVILA, L. A. A psicanálise das configurações vinculares e a supervisão de equipes de assistência social. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 10, n. 2, p. 1-6, 2013.

BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 568-576, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400009>.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: FGB/IFG. 2012.

BARLETA, C. M. B. **Supervisão clínico-territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes de atenção psicossocial**. 2015. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.btdt.uerj.br/handle/1/14570>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BARROS, R. B. Institucionalismo e dispositivo grupal. *In*: RODRIGUES, H. C.B.; ALTOÉ, S. (Orgs.). **Saúde Loucura 8: Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Pista 8: por uma política da narrativa *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, v.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

BORGES, R. A. C. *et al.* O trabalho de supervisão como dispositivo de transformação das práticas psicossociais em Saúde Mental. **Saúde em Debate**. v. 33, n. 82, p. 264-272, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341771009>. Acesso em: 10 de ago. 2021.

BRAGA, C. Reabilitação psicossocial no Brasil hoje. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL WAPR-Brasil. 2021. [s. l.]. **Online**. [Canal NUPPSAM / IPUB / UFRJ] **Online**. Disponível em: <https://youtu.be/LT-VdCl5q7A> &gt;. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 janeiro de 1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília,



1994.

BRASIL. **Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Brasília: Senado Federal, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 1174/GM de 7 de julho de 2005**. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>. Acesso em: 14 alguma coisa 2021b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde investe mais de R\$65 milhões na ampliação da rede de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRÊDA, M.Z.; ALBUQUERQUE, M.C.S.; Ribeiro, M.C. A escola de supervisores clínico-institucionais: estratégias de formação para humanização e qualificação das práticas de atenção psicossocial. **Psicologia & Saberes**, v.4 n. 5, 2015. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/765>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BROIDE, E. E. Porosidades clínicas: diálogo entre a psicanálise e a saúde coletiva. *In*: BROIDE, J.; BROIDE, E. E. **A Psicanálise em Situações Sociais Críticas: Metodologia Clínica e Intervenções**. São Paulo: Escuta, 2013, p. 466.

BROIDE, J. A transferência e o território: algumas considerações. *In*: BROIDE, J.; BROIDE, E. E. **A Psicanálise em situações sociais críticas: Metodologia Clínica e Intervenções**. 2 ed. São Paulo: Escuta, 2016. p. 192.

BROIDE, J.; BROIDE, E. E. **A psicanálise em situações sociais críticas**:

metodologia clínica e intervenções. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2016. CAMPOS, G. W. de S. (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, R. O. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces**. 2. ed. São Paulo:Hucitec, 2014.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo,:Livraria Atheneu, 1984

CERVO, A. *et al.* **Metodologia científica**. São Paulo: Person, 2007.

CHUNG, V. M. N. V. ; MENDONCA, G. C. ; VELOSO, V. G. M. Quando a instituição leva em consideração a subjetividade do paciente. **CliniCAPS**, v. 11, p. 05, 2010. Disponível em: [https://clinicaps.com.br/clinicaps\\_revista\\_11\\_relato.html](https://clinicaps.com.br/clinicaps_revista_11_relato.html). Acesso em: 10 ago.2021.

COIMBRA, C. M. B. A supervisão institucional como intervenção sócio analítica. **Psicol. cienc. prof.**, v. 9, n. 1, 2012 [Data do Fascículo: 1989]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931989000100008>. Acesso em: 9 ago. 2021.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M.L. do. Análise de implicação: desafiando nossas práticas de saber/poder. *In*: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. (orgs.). **Subjetividade, violência e direitos humanos**. Niterói:EDUFF, 2008.

CORDEIRO, L., GODOY, A., SOARES, B. C. A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.22, n. Suplemento Especial, p. 153-159, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.040>. Acesso em: 13 ago. 2021.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed. da Unesp, 2013.

COSTA, R. B. **A supervisão Clínico Institucional em Análise: a narrativa de uma experiência**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. Disponível em: <http://eeaac.uff.br/wp-content/uploads/sites/233/2020/06/ROBERTA-BEZERRA-COSTA.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. *In*: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau,2003. p. 13-44.

COUTINHO, A. R. **Da transferência à transversalidade: o devir dos conceitos e a variação do plano da clínica**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

- COUTINHO, A. R.; MEDEIROS, E.; TRINDADE, T. F. **Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional**. *Mnemosine*, v. 8, n. 2, p. 24-50, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/339237288\\_Supervisao\\_em\\_grupo\\_consideracoes\\_sobre\\_um\\_dispositivo\\_clinico\\_institucional](https://www.researchgate.net/publication/339237288_Supervisao_em_grupo_consideracoes_sobre_um_dispositivo_clinico_institucional). Acesso em: 10 ago.2021.
- DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia**:vol.3. Rio de Janeiro: 34, 1996.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia**: vol.1. Rio de Janeiro: 34, 1977.
- DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB** (UFRJ), v. 14, p. 113-122, 1999.
- DELGADO, P. G. Supervisão clínico-institucional: Conceito & História. *In*: NUNES FILHO, A. (org.). **Supervisão em saúde mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013. p. 18-27.
- DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfqsDK7bkn/?lang=pt> . Acesso em: 26 jun. 2020.
- DESPRET, V. Leitura etnopsicológica do segredo. **Fractal: Revista de Psicologia** [online], v. 23, n. 1, p. 05-28, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000100002>.
- DEVERA, D. **A reforma psiquiátrica no interior do estado de São Paulo: psiquiatria reformada ou mudança paradigmática?** 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Assis, 2005. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97623/devera\\_d\\_me\\_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97623/devera_d_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 28 nov. 2021.
- DEVERA, D., COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev Psicolda UNESP**, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/46/87>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- DUNKER, C.; SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR., N. da. (Orgs). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Autêntica. São Paulo, 2021.
- FAGUNDES, S. *et al.* **Atenção básica em produção: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, [Série Atenção Básica e Educação na Saúde], 2014.
- FARIA, J. G. **Supervisão e atenção psicossocial**: um encontro necessário da

clínica com a instituição. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188783>. Acesso em: 21 ago. 2021.

FARIA, J. G., SCHNEIDER, D. R. Supervisão Clínico-Institucional: uma retrospectiva programática. **Sau. & Transf. Soc.**, v.11, n.2, p. 58-66, 2020. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5498/567>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FERREIRA, T.; GOYATÁ, F. A Supervisão Clínico-Institucional: dos Riscos edas Possibilidades. *In*: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Caderno Saúde Mental 3**. Saúde Mental: Os Desafios da Formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010a. Disponível em: [http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/caderno\\_SM3\\_Os\\_desafios\\_da\\_formacao.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf). Acesso em: 23 set. 2021.

FERREIRA, A. F.; GOYATÁ, F. J. R. A Supervisão e o Supervisor Clínico-Institucional dos riscos presentes e das possibilidades. **Revista Clinicaps**[online], n. 12, 2010. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1R0-9M8o5vk9glljj4klJQOM\\_P47YUVGF/view](https://drive.google.com/file/d/1R0-9M8o5vk9glljj4klJQOM_P47YUVGF/view). Acesso em: 29 abr. 2014.

FINELLI, L.A.C, SAMUDIO, J.L.P., RIBEIRO, J.O., SANTANA, T. F. T. A supervisão clínico-institucional na percepção dos profissionais de um CAPS- AD. **Revista Bionorte**, v. 5, n. 2, p. 93-104, 2016. Disponível em: [http://www.revistabionorte.com.br/arquivos\\_up/artigos/a61.pdf](http://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a61.pdf). Acesso em: 28 nov. 2012.

FISCH, M. A. P. de. Supervisão clínico-institucional e atuação do psicanalista. **Percorso**, n. 12, ano 1, p. 97-103, 1994. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1m1vkydhanaldICcL-icarT-ofWLOcdFq/view>. Acesso em: 27 nov. 2021.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243-327.

FOUCAULT, M. Genealogia e poder. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004, p. 167-177.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão**. 42 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos** (1920-1923). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GUATARRI, F. **A revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GALLIO, G.; CONSTANTINO, M. Françoise Tosquelles: A escola de liberdades. *In*: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura 4: grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec,

1994.

HUR, D. U. Guattari e a ecosofia. **Rev. Psicol. Polít.**, São Paulo, v. 15, n. 33, p. 423-430, 2015. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2015000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 nov. 2021.

IMPLICAÇÃO. *In*: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2021. Disponível em:

<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/implica%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 13 mar. 2021.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In*: Pitta, A. (Ed.), **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 55-59.

KINKER, F. S.; MOREIRA, M. I. B. Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise. **Saúde Debate**, v. 45, n. 128, p. 178-190, 2021.

KOSSOVITCH, E. A. Biografema de Mário de Andrade: do plural. **Trans/Form/Ação** [online], v. 9-10 [Acessado 23 Novembro 2021], pp. 57-85, 1987. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0101-31731987000100007>.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LEAL, M. E. A Formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. *In*: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (Orgs.). 12 Anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, ano. 1, n. 1., 2008.

LEMOS, P. M. **Considerações Éticas sobre o Centro de Atenção Psicossocial no contexto cearense**: o olhar do supervisor clínico- institucional. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6816/1/2012-DIS-PMLEMOs.pdf>. Acesso: 19 ago. 2021.

LOPES, C.M. **Supervisão de saúde mental no programa médico de família de Niterói**: uma ferramenta de inclusão da saúde mental na atenção básica.

2020. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, 2020. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Dissertacao%20Carmen%20Lopes%20Final%20Corrigid a.pdf>.

Acesso em: 24 ago. 2021.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1996 [Texto original publicado em 1970].

LOURAU, R. Implicação e Transdução. *In*: ALTOÉ, S. (Org.). **Analista Institucional**

**em tempo integral.** São Paulo: Hucitec, 2003.

LOURAU, R. Pequeno manual de análise institucional. *In:* ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau** – analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004a, p. 122-127.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. *In:* ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau** – analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004b.

MANNONI, M. Risco e possibilidade da supervisão. *In:* STEIN, C. *et al.* **Asupervisão na psicanálise.** Trad. Eliana Borge Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992. p. 37-39.

MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise.** 12. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MERHY, E. E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. *In:* L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. (Org.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva.** V. 1., 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 579-596.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia** [online], v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>.

OLIVEIRA, J. A.M.; PASSOS, E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. **Polis e Psique**, v. 2, n. temático, p. 171-187, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40326>. Acesso em: 12 ago. 2021.

OLIVEIRA, J. A. M.; RODRIGUES, H. de B. C. Uma política de aliança intensiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)1. **Tempos Gerais** – Revista de Ciências Sociais e História da UFSJ, n. 2, p. 126-143, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/temposgerais/article/view/1437/1078>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. **Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OURY, J. **O coletivo.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009 [Trabalho original publicado em 1986].

PACHECO, S. R. G. A experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma terapeuta ocupacional em território do município do Rio de Janeiro. *In:*

CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL; CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS, DO FINANCIAMENTO À PRÁTICA, 14., 2016, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro, 2016, p. 97. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/download/4927/3597>. Acesso 17 de agosto de 2021.

PENKALA, F.; SOARES, M. S.; REMEH-de-ALBUQUERQUE, R. C. A escola de supervisores clínico-institucionais do estado do Maranhão: a narrativa de uma experiência. *In*: SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; ADORNO, R. (Orgs.). **Abramod: compartilhando saberes e construindo fazeres**, v. 2. Brasília: Technopolitik, 2018. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/19-6KVLA4thrYbhnYYHW44DerQpOG3G9S/view>. Acesso em: 27 nov. 2021.

PALOMBINI, A.L. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. *In*: PALOMBINI, A.L. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**, 2004, p. 151-151

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PAULON, S. M. **O virtual como dispositivo na clínica institucional**. 2002. Disponível em: [http://www.geocities.ws/instituente/simonepaulon\\_ovirtualcomodispositivonaclinicainstitutional.htm](http://www.geocities.ws/instituente/simonepaulon_ovirtualcomodispositivonaclinicainstitutional.htm). Acesso em: 28 nov. 2021.

PEREIRA, M. E. C. Pínel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano 7, n. 3, p. 113-116, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n3/1415-4714-rlpf-7-3-0113.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.

PICHÓN-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do Vínculo**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1998.

PIRES, R. R.; MENDES, M. Z. A. D. A formação do supervisor clínico- institucional: a experiência de um percurso. **Cadernos ESP/CE**, v. 7, n. 1, p. 59-67, 2019. Disponível em: <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/76>. Acesso em: 13 ago. 2021.

PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. *In*: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 158.

PITTA-HOISEL, A. M. **Sobre uma política de Saúde Mental**. 1984. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

PRANDINI, N. R. **Proposta de implementação da supervisão clínico-institucional em um CAPS III da cidade de Curitiba-PR**. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/60335>. Acesso em: 23 ago. 2021.

REABILITAÇÃO. *In*: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/reabilita%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, S.; COSTA, N. do R. (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

RIBEIRO, M. C.; SILVA, D. F. O tratamento do objeto da segregação pela supervisão clínico-institucional. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 8., 14., Rio de Janeiro, 2020. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2020. [Mesa Redonda: Objetividade e Clínica Psicanalítica]. Disponível em [http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Daniel-Fabricio-da-Silva\\_O-tratamento-do-objeto-da-segregac%C3%A7%C3%A3o-pela-supervisa%C3%A3o-cl%C3%ADnico-institucional-ATUALIZADO.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Daniel-Fabricio-da-Silva_O-tratamento-do-objeto-da-segregac%C3%A7%C3%A3o-pela-supervisa%C3%A3o-cl%C3%ADnico-institucional-ATUALIZADO.pdf). Acesso em: 17 ago. 2021.

ROCHA, M. L. da.; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 23, p. 64-73, 2003.

RODRIGUES, H. B. C. **As subjetividades em revolta**: institucionalismo francês e novas análises. 1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: Acesso em:

RODRIGUES, H. B. C. Um anarquista catalão: aventuras do freudo-marxismo na França. **Cadernos de Psicologia IP/UERJ**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 151-170, 1998. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 set. 2021.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade** [online], v. 26, n. 1, P. 44-52, 2014a. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>.

ROMAGNOLI, R. C.; PAULON, S.M. Escritas implicadas, pesquisadores implicantes: notas sobre os destinos da subjetividade nos desatinos da produção científica. *In*: DIMENSTEIN, M. L. J. (org.). **Psicologia em pesquisa: cenários de práticas e criações**. Natal: Editora EDUFRN, 2014b. p. 23-42.

ROSSANO, L. Reabilitação Psicossocial no Brasil Hoje. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL WAPR-BRASIL, 2021. [s. l.]. **Online**. [Canal NUPPSAM / IPUB / UFRJ]. Disponível em: <https://youtu.be/LT-VdCl5q7A>. Acesso em: 16 jun. 2021.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista Epos**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178). Acesso em: 26 set. 2021.



ROTELLI, F. *et al.* A instituição inventada. **Desinstitucionalização**, v. 2, p. 89-99, 1990.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** v.20, n. 2, p. 6-7, 2007.

SADE, C.; MELO, J. A política de narratividade na pesquisa-intervenção participativa. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 28, n. 4, p. 49-60, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190695>.

SAMPAIO, J. J. C; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral – CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **SANARE**, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2007. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/149>. Acesso em: 9 ago.2021.

SANTOS, G. L. G. **Sobre discursos e práticas**: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2008. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8261/1/arquivo3599\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8261/1/arquivo3599_1.pdf) . Acesso em: 28 nov. 2021.

SANTOS, R., G., H.; CAMPOS, R. O. Ambiência em um CAPS infanto-juvenil: a experiência de um Coletivo brincante. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, n. 15, p. 41-52, 2015. Disponível em: <http://stat.saudeetransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2187>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. **Reabilitação psicossocial no Brasil**, v. 2, p. 13-18, 1996.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. *In*: SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Cora, 1999, p. 176.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Te Corá**/Instituto Franco Basaglia;2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. *In*:PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 193-198.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SEGANFREDO, G. de F. C.; CHATELARD, D. S. Das Ding: o mais primitivos dos êxtimos. **Cad. Psicanal.**, v. 36, n. 30, p. 61-70, 2014 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952014000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952014000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 nov. 2021.

SEVERO, A. K. de S. **A institucionalização da supervisão na reforma**

**psiquiátrica brasileira:** (re)produção de controle e desvios junto às equipes de saúde mental. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SEVERO, A. K. de S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 50, p. 545-556, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0520>. Acesso em: 16 nov.2021.

SILVA, D. R. Atenção psicossocial. Processo de humanização dos excluídos. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: CLÍNICAS LÓGICAS COLECTIVAS, DEVENIRES, RESISTÊNCIAS, 9., 2011. Buenos Aires, Universidad Popular Madres de Plazade Mayo, 2010. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1S\\_-UhHq1S7cQf\\_M9MVWLvdJzVW5WrbE/view](https://drive.google.com/file/d/1S_-UhHq1S7cQf_M9MVWLvdJzVW5WrbE/view). Acesso em: 21 nov. 2021.

SILVA, G. M. da. **Processo de trabalho do supervisor clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na percepção dos supervisores.** 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/10297>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SILVA *et al.* O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, junho 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/07.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.

SILVEIRA, A. R. A Rua de Cada Um. **Revista Eletrônica do IPSM-MG** – Almanaque n. 23, 2021. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/a-rua-de-cada-um/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SOUSA, P. S. de M. e. **A inserção da psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira:** possibilidades e desafios. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6501/1/2010\\_PaulaSteindeMeloeSou sa.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6501/1/2010_PaulaSteindeMeloeSou sa.pdf). Acesso em: 27 nov. 2021.

SOUSA, M. M. Atuação Interdisciplinar no SUS: experiência de apoio institucional no CAPS de Horizonte - Ceará. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11, 2014. **Anais [...]**. Botucatu: Rede Unida, 2014 [Suplemento 3 Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação]. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/3840>. Acesso em: 12 ago. 2021.

STEFFEN, A. **Supervisão clínico institucional:** relato de experiência. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167194>. Acesso em: 23 ago.2021.

STEIN, C. Em que lugar, em que enquadre, para que fins falar de seus pacientes? *In*: STEIN, C. *et al.* **A supervisão na psicanálise.** São Paulo:Escuta, 1992, p. 15-35.

- STELLA, N. R. **Sofrimento, vulnerabilidade e resiliência de trabalhadores em saúde mental**: reflexões do cotidiano. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168496>. Acesso em: 20 ago.2021.
- VASCONCELOS, A. Os desafios da supervisão clínico-institucional. **Territórios Lacanianos**, n. 13 [Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise. A Diretoria na Rede], 2015.
- YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. *In*: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 47-59.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- YASUI, S. Apostas em uma Atenção Psicossocial menor. *In*: EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. (Orgs.). **Saúdeloucura 10** – tessituras da clínica: itinerário da reforma psiquiátrica. V. 1, 1ed. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 209- 231.
- YASUI, S. Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios. 2016. Tese (LivreDocência) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis,2016.
- YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. *In*: LANCETTI, A. *et al*. **SaúdeLoucura**. 3. ed. São Paulo:Hucitec, 2018.
- YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, v. 32, n.78/79/80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- VENANCIO, A. T. L.; EROTILDES, M.; DELGADO, P. G. (orgs.). **O campo da Atenção Psicossocial**: anais do 1º congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Té Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997.
- VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, v. 14, n. 41, 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/2317/2233>. Acesso em: 27 nov. 2021.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**“A Supervisão Clínico-Institucional: histórias, usos e costumes” Programa de pós-graduação em Psicologia  
Universidade Júlio de Mesquita Filho (Unesp – Assis).  
Pesquisadora Responsável: Disete Devera CAAE: 35048820.7.0000.5401**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é obrigatório para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução No 466 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para o projeto de pesquisa de intitulada “A Supervisão Clínico-Institucional: histórias, usos e costumes” sob a responsabilidade da pesquisadora Disete Devera, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Júlio de Mesquita Filho (UNESP – Campus de Assis).

### **Objetivos**

O objetivo geral da pesquisa é investigar o processo de institucionalização da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) no Brasil, ressaltando os principais elementos que a tornam um importante dispositivo de formação. Nesse sentido, o estudo promoverá o resgate da memória deste processo histórico de construção da SCI no Brasil, construindo narrativas hermenêuticas a partir do relato dado durante as entrevistas com os participantes. Os participantes convidados para as entrevistas são considerados protagonistas nesse processo. Por isso, tais narrativas estarão de acordo com o percebido pelos entrevistados que estiveram historicamente ligados ao processo de institucionalização da SCI.

Os objetivos específicos deste estudo são levantar e sistematizar as informações registradas em documentos governamentais e a produção acadêmica disponível nas bases de dados, para delinear o processo de institucionalização da SCI no Brasil; entrevistar alguns dos protagonistas que participaram do processo de institucionalização da SCI no Brasil; e, por último, construir e analisar as narrativas hermenêuticas privilegiando a perspectiva dos entrevistados.

### **Procedimentos**

Para concretizar esses objetivos, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, agendadas por meio de contato telefônico, com antecedência em

data, horário e local combinado diretamente com os participantes que aceitarem os termos do TCLE. Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. Estas gravações serão armazenadas por 10 anos em local seguro no departamento onde se desenvolve a pesquisa e sob os cuidados da pesquisadora principal. As entrevistas serão áudio gravadas e terão, em média, a duração de duas horas. Posteriormente, serão transcritas e transformadas em narrativas hermenêuticas.

No ato de assinatura deste termo o participante deverá indicar e explicitar concordância ou não com o uso de seu nome. Caso não deseje que seu nome seja anunciado na pesquisa, o seu anonimato será garantido. Neste caso, o pesquisador solicitará que você indique um codinome para que seja utilizado pelo pesquisador no processo de identificação, análise das entrevistas e confecção das narrativas.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação nesta pesquisa. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

### **Desconfortos e riscos**

A participação na pesquisa oferece riscos de baixa intensidade e indiretos para os sujeitos da pesquisa, que poderão eventualmente, sentir constrangimento ou incômodo decorrente da exposição de opiniões. Os sujeitos voluntários têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. Para minimizar tais riscos, a pesquisadora se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes. Algum incômodo poderá surgir pelo tempo de duração de cada atividade. O participante terá total liberdade de pedir para parar a atividade por alguns minutos; mudar o dia da aplicação; ou até mesmo, suspender sua participação.

### **Benefícios**

O desenvolvimento desta pesquisa permitirá o resgate histórico dos usos e costumes da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil e contribuirá com a discussão dos efeitos da SCL no processo formativo no âmbito dos serviços de saúde mental. Não haverá nenhum benefício direto ao participante da pesquisa.

### **Acompanhamento e assistência**

Na eventualidade de você se sentir muito constrangido, preocupado ou perturbado por conta da participação nesta pesquisa, o pesquisador se coloca à disposição para tirar dúvidas e prestar esclarecimentos, visando o acolhimento dos sujeitos participantes e a redução dos incômodos advindos do processo de pesquisa.

### **Sigilo e privacidade**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo, se assim você preferir. Nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, se assim você optar. Nesse sentido, marque uma das opções abaixo:

Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de uma tese de doutorado e de trabalhos científicos, divulgados em no meio acadêmico.

Em caso de dúvidas, a senhor(a) poderá solicitar informações com a responsável técnica pelo projeto de pesquisa – a discente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Disete Devera – a qualquer momento e sobre quaisquer aspectos éticos do projeto, pelo telefone: (19)99294-4196 ou pelo endereço eletrônico disetedevera@gmail.com.

Este termo foi elaborado em duas vias de igual teor, que após serem assinadas pela responsável pela pesquisa e pelo(a) senhor(a), uma via ficará com a senhor(a) e uma será devidamente arquivada. Res

peitando, portanto, o procedimento de padrão ético em pesquisa, pedimos que a senhora autorize sua participação, assinando este termo de consentimento.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde.

### **Declaração do participante**

Eu, \_\_\_\_\_,  
 declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima e que poderei optar pela retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa. Autorizo o uso das informações dadas por mim para fins acadêmicos. Ressalto abaixo o meu desejo sobre o sigilo e anonimato:

Eu quero manter o sigilo da minha identidade: SIM (  )                      NÃO (  )  
 Se sim, qual codinome gostaria que fosse utilizado?

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do pesquisador principal.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante.

**APÊNDICE B – AMOSTRA POR ESPÉCIE**

**1) produção acadêmica**

TCC	2
monografia	1
mestrado	4
doutorado	5
	12

**2) publicação indexada**

livro	1
capítulo de livro	3
artigo científico	35
	39

**3) evento científico**

anais em evento científico	5
	5
	56

**1) produção acadêmica**

doutorado

<a href="https://drive.google.com/open?id=144CfCs7vKXFTMxFxfAmj2E0VV-1XvH0t&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=144CfCs7vKXFTMxFxfAmj2E0VV-1XvH0t&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2012 - Oliveira - Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de saúde mental	PPG em psicologia clínica UFF
<a href="https://drive.google.com/open?id=1P2OnkWrD_loyLkfNkEZ0uWh_GDXHYo-u&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1P2OnkWrD_loyLkfNkEZ0uWh_GDXHYo-u&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2013 - Albuquerque - Do escudo ao escudo : contribuições da supervisão clínico-institucional para a interface psicanálise e saúde mental em CAPS AD	PPG em Psicologia clínica UCP
<a href="https://drive.google.com/open?id=1MOazQabFXI9T32xx4LA9RWRSj02IVn5f&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1MOazQabFXI9T32xx4LA9RWRSj02IVn5f&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2014 - Severo - A institucionalização da supervisão na reforma psiquiátrica brasileira:(re) produção de controles e desvios junto às equipes de Saúde Mental	PPG em Saúde Coletiva UNICAMP
<a href="https://drive.google.com/open?id=15Fx_Mci7CuntVuqcqQOIs02gl9Nol1PC&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=15Fx_Mci7CuntVuqcqQOIs02gl9Nol1PC&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2015 - Barleta - Supervisão Clínico-Territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial	PPG em Psicanálise UERJ



[https://drive.google.com/open?id=1P0mZPkgITvfQH1JBB5VRHdQaajfvULgW&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1P0mZPkgITvfQH1JBB5VRHdQaajfvULgW&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2017 - Faria - Supervisão e atenção psicossocial: um encontro necessário da clínica com a instituição PPG em Psicologia UFSC

5

mestrado

[https://drive.google.com/open?id=1pmRd8Z32x8JytKxhEPrrf-RkxW-InTfW&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1pmRd8Z32x8JytKxhEPrrf-RkxW-InTfW&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2010 - Silva - Processo de trabalho do supervisor clinico institucional nos centros de atenção psicossocial caps na percepção dos supervisores PPG em Psicologia UFSM

[https://drive.google.com/open?id=1BWFMIbLrz8N3Ytk1T9XZAY4HjMP4K2ws&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1BWFMIbLrz8N3Ytk1T9XZAY4HjMP4K2ws&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2012 - Lemos - Considerações éticas sobre o Centro de Atenção Psicossocial no contexto cearense: o olhar do supervisor clinico institucional PPG em Psicologia UFC

[https://drive.google.com/open?id=1npCwwtldbd7-Aqo5MLe1f52t1cWXPI-n&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1npCwwtldbd7-Aqo5MLe1f52t1cWXPI-n&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2017 - Costa - A supervisão clínico-institucional em análise : a narrativa de uma experiência PPG em ensino na Saúde UFF

[https://drive.google.com/open?id=1B3lcSjEFJWOzEBGKvYVLSQGasnBr3sGd&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1B3lcSjEFJWOzEBGKvYVLSQGasnBr3sGd&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2020 - Lopes - Supervisão de saúde mental no Programa Médico de Família de Niterói : uma ferramenta de inclusão da saúde mental na atenção básica PPG em Psicologia UFSJ

4

monografia

[https://drive.google.com/open?id=1sQsXpFvFQtV-0Oy83zB6EsVJVku\\_8bDj&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1sQsXpFvFQtV-0Oy83zB6EsVJVku_8bDj&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2014 - Stefen - Supervisão clínico institucional: relato de experiência Especialização em Enfermagem na Atenção Psicossocial

1

TCC

[https://drive.google.com/open?id=1kM2OfHMfjEiGuRceBHQubAlEHzC\\_XX3X&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1kM2OfHMfjEiGuRceBHQubAlEHzC_XX3X&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2010 - Brandão - A Supervisão clínico-institucional e a clínica ampliada Graduação em Psicologia FAVIP

[https://drive.google.com/open?id=17kjkfiUo-aLmT7EpSDc0-TlqhTVxN03p&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=17kjkfiUo-aLmT7EpSDc0-TlqhTVxN03p&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs) 2019 - Prandini - Proposta de implementação da supervisão clínico-institucional em um CAPS III da cidade de Curitiba-PR PPG em Gestão da Saúde UFPR

2

12

## 2) publicação indexada

artigo científico

<a href="https://drive.google.com/open?id=15bEGGx2lWjdd7bcLz7qT5d7JdG4NsQax&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=15bEGGx2lWjdd7bcLz7qT5d7JdG4NsQax&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	1989 - Coimbra - A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica	Psicologia: Ciência e Profissão
<a href="https://drive.google.com/open?id=1m1vkydhanaldICcL-icarT-ofWLOcdFq&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1m1vkydhanaldICcL-icarT-ofWLOcdFq&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	1994 - Fisch - Supervisao clinico-institucional e atuacao do psicanalista	Revista Percurso
<a href="https://drive.google.com/open?id=1hebBZIX6oQIQ8ssWVOV5rTgnW4yeoXQT2&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1hebBZIX6oQIQ8ssWVOV5rTgnW4yeoXQT2&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2007 - Sampaio, Carneiro - Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral- CE : planejamento, supervisão e reflexões críticas	Avances en Psicología Latinoamericana
<a href="https://drive.google.com/open?id=1G1ht8emlsReEJxiPEAUU_GEfVdXlv8Dw&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1G1ht8emlsReEJxiPEAUU_GEfVdXlv8Dw&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2007 - Pino - Um Seminário Clínico Teórico Como Espaço De Discussão Da Praticas Clinico Institucionais Na Saúde Mental	Revisão
<a href="https://drive.google.com/open?id=1FMMyAgfadAGc6XCitL9W8iyQdjK9MSRw8&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1FMMyAgfadAGc6XCitL9W8iyQdjK9MSRw8&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2008 - Leal - A Formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro.	Revista da Escola de Saúde Mental
<a href="https://drive.google.com/open?id=1PWVhBbtdEZcVK2vMSvSdHen3jBlkuqw-&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1PWVhBbtdEZcVK2vMSvSdHen3jBlkuqw-&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2008 - Figueiredo - Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial	Revista da Escola de Saúde Mental
<a href="https://drive.google.com/open?id=1iOpvGmZj9FpPElIT4hRiQtQfjtJDej&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1iOpvGmZj9FpPElIT4hRiQtQfjtJDej&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2009 - Calixto, Perez, Paravidini - O trabalho de supervisão como dispositivo de transformação das práticas psicossociais em Saúde Mental	Saúde em Debate
<a href="https://drive.google.com/open?id=1BEysOihqFRnL2UGXWT9uFt4doAtZwcP7&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1BEysOihqFRnL2UGXWT9uFt4doAtZwcP7&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2010 - Ferreira, Goyatá - A supervisão clínico-institucional: dos riscos e das possibilidades	Cadernos Escola de Saúde Pública (Minas Gerais)
<a href="https://drive.google.com/open?id=1F2GBRtDrNTU4g6Sh4F0CNKuz5MbSZFIA&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1F2GBRtDrNTU4g6Sh4F0CNKuz5MbSZFIA&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2010 - Chung - Quando a instituição leva em consideração a subjetividade do paciente	Clinicaps
<a href="https://drive.google.com/open?id=1R0-9M8o5vk9glljj4kIJQOM_P47YUVGF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1R0-9M8o5vk9glljj4kIJQOM_P47YUVGF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2010 - Ferreira, Goytacá - A Supervisão e o Supervisor clínico-Institucional: dos riscos presentes e das possibilidades	Clinicaps
<a href="https://drive.google.com/open?id=1S_-UhHq1S7cQf_M9MVWLvdJjZVW5WrbE&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1S_-UhHq1S7cQf_M9MVWLvdJjZVW5WrbE&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2011 - Silva - Atenção psicossocial. Processo de humanização dos excluídos	Revisão
<a href="https://drive.google.com/open?id=1Etdg2djEOTNQXFALqwQ1kTc-WR8bin2v&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1Etdg2djEOTNQXFALqwQ1kTc-WR8bin2v&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2011 - Goidanich - Em busca das tantas ilhas desconhecidas. Notas sobre uma experiência em supervisão clínico-institucional de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	Revista APOA

<a href="https://drive.google.com/open?id=1JhvVYe4qdOyG0FEc_5nnj8pqXWkbKMK-&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1JhvVYe4qdOyG0FEc_5nnj8pqXWkbKMK-&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2012 - Oliveira, Passos - Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de atenção psicossocial	Revista Polis e Psique
<a href="https://drive.google.com/open?id=1vc7P7H98tQgd8EAu1N6sGUz5si1h0MqL&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1vc7P7H98tQgd8EAu1N6sGUz5si1h0MqL&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2012 - Coutinho, Medeiros, Trindade - Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional	Mnemosine
<a href="https://drive.google.com/open?id=1vURQ0zNr0vHONaOFSyOH43U7FpbBwYAv&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1vURQ0zNr0vHONaOFSyOH43U7FpbBwYAv&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2012 - Silva et al - O processo de trabalho na supervisão clínico institucional nos centros de atenção psicossocial caps	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental
<a href="https://drive.google.com/open?id=1b6T0tRHGZJpywgKosCFoeiMBJx-8josA&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1b6T0tRHGZJpywgKosCFoeiMBJx-8josA&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2012 - Alberti, Palombini - Supervisão em Caps: uma abordagem psicanalítica	Psicologia: Ciência e Profissão
<a href="https://drive.google.com/open?id=1EK7PICtwcmq8pBHOfIXOWMovPe81CGf&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1EK7PICtwcmq8pBHOfIXOWMovPe81CGf&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2012 - Conti - Supervisão Clínico-Institucional em um CAPS AD no Rio Grande do Sul	Revista APOA
<a href="https://drive.google.com/open?id=1Kgs5lpl486dg00Yp4S5a8AOX1eX_0_Y&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1Kgs5lpl486dg00Yp4S5a8AOX1eX_0_Y&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2013 - Ávila - A psicanálise das configurações vinculares e a supervisão de equipes Vínculo de assistência social	
<a href="https://drive.google.com/open?id=1i2FY27Bs82YqXWt83Aaim3A7GQdIH1Lu&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1i2FY27Bs82YqXWt83Aaim3A7GQdIH1Lu&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2013 - Pires, Mendes - A formação do supervisor clínico-institucional : a experiência de um percurso	Ayvu: Revista de Psicologia
<a href="https://drive.google.com/open?id=1WE3UtPkTDSugTSPuGHukY53wzCb7fBKu&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1WE3UtPkTDSugTSPuGHukY53wzCb7fBKu&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2013 - Delgado - Supervisão clínico institucional : Conceito & História	Cadernos Escola de Saúde Pública (Minas Gerais)
<a href="https://drive.google.com/open?id=1SRVYtKXQbxvJw83apX9Hx7AZwOpW3FYr&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1SRVYtKXQbxvJw83apX9Hx7AZwOpW3FYr&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2013 - Barleta, Elia - A supervisão clínico - Institucional	Associação Psicanalítica de Curitiba em revista
<a href="https://drive.google.com/open?id=1G3aWvC30zxkwDanzgiufVbCVImLDQqMc&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1G3aWvC30zxkwDanzgiufVbCVImLDQqMc&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2014 - Vasconcelos - Supervisão clínico institucional e seus desafios	Territórios lacanianos
<a href="https://drive.google.com/open?id=1xdYuyM11FP2J-3wonkjgyCuJVxmSA9wO&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1xdYuyM11FP2J-3wonkjgyCuJVxmSA9wO&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2014 - Severo, Labbate, Campos - A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
<a href="https://drive.google.com/open?id=1c7QwaFzVP_05REsRfiW-yu6GwL2mc1o&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1c7QwaFzVP_05REsRfiW-yu6GwL2mc1o&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2014 - Cordeiro, Godoy, Soares - A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD	Cadernos Terapia Ocupacional (São Carlos)
<a href="https://drive.google.com/open?id=1nwV0WnPNi67VC9I_Glmtia9_2OY9qK1y&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1nwV0WnPNi67VC9I_Glmtia9_2OY9qK1y&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2014 - Alvarez - Supervisão clínico-institucional refletindo os princípios da reforma psiquiátrica	Anais do 12 Congresso Internacional da Rede Unida
<a href="https://drive.google.com/open?id=19f1pVA0Fp2kpWBckjME3hSAP_7FSP-VF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=19f1pVA0Fp2kpWBckjME3hSAP_7FSP-VF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2015 - Santos, Campos - Ambiência em um CAPS infanto-juvenil: a experiência de um Coletivo brincante	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental

<a href="https://drive.google.com/open?id=16_LWuxM2jfp1UZ2613GoO9l9petEX1rY&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=16_LWuxM2jfp1UZ2613GoO9l9petEX1rY&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2015 - Breda, Albuquerque, Ribeiro - A escola de supervisores clinico-institucionais : estratégias de formação para humanização e qualificação das práticas de atenção psicossocial	Revista Psicologia & Saberes
<a href="https://drive.google.com/open?id=125yw5o8DqE6qO_p70H-JaEqng25Fmdlo&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=125yw5o8DqE6qO_p70H-JaEqng25Fmdlo&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2015 - Oliveira, Rodrigues - Uma política de aliança intensiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Revista Tempos Gerais
<a href="https://drive.google.com/open?id=1kL2Kn-7dFKYWgpPOL12EkyJ606R7n_3&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1kL2Kn-7dFKYWgpPOL12EkyJ606R7n_3&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2016 - Finelli et al. - A supervisão clínico-institucional na percepção dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	Revista Bionorte
<a href="https://drive.google.com/open?id=1zlmfz4pyO5KH2Js78zGg5BS EWZL8AOKy&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1zlmfz4pyO5KH2Js78zGg5BS EWZL8AOKy&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2019 - Severo, LaBatte - Uma supervisão clínico institucional na reforma psiquiátrica na perspectiva da Análise Institucional	Trabalho, Educação e Saúde
<a href="https://drive.google.com/open?id=1YxBVPMxfd2vK46Th5xS0s3wXIR5MJgGp&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1YxBVPMxfd2vK46Th5xS0s3wXIR5MJgGp&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2019 - Silveira - A rua de cada um	Almanaque on-line
<a href="https://drive.google.com/open?id=1oHGsoa_wYEcqkUipWLYrS9K2BXUtM0BF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1oHGsoa_wYEcqkUipWLYrS9K2BXUtM0BF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2019 - Lima, Sampaio, Cunha - A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade	Physis: Revista de Saúde Coletiva
<a href="https://drive.google.com/open?id=1iZi413GGrsmx-4BHwjO2nmFoG4XMIuk&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1iZi413GGrsmx-4BHwjO2nmFoG4XMIuk&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2019 - Ribeiro, Silva - O tratamento do objeto da segregação pela supervisão clínico-institucional	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental
<a href="https://drive.google.com/open?id=1DS-yFJW2aVJSr9kk5fBXdJBaKdZEDk4X&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1DS-yFJW2aVJSr9kk5fBXdJBaKdZEDk4X&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2020 - Guarda et al. - Reflexões sobre o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional no centro de atenção psicossocial-CAPS	Brazilian Journal of Health Review
<a href="https://drive.google.com/open?id=1QhYTpn-lxzcB8tVrJBA9pFeMUet0hCc9&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1QhYTpn-lxzcB8tVrJBA9pFeMUet0hCc9&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2020 - Faria, Schneider - Supervisão Clínico-Institucional: uma retrospectiva programática	Saúde & Transformação Social

35

capítulo de livro

<a href="https://drive.google.com/open?id=1xbTRCP221gMgQ_V2_pLL97GmgaFSqoD&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=1xbTRCP221gMgQ_V2_pLL97GmgaFSqoD&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2013 - Onocko-Campos - Sejamos heterogêneos: contribuições para o exercício da Hucitec supervisão clínico-institucional em saúde mental	
<a href="https://drive.google.com/open?id=16Go0AXYGfNaX6naKOe7p2Sej3nqLzMlg&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=16Go0AXYGfNaX6naKOe7p2Sej3nqLzMlg&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2018 - Alves, Mendes - Supervisão clinico-institucional da rede de atenção Psicossocial : um breve relato de experiência	Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades
<a href="https://drive.google.com/open?id=19-6KvLA4thrYbhnYYHW44DerQpOG3G9S&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs">https://drive.google.com/open?id=19-6KvLA4thrYbhnYYHW44DerQpOG3G9S&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&amp;usp=drive_fs</a>	2018 - Penkala, Soares, Rameh - A Escola de Supervisores Clínico Institucionais do Estado do Maranhão : a narrativa de uma experiência	Abramd - coompartilhado saberes construindo fazeres

livro

[https://drive.google.com/open?id=1\\_g-F4\\_PjdySgSznIDrQyoHrJws0XDBfT&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1_g-F4_PjdySgSznIDrQyoHrJws0XDBfT&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs)

2010 - Sampaio et al. - Supervisão Clínico-institucional e a Organização da Atenção Psicossocial No Ceará

Hucitec

1

39

### 3) evento científico

anais em evento científico

[https://issuu.com/spesm/docs/e-book\\_informacao\\_saude\\_mental](https://issuu.com/spesm/docs/e-book_informacao_saude_mental)

2011 - Amorim - Supervisão clínico institucional como dispositivo de qualificação da atenção à saúde mental : relato de uma experiência

Atas do III Simpósio Luso-Brasileiro em Estudos da Criança.

[https://drive.google.com/open?id=1jKWEDqqP2cV3-cDAFhgIHtO6UM\\_LFKnQ&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1jKWEDqqP2cV3-cDAFhgIHtO6UM_LFKnQ&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs)

2014 - Sousa - Atuação interdisciplinar no SUS : experiência de Apoio Institucional no caps de Horizonte Ceará

Anais do 11 Congresso Internacional da Rede Unida

[https://drive.google.com/open?id=1GEHKANh920z8o-Kc\\_TcdwTq6s5AkfPqW&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1GEHKANh920z8o-Kc_TcdwTq6s5AkfPqW&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs)

2016 - Severo, Labatte - Os meandros de uma supervisão clínico-institucional na perspectiva da Análise Institucional

Anais eletrônicos do V Simpósio

[https://drive.google.com/open?id=1U8tkXQPm7vFe0k4TSHKPF4-280e2qoT&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1U8tkXQPm7vFe0k4TSHKPF4-280e2qoT&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs)

2016 - Pacheco - A experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma terapeuta ocupacional em território do município do Rio de Janeiro

Anais do XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional/2015

[https://drive.google.com/open?id=1EhWTFQ\\_BduQ2iwc2-DC6thS38MsFaK3z&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive\\_fs](https://drive.google.com/open?id=1EhWTFQ_BduQ2iwc2-DC6thS38MsFaK3z&authuser=manual.pesquisador%40gmail.com&usp=drive_fs)

2016 - Alves, Sampaio, Araujo - Supervisão clínico institucional: uma experiência de arte, afetos e criação

Anais do 12 Congresso Internacional da Rede Unida

5

5

56

## APÊNDICE C - ANÁLISE TEXTUAL

## Institucionalização da SCI

	Objetivo	Referencial teórico
2014 - Severo - A institucionalização da supervisão na reforma psiquiátrica brasileira:(re) produção de controles e desvios junto às equipes de Saúde Mental	<p>Analisar a institucionalização da supervisão clínico institucional no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco a experiência de supervisão no estado do Rio Grande do Norte.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☒ Identificar as especificidades que delinearão a supervisão em saúde mental coletiva no contexto das primeiras experiências da Reforma Psiquiátrica brasileira nos anos 1980 e 1990;</li> <li>☒ Realizar um levantamento sobre as reivindicações expressas na III e na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em torno da supervisão e como elas foram respondidas pelas portarias e editais ministeriais nos anos 2000;</li> <li>☒ Analisar o processo de inserção da supervisão na política de saúde mental do RN, e as relações construídas junto a uma equipe de um CAPS I em um dos municípios do RN.</li> </ul>	Não indica
2016 - Severo, Labatte - Os meandros de uma supervisão clínico-institucional na perspectiva da Análise Institucional	Analisar a institucionalização da supervisão clínico-institucional na Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco a experiência de supervisão no Rio Grande do Norte	Análise Institucional
2013 - Delgado - Supervisão clínico institucional : Conceito & História	Apresentar e discutir o contexto histórico e a delimitação conceitual da supervisão clínico-institucional como instrumento estratégico da reforma psiquiátrica brasileira.	Não indica
2020 - Faria, Schneider - Supervisão Clínico-Institucional: uma retrospectiva programática	Apresentar uma retrospectiva crítica aos editais de supervisão clínico-institucional, Problematizar a referida estratégia de formação em serviço e as ações de educação na saúde	Não indica

4

## Referencial teórico metodológico

	Objetivo	Referencial teórico
2013 - Barleta, Elia - A supervisão clínico - Institucional	Falta objetivo	Psicanálise
2017 - Costa - A supervisão clínico-institucional em análise : a narrativa de uma experiência	Mapear os saberes que sustentam a supervisão clínico-institucional e cartografar como esses saberes operam na construção da Supervisão Clínico-Institucional.	Apoio Paidéia
1989 - Coimbra - A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica	Abordar o conceito de supervisão, tratando dos diferentes aspectos que possibilitam que a SCI seja uma intervenção sócio-analítica	Análise Institucional
2013 - Albuquerque - Do escudo ao escudo : contribuições da supervisão clínico-institucional para a interface psicanálise e saúde mental em CAPS AD	Falta objetivo	Psicanálise
2015 - Barleta - Supervisão Clínico-Territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial	Tomar a supervisão como categoria articulável no campo da psicanálise, compreendendo-a como dispositivo clínico de transmissão, que promove efeitos na "formação" dos operadores no campo da saúde mental	Psicanálise
2012 - Coutinho, Medeiros, Trindade - Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional	Discutir questões da clínica e da rede de saúde mental, problematizando a prática Psicanálise de supervisão em seu surgimento na psicanálise e as concepções freudianas acerca das massas.	

2007 - Pino - Um Seminário Clínico Teórico Como Espaço De Discussão Da Práticas Clínico Institucionais Na Saúde Mental

Realizar uma análise da experiência de formação profissional com os trabalhadores da saúde e apresentar a importância deste espaço para a discussão e avaliação das práticas clínicas no interior das instituições públicas que cuidam da saúde da população. Articular a necessidade de a Universidade participar das práticas próprias da saúde da população contribuindo e criando laços entre o saber, a prática, e a construção e discussão dos atendimentos grupais.

Análise Institucional

7

### formação do supervisor clínico institucional

	<b>Objetivo</b>	<b>Referencial teórico</b>
2018 - Penkala, Soares, Rameh - A Escola de Supervisores Clínico Institucionais do Estado do Maranhão : a narrativa de uma experiência	Apresentar uma narrativa sobre a experiência das autoras enquanto facilitadoras no curso da Escola de Supervisores Clínico Institucionais do Maranhão	Não indica
2015 - Breda, Albuquerque, Ribeiro - A escola de supervisores clínico-institucionais : estratégias de formação para humanização e qualificação das práticas de atenção psicossocial	Relatar a experiência dos docentes da Escola de Supervisores Clínico Institucionais de Alagoas e apontar mecanismos de sustentabilidade e de fortalecimento enquanto dispositivo permanente de formação, de troca de experiência, circulação e produção de conhecimento.	Não indica
2013 - Pires, Mendes - A formação do supervisor clínico-institucional : a experiência de um percurso	Apresentar uma reflexão sobre a formação do supervisor clínico institucional	Não indica
2008 - Leal - A Formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro.	Discutir a formação do supervisor clínico institucional de CAPS, considerando três lições extraídas do processo de implantação da RAPS do município do Rio de Janeiro	Não indica
2010 - Ferreira, Goyatá - A supervisão clínico-institucional: dos riscos e das possibilidades	mostrar que o supervisor clínico-institucional precisa oferecer às equipes de CAPS ferramentas para elas se afastem de leituras morais, falta de entusiasmo e automação dos saberes no trabalho com os usuários do serviço.	Não indica
2011 - Silva - Atenção psicossocial. Processo de humanização dos excluídos	Trazer à luz da discussão três desafios que se caracterizam pelo grau de necessidade: Acessibilidade ao cuidado; Sustentabilidade das Ações e Qualificação do cuidado. Apresentar instrumentos que visam trazer integração e qualificação dos protagonistas que trabalham em serviços de saúde mental, na expectativa de alcançar uma boa prática clínica, articulada a melhor utilização dos recursos humanos e institucionais.	Não indica
2018 - Alves, Mendes - Supervisão clínico-institucional da rede de atenção Psicossocial : um breve relato de experiência	Relatar a experiência do curso de supervisão clínico institucional da RAPS do Ceará	Não indica

7

### Referencial teórico metodológico

	<b>Objetivo</b>	<b>Referencial teórico</b>
2011 - Goidanich - Em busca das tantas ilhas desconhecidas. Notas sobre uma experiência em supervisão clínico-institucional de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	Falta objetivo	Psicanálise



## praxis da supervisão clínico institucional

	Objetivo	Referencial teórico
2016 - Pacheco - A experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma terapeuta ocupacional em território do município do Rio de Janeiro	Relatar a experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma Terapeuta Ocupacional e as mudanças que esta provoca nos trabalhadores da rede,	Não indica
2013 - Ávila - A psicanálise das configurações vinculares e a supervisão de equipes de assistência social	Discutir a situação crítica das equipes que realizam intervenções de assistência social no Brasil, descrevendo os princípios que norteiam essas ações, e o auxílio que a supervisão clínico-institucional pode prestar a essas equipes.	Psicanálise
2019 - Silveira - A rua de cada um	Relatar uma experiência de SCI, tendo como referencia a psicanálise de orientação lacaniana	Psicanálise
2014 - Severo, Labbate, Campos - A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental	A experiência de supervisão clínico-institucional desenvolvida junto à rede de saúde mental de um município de pequeno porte do interior do Nordeste.	Análise Institucional
2019 - Lima, Sampaio, Cunha - A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade	Relatar a experiência vivenciada com a implantação da supervisão clínico institucional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Rio Grande do Sul-RS	Não indica
2010 - Brandão - A Supervisão clínico-institucional e a clínica ampliada	Perscrutar o Papel do Supervisor Clínico-Institucional no âmbito da Clínica Ampliada. Objetivos Específicos: - Contextualizar o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil; - Investigar as dimensões Clínica Ampliada; - Circunscrever a Supervisão Clínico-Institucional no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental.	Apoio Paidéia
2016 - Finelli et al. - A supervisão clínico-institucional na percepção dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas	Analisar as percepções dos profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Montes Claros MG sobre o dispositivo da supervisão clínico-institucional.	Não indica
2014 - Cordeiro, Godoy, Soares - A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD	Discutir processo de supervisão em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, CAPS-AD de uma cidade do estado de São Paulo com a finalidade de transformar as práticas da equipe de saúde, refletindo sobre o processo de produção em saúde e os processos de trabalho	Não indica
2010 - Ferreira, Goytacá - A Supervisão e o Supervisor clínico-Institucional: dos riscos presentes e das possibilidades	Apresentar a supervisão nos Serviços de Saúde Mental na perspectiva do lugar, da posição do supervisor, além de trazer as experiências na oficina de grupos	Psicanálise
2015 - Santos, Campos - Ambiência em um CAPS infanto-juvenil: a experiência de um Coletivo brincante	Refletir sobre a experiência de uma equipe de CAPSi, na criação e implementação de uma reorganização do trabalho a partir do dispositivo clínico-institucional	Psicanálise
2014 - Sousa - Atuação interdisciplinar no SUS : experiência de Apoio Institucional no caps de Horizonte Ceará	Relatar os resultados obtidos com a prática de supervisão realizada por uma psicóloga e uma assistente social no Caps Geral de Horizonte.	Não indica
2012 - Lemos - Considerações éticas sobre o Centro de Atenção Psicossocial no contexto cearense: o olhar do supervisor clínico institucional	Compreender o trabalho desenvolvido, no período entre 2004 e 2011, pelo grupo de supervisores de saúde mental do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói Objetivos Específicos ☒ Conhecer os antecedentes a partir dos quais se desenvolveu o trabalho da supervisão de saúde mental do PMF Niterói. ☒ Descrever o processo de trabalho desenvolvido pelos supervisores de saúde mental do PMF Niterói, no período de 2004 a 2011. ☒ Analisar o trabalho dos supervisores de saúde mental do PMF Niterói enquanto ferramenta de inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica	Não indica

2008 - Figueiredo - Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial	afirmar o supervisor clínico-institucional como operador do asseguramento da responsabilidade que deve ser compartilhada pela equipe.	Psicanálise
2012 - Oliveira, Passos - Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de atenção psicossocial	Construir uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de atenção psicossocial a partir do processo de supervisão do território	Não indica
2012 - Oliveira - Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de saúde mental	Construir uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de atenção psicossocial a partir do dispositivo supervisão	Esquizoanálise
2012 - Silva et al - O processo de trabalho na supervisão clínico institucional nos centros de atenção psicossocial caps	Descrever e analisar o processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Rio Grande do Sul, Brasil	Não indica
2009 - Calixto, Perez, Paravidini - O trabalho de supervisão como dispositivo de transformação das práticas psicossociais em Saúde Mental	Relatar a experiência de reformulação de um serviço de Saúde Mental o Centro de Assistência Psicossocial da Infância e Adolescência de Uberlândia, disparado pelo processo de qualificação financiado pelo Ministério da Saúde.	Não indica
2019 - Ribeiro, Silva - O tratamento do objeto da segregação pela supervisão clínico-institucional	Afirmar o supervisor clínico-institucional como operador do asseguramento da responsabilidade que deve ser compartilhada pela equipe	Psicanálise
2010 - Silva - Processo de trabalho do supervisor clínico institucional nos centros de atenção psicossocial caps na percepção dos supervisores	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 Específicos Analisar como se dá o processo de trabalho do supervisor 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 CPAS, 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	Não indica
2019 - Prandini - Proposta de implementação da supervisão clínico-institucional em um CAPS III da cidade de Curitiba-PR	Propor a implementação da Supervisão Clínico-institucional regular para profissionais de saúde que atuam em um CAPS III da cidade de Curitiba – PR. (Geral) Diagnosticar a situação atual do processo de trabalho multidisciplinar dos profissionais de saúde. Identificar fragilidades na Supervisão dos profissionais de saúde. Formular proposta técnica para implementação da Supervisão Clínico-institucional.	Não indica
2010 - Chung - Quando a instituição leva em consideração a subjetividade do paciente	Relatar a importância da supervisão clínico-institucional na construção de um caso clínico do Centro de Atenção Psicossocial em Buritizinho (MG)	psicanálise
2007 - Sampaio, Carneiro - Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE : planejamento, supervisão e reflexões críticas	Apresentar a supervisão institucional como ferramenta de planejamento e avaliação	Não indica
2020 - Guarda et al. - Reflexões sobre o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional no centro de atenção psicossocial-CAPS	Promover reflexões sobre o processo de trabalho do Supervisor Clínico-Institucional inserido no campo da Saúde Mental, assessorando, acompanhando e supervisionando os trabalhos exercidos pelos profissionais do CAPS.	Não indica
2013 - Onocko-Campos - Sejamos heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental	Falta objetivo	psicanálise
2011 - Amorim - Supervisão clínico institucional como dispositivo de qualificação da atenção à saúde mental : relato de uma experiência	Contextualizar historicamente as bases da política de saúde mental no Brasil e relatar uma experiência de SCI em Aquidauana / MS	Não indica

2014 - Vasconcelos - Supervisão clínico institucional e seus desafios	Apresentar a experiência de supervisão clínico-institucional desenvolvida em dois CAPS da rede de Saúde Mental da cidade do Recife.	Psicanálise
2014 - Stefen - Supervisão clínico institucional: relato de experiência	Relatar a experiência vivenciada com a implantação da supervisão clínico institucional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Rio Grande do Sul-RS	Não indica
2016 - Alves, Sampaio, Araujo - Supervisão clínico institucional: uma experiência de arte, afetos e criação	Descrever o processo de supervisão clínico-institucional ocorrido durante o ano de 2012 em uma equipe de um caps geral no sertão do Ceará	Não indica
2010 - Sampaio et al. - Supervisão Clínico-institucional e a Organização da Atenção Psicossocial No Ceará	Falta objetivo	Não indica
1994 - Fisch - Supervisao clinico-institucional e atuacao do psicanalista	Apresentar algumas reflexões sobre o trabalho de supervisor em instituições de saúde mental do Estado de São Paulo	Psicanálise
2012 - Conti - Supervisão Clínico-Institucional em um CAPS AD no Rio Grande do Sul	Focalizar a atenção integral em saúde mental voltada aos usuários de álcool e outras drogas a partir da prática de supervisão clínico-insitucional em um caps AD em um municipio e grande porte do Estado do Rio Grande do Sul	psicanálise
2014 - Alvarez - Supervisão clínico-institucional refletindo os princípios da reforma psiquiátrica	Apresentar reflexões sobre o trabalho do Supervisor Clínico-Institucional que, inserido no campo da Saúde Mental, atua assessorando, acompanhando e supervisionando os trabalhos exercidos pelos profissionais do CAPS.	Reforma psiquiátrica ?
2020 - Lopes - Supervisão de saúde mental no Programa Médico de Família de Niterói : uma ferramenta de inclusão da saúde mental na atenção básica	compreender como o grupo de supervisores de saúde mental do PMF Niterói desenvolveu seu trabalho, no período de 2004 a 2011.	Não indica
2017 - Faria - Supervisão e atenção psicossocial: um encontro necessário da clínica com a instituição	Compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial na atenção a usuários de álcool e/ou outras drogas Levantar o processo histórico da supervisão clínico-institucional; ☒ Identificar matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais; ☒ Verificar as estratégias desenvolvidas no processo de supervisão, conforme modalidade de CAPS; ☒ Conhecer as trajetórias acadêmico-profissionais dos supervisores clínico-institucionais; ☒ Levantar as concepções dos profissionais acerca das implicações da supervisão nas práticas e cuidados dos CAPS; ☒ Conhecer o processo de Supervisão Clínico-Institucional na perspectiva dos supervisores e profissionais dos CAPS; ☒ Discutir as inter-relações entre as matrizes teórico-metodológicas, as trajetórias acadêmico-profissionais dos supervisores e as concepções dos profissionais que passaram por supervisão.	Não indica
2012 - Alberti, Palombini - Supervisão em Caps: uma abordagem psicanalítica	Apresentar uma elaboração teórica de supervisão em CAPS, articulando duas experiências geograficamente distantes e levantando questões sobre essas supervisões sob orientação psicanalítica e conforme as diretrizes da política de saúde mental vigente no País.	Psicanálise
2015 - Oliveira, Rodrigues - Uma política de aliança intensiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Problematizar que sentido de política a supervisão clínico-institucional implica quando age como um agenciador de forças, e não de identidades.	Não indica
2019 - Severo, LaBatte - Uma supervisão clínico institucional na reforma psiquiátrica na perspectiva da Análise Institucional	Analisar o processo de supervisão clínico-institucional em duas equipes da rede de saúde de um município do interior do Nordeste	Análise Institucional

**APÊNDICE D – FICHA DE LEITURA**

## A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica

Período	1989	Anterior à portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=15bEGGx2lWjdd7bcLz7qT5d7JdG4NsQax&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=15bEGGx2lWjdd7bcLz7qT5d7JdG4NsQax&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40gm</a>					
Publicação	Psicologia: Ciência e Profissão		Conselho Federal de Psicologia		Instituição	CFP
Palavra chave	NC					
Resumo	NC					
Objetivo	Abordar o conceito de supervisão, tratando dos diferentes aspectos que possibilitam que a SCI seja uma intervenção sócio-analítica					
Referencial	Análise Institucional					
Resenha	<p>A supervisão institucional não é uma ação neutra, como poderia ser esperado de uma técnica para acompanhar e orientar futuros profissionais.</p> <p>Em psicologia, a autora cita diversas posturas que pode testemunhar em supervisores de estágio. Entre eles estão o supervisor autoritário, que atua de forma a se considerar onisciente e onipotente e colocando, assim, o supervisionado na posição de desprovido de saber.</p> <p>A autora propõe em seu trabalho que há muitas armadilhas para a relação supervisor-supervisionado, entre elas transformar os últimos em cópias dos primeiros. Isso ocorre ao se tratar o futuro profissional como um aluno na concepção original da palavra - "sem luz" e necessitado de iluminação.</p> <p>Em outra perspectiva, há a supervisão "liberal", que oferece um enganoso viés democrático. O supervisor se apresenta como igual aos estagiários, remetendo a uma ingenuidade e uma valorização do coletivo, mas desde que a liberdade de atuação obedeça a critérios e limites.</p> <p>O político, o social e o institucional, três dimensões do trabalho, são desconsiderados e opera-se a supervisão como neutra e técnica, segundo a autora.</p> <p>O grupo de supervisão precisa ser um sujeito, não assujeitado ou objeto. Para Coimbra, a supervisão institucional é aquela onde essa relação do grupo com a instituição está desvelada e dando margem a novas presenças e implicações. Supervisor e supervisionado chegam ao encontro já em moldes de saber e não-saber, tendo que fragmentar seus enquadres para fazer fluir, mesmo que sem negar os lugares de poder, mas como possibilidade de expansão e não de enrijecimento das demarcações.</p> <p>Para a autora, a SI precisa conduzir a um desarrumar do instituído, no caminho de invenção e da expansão de relações e conheceres.</p>					

## Supervisão clínico-institucional e atuação do psicanalista

Período	1994	Anterior à portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1m1vkydhanaldlCCL-icarT-ofWLOcdFq&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail">https://drive.google.com/open?id=1m1vkydhanaldlCCL-icarT-ofWLOcdFq&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail</a>					
Publicação	Revista Percurso	Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapie		Instituição	ISS	
Palavra chave	NC					
Resumo	NC					
Objetivo	Apresentar algumas reflexões sobre o trabalho de supervisor em instituições de saúde mental do Estado de São Paulo					
Referencial	Psicanálise					
Resenha	<p>A partir de seu trabalho como supervisora em instituições de atendimento à saúde mental em São Paulo, a autora coloca a necessidade de pensar a intervenção e contribuição para as equipes de profissionais atendidas pela supervisão. O artigo foi escrito em 1994, há 27 anos atrás e inicia com uma citação sobre a ideia que Freud tinha sobre "formação", não como um percurso com início, meio e fim, mas como uma interrogação fluida.</p> <p>A autora nota que as equipes, já naquela época, enfrentavam a desvalorização e descrédito, rotinas sobrecarregadas e dificuldade para encontrar diretrizes que norteassem suas atuações, tanto em relação aos membros da equipe, quanto aos usuários do serviço e aos gestores e instituições nas quais estavam inseridos. ela pontua que em muitos casos encontrou uma atmosfera de espera por uma figura messiânica e de salvação. A seu ver, isso também era devido à apropriação do caráter messiânico por instituições psicanalíticas de onde saíam supervisores. A postura equivocada era a de "missão formadora" (p. 98) e psicanalistas com uma causa (p.98). A formação de psicanalistas que desejassem ser filiados a uma instituição ligada à IPA passava por uma dinâmica que se assemelhava a arrebanhar ovelhas - por isso a analogia com o cristianismo messiânico.</p> <p>A autora pontua que atuou na instalação de espaços terapêuticos para populações com menor poder aquisitivo, em bairros e comunidades, pela Universidade Católica do Peru, com as intenções de desmistificar a psicanálise como dispositivo burguês e praticá-la para a libertação do sujeito.</p> <p>O conflito derivado coloca essas iniciativas que se expandiram ora como subversivas ora como revisionistas e burguesas, segundo a pesquisadora descreve.</p> <p>Em sua experiência como graduanda de Psicologia, ela vivenciou a supervisão como uma tarefa que busca bons alunos, bons procedimentos psicológicos e bons diagnósticos - saber versus não saber e o saber como item vinculado ao poder.</p> <p>Nesse contexto passa a se interessar por estudos sobre grupos e em sua primeira e incômoda experiência como supervisora, ao substituir a então ocupante do cargo. Para Pezo, ali estava "um tipo de supervisão própria de instituições que, com a pretensão de cuidar do usuário, se apropriam do paciente" (p.99-100).</p> <p>Pensando então em formação como um questionamento constante, distanciando-se do caráter messiânico associado à supervisão e trazendo à luz a necessidade de sintonia da equipe quanto ao pensar a tarefa e colocar em prática a reflexão. Para os usuários, a autora destaca como fundamentais que sintam-se acolhidos pela instituição, não apenas pelo profissional de referência; pensar a queixa do usuário como consequência de variáveis diversas, não de uma fonte só; oferecer ao usuário entendimento e vínculo sobre os profissionais e as multidisciplinaridades envolvidas. ela pontua que a ideia de atendimento em grupos pode e deve ser considerada, mas não no sentido de atender mais pessoas em menos tempo ou de oferecer um atendimento coadjuvante. Para os supervisores é importante pensar a instituição como entidade viva, articulada e articuladora, por onde flui um discurso com intencionalidade e que delinea o trabalho das equipes. Portanto, trabalhar com equipes de serviços para que essas trabalhem com os usuários dos serviços inclui compreender o momento de intervir no individual e o momento de intervir no coletivo.</p> <p>Retomando a análise sobre as condições de trabalho na rede de saúde mental, a pesquisadora, já em 1994, atentava para a não continuidade da formação de profissionais da supervisão ou mesmo a falta de interesse em instituir a SCI em serviços, além da frágil estrutura dos serviços em si. Criar melhores escutas nos serviços, a partir do viés psicanalítico, com equipes e usuários, poderia melhorar toda a rede, desde que essas práticas fossem coletivas e contínuas, não individuais e esparsas. Desmistificar o supervisor messiânico, mas também o médico receitador de calmantes, o usuário desgarrado, o profissional cumpridor de burocracias.</p>					

**Um Seminário Clínico Teórico Como Espaço De Discussão Da Praticas Clinico Institucionais Na Saúde Mental**

<b>Período</b>	2007	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1G1ht8emlsReEJxiPEAUU_GEfVDxLv8Dw&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=1G1ht8emlsReEJxiPEAUU_GEfVDxLv8Dw&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm</a>					
<b>Publicação</b>	Revisão			<b>Instituição</b>	UR	
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	trabalho pretende realizar uma análise da experiência de formação profissional denominado “Seminário teórico clinico sobre as praticas grupais na Instituição”, com os trabalhadores da saúde e apresentar a importância deste espaço para a discussão e avaliação das praticas clinicas no interior das instituições publicas que cuidam da saúde da população. Articular a necessidade de a Universidade participar das práticas próprias da saúde da população contribuindo e criando laços entre o saber, a prática, e a construção e discussão dos atendimentos grupais.					
<b>Objetivo</b>	Realizar uma análise da experiência de formação profissional com os trabalhadores da saúde e apresentar a importância deste espaço para a discussão e avaliação das praticas clinicas no interior das instituições publicas que cuidam da saúde da população. Articular a necessidade de a Universidade participar das práticas próprias da saúde da população contribuindo e criando laços entre o saber, a prática, e a construção e discussão dos atendimentos grupais.					
<b>Referencial</b>	Análise Institucional					
<b>Resenha</b>						

### Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral- CE : planejamento, supervisão e reflexões críticas

<b>Período</b>	2007	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1hebBZIX6oQIQ8ssWVOV5rTgnW4yeoXQT2&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1hebBZIX6oQIQ8ssWVOV5rTgnW4yeoXQT2&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Avances en Psicología Latinoamericana		Universidade del Rosário		<b>Instituição</b>	Universidade de Rosário
<b>Palavra chave</b>	Reforma psiquiátrica; Saúde Mental; Supervisão Intitucional					
<b>Resumo</b>	<p>A construção da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental-RAISM de Sobral é apresentada, tendo a supervisão institucional como ferramenta de planejamento e avaliação. O contexto é o da reforma psiquiátrica do Ceará e o estudo se apóia na análise de 12 documentos produzidos entre 1998-2006. A orientação é dada por concepção dinâmica do processo saúde/doença mental, atualizando princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e humanização do cuidado. O modo como o poder público responde às demandas sociais demonstra a qualidade da consciência política e da prática democrática, em campo sensível a ideologias, preconceitos, discriminações e violências. A rede de cuidados incorpora, como método, atenção, assistência e reinserção em práticas sociais de domínio da vida cotidiana, pois autonomia, atenção integral e inserção comunitária permitem a produção de saúde e de sujeitos. A supervisão institucional adequa-se à satisfação do trabalhador, em processo de trabalho coletivo e de habilitação psicossocial comunitária.</p>					
<b>Objetivo</b>	Apresentar a supervisão institucional como ferramenta de planejamento e avaliação					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>Os autores usam a supervisão institucional para apresentar a construção da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental-RAISM da cidade de Sobral, no Ceará. A SI é ferramenta para planejar e avaliar essa rede, dentro do contexto da reforma psiquiátrica cearense entre 1998 e 2006. Documentos datados desse intervalo servem de base para o estudo. Após uma breve linha do tempo sobre a história da saúde mental no estado, os autores focalizam a segunda fase, de 1999 a 2005, quando o modelo CAPS foi adotado pelo governo estadual para cada microrregião. Além disso acontece o I Encontro Estadual de CAPS, promovida pela UECE.</p> <p>O Plano da Política de Saúde Mental de Sobral é marcado pela morte de Damião Ximenes Lopes, torturado e morto em de outubro de 1999, nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, conveniada ao Sistema Único de Saúde, em Sobral, no Ceará. O cuidado em liberdade e serviços substitutivos passam a fazer parte das iniciativas envolvendo conquistas teóricas e práticas da Psiquiatria, da Psicologia, da Psicanálise Planejamento Estratégico e da Humanização da Gestão em Saúde. Os autores fazem então uma descrição detalhada sobre características organizacionais do CAPS e seus objetivos e funções, cuja lógica é aquela em que a hierarquia taylorista é desafiada, na tentativa de horizontalizar a relação da equipe e dos atendidos. Depois passam a listar as propostas teóricas da supervisão, recortando as escolhas feitas para implantação no sistema de saúde mental de Sobral.</p> <p>Sob supervisão dos autores a rede realizou 68 reuniões de SI e outras ações que resultaram em 1,5 mil horas de trabalho de reflexão. A iniciativa resultou na definição de quais temas são recorrentes, como a natureza do problema, mudanças e quais soluções podiam ser encaminhadas ou mesmo já implantadas.</p> <p>Entre as ações, os membros da equipe atuaram como coordenadores com o objetivo de reduzir a "especialização burocrática" e flexibilizar as ideias sobre o que é ser chefe e subordinado.</p> <p>Os autores descrevem as atividades de Seminários de Avaliação/Supervisão da RAISM Sobral em 2000, 2003, 2006, nos quais são identificados problemas, gargalos e propostas soluções e melhorias no atendimento e na relação das equipes. Para os autores, A RAISM Sobral atua de forma a compreender como as pessoas que ali trabalham ou recebem atendimento vivenciam suas experiências, na prática de prevenir, assistir e habilitar psicossocialmente, de forma dialética, com as ferramentas autonomia, atenção integral e inserção comunitária para a construção da qualidade de vida e da habilitação social crítica.</p>					



### Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial

Período	2008	Após a portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1PWVhBbtdEZcVK2vMSvSdHen3jBlkuqw-&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1PWVhBbtdEZcVK2vMSvSdHen3jBlkuqw-&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	Revista da Escola de Saúde Mental		Secretaria municipal de Saúde - RJ		Instituição	SMS
Palavra chave	NC					
Resumo	NC					
Objetivo	afirmar o supervisor clínico-institucional como operador do asseguramento da responsabilidade que deve ser compartilhada pela equipe.					
Referencial	Psicanálise					
Resenha	<p>O pesquisador faz com esse relato uma reafirmação do papel de supervisor clínico-institucional como um operador do asseguramento da responsabilidade que deve ser compartilhada pela equipe, longe da ideia de ensino controlado ou fiscalização do serviço.</p> <p>A essa responsabilidade é de cada um em seu ato, inclusive dos usuários, mesmo aqueles que são considerados incapazes juridicamente ou estão sob tutela.</p> <p>A SCI não deve, segundo o autor, ser uma intervenção de passagem, temporária ou ser convocada apenas em situações de crise, como um solucionador de problemas que aparece e desaparece do trabalho regular das equipes de um CAPS.</p> <p>Neste artigo o autor propõe três pontos importantes de origem psicanalítica que pensa essenciais para a supervisão, onde todos são aprendizes da clínica; há parceria ou transferência de trabalho e os casos devem ser construídos e ter projetos terapêuticos desenvolvidos.</p> <p>Sobre a questão do “aprendiz” há que se tomar o cuidado para não cair na ideia de que o supervisor vai até a equipe para educa-la ou reequilibra-la em uma posição anterior. Os sujeitos que estão presentes ali na equipe e no usuário não devem ser restringidos ou domesticados.</p> <p>Ele também propõe a SCI como estimuladora do coletivo em aberto que é alimentado pelas situações da clínica e menos pelos protocolos e palavras.</p> <p>Nessa linha, a construção dos casos e dos projetos terapêuticos é feita pela equipe a partir de uma apresentação do sujeito que pode ser bastante fragmentada e caótica. Ao pensarmos em Jacques Lacan, o supervisor é “êxtimo” (externo e interno à equipe) e atua na encruzilhada de angústias da equipe, dos usuários, da gestão e da instituição. Como elaborar um projeto terapêutico para esse usuário onde suas escolhas e atos são de sua responsabilidade também?</p> <p>Esse trabalho é contínuo, assim como deveria ser continua a ação da SCI nesta rede de atendimento, já que a formação e qualificação propostas pela portaria de 2005 não são projetos fecha</p>					

### A Formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro.

<b>Período</b>	2008	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1FMMyAgfadAGc6XCitL9W8iyQdjk9MSRw8&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1FMMyAgfadAGc6XCitL9W8iyQdjk9MSRw8&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Revista da Escola de Saúde Mental		Secretaria municipal de Saúde - RJ		<b>Instituição</b>	SMS
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Discutir a formação do supervisor clínico institucional de CAPS, considerando três lições extraídas do processo de implantação da RAPS do município do Rio de Janeiro					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>A autora foi convidada a escrever sobre sua experiência como parte integrante da implantação da rede atenção psicossocial em uma das maiores capitais do Brasil, o Rio de Janeiro. Em especial, ela fala sobre o CAPS Pedro Pellegrino, que foi o segundo serviço de base territorial naquela cidade e o primeiro surgido da parceria entre a prefeitura municipal e a organização não governamental Instituto Franco Basaglia, cujo intuito é promover direitos de pacientes psiquiátricos, pesquisas e formação que sejam de superação ao sistema de internação hospitalocêntrico.</p> <p>Para ela, a supervisão necessita de três ferramentas essenciais: o planejamento e a análise institucionais; análise permanente sobre o trabalho dos profissionais e fomento de discussões e construções sobre os casos que sejam coletivos. A pesquisadora entende que é necessário pensar a supervisão sempre como clínico-institucional, onde se problematiza os conflitos entre indivíduo e sociedade; natureza e cultura; individual e coletivo; clínica e social.</p> <p>Onde também se faz necessário intervir sem reduzir apenas à relação paciente e profissional de saúde, mas incluindo considerações sobre como a instituição influencia no modo de trabalhar, cuidar, receber os usuários daquele serviço. Mas mesmo serviços substitutivos, que foram pensados e desenvolvidos a partir de preceitos da reforma psiquiátrica, com intenção de cuidar em liberdade e reforçar a condição de cidadão do usuário, pecam por serem inócuos e não promoverem mudanças na rede local, que pode ser constatada porque as internações continuam as mesmas e não contribuíram para o processo de desinstitucionalização. Cabe ao supervisor manter em foco a necessidade de transformação, de fazer a diferença, pensando o local, os serviços de saúde, instituições comunitárias e sociais, características do sofrimento dos usuários – para que entenda a finalidade do CAPS que vai supervisionar.</p> <p>O supervisor deve convidar o profissional do CAPS, ou fazer com que ele se sinta convidado a pensar e visualizar suas ações, intervenções, tanto em relação aos usuários, quanto aos colegas da equipe quanto à instituição onde está inserido.</p>					

## O trabalho de supervisão como dispositivo de transformação das práticas psicossociais em Saúde Mental

<b>Período</b>	2009	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1iOpvGmZjI9FpPEllIT4hRiQtQfjtJDej&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.co">https://drive.google.com/open?id=1iOpvGmZjI9FpPEllIT4hRiQtQfjtJDej&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail.co</a>					
<b>Publicação</b>	Saúde em Debate		Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Cebes		<b>Instituição</b>	CEBES
<b>Palavra chave</b>	Equipes de Saúde Mental; Saúde Mental da infância e					
<b>Resumo</b>	Este trabalho relata a experiência de reformulação de um serviço de Saúde Mental no Centro de Assistência Psicossocial da Infância e Adolescência de Uberlândia, disparado pelo processo de qualificação financiado pelo Ministério da Saúde. O Centro de Assistência Psicossocial constitui-se como coordenador da rede de atenção em Saúde Mental do município. Neste sentido, é responsável por gerir a clientela e formular diretrizes do trabalho em outros níveis de atenção. O trabalho de supervisão se desenvolveu no sentido de romper com a lógica manicomial vigente nos serviços, favorecendo a reflexão de estratégias terapêuticas e políticas de cuidado efetivas, responsabilizando todos os atores envolvidos neste processo.					
<b>Objetivo</b>	Relatar a experiência de reformulação de um serviço de Saúde Mental no Centro de Assistência Psicossocial da Infância e Adolescência de Uberlândia, disparado pelo processo de qualificação financiado pelo Ministério da Saúde.					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O presente trabalho focalizou a reformulação de um Serviço de Saúde Mental no Centro de Assistência Psicossocial da Infância e Adolescência de Uberlândia, Hakuna Matata. O trabalho de supervisão se desenvolveu no sentido de romper com a lógica manicomial vigente nos serviços, favorecendo a reflexão de estratégias terapêuticas e políticas de cuidado efetivas, responsabilizando todos os atores envolvidos neste processo.</p> <p>Os autores situam a criação dos CAPS como parte das alternativas surgidas ao modelo asilar (de internação e isolamento dos indivíduos) e também a derivação teórica da Medicina Comunitária, que propõe serviços de saúde estendidos para a população frequentemente ignorada e também superação da divisão entre orgânico e psicossocial.</p> <p>Na equipe do CAPS citado, a qualificação incentivada pelo Ministério da Saúde ocorreu entre 2006 e 2007, com a supervisão clínica institucional feita por um profissional eleito por essa equipe. A intenção era repensar os elementos do CAPS e sua relação com os outros dispositivos da rede de atenção à infância e adolescência no município.</p> <p>Os encontros com o SCI ocorreram a cada 15 dias, com 2 horas de duração, com todos os funcionários convidados. Os autores pontuam que um dos temas da equipe era a 'nova clientela' do local. E também havia uma troca de acusações entre CAPS e Atenção Básica, não apenas sobre 'de quem é o paciente', mas também sobre quais propostas eram possíveis para tratamento.</p> <p>A partir do trabalho da SCI mostrou-se claro que a equipe do CAPS não possuía muito conhecimento sobre a rede em geral. O supervisor, ali, é uma figura mobilizadora, "êxtimo", como definia Lacan.</p> <p>A equipe apresentou uma rigidez para ampliar suas ações, segundo os autores, com difícil adesão a um projeto terapêutico menos entre muros e mais territorial e relacionado à comunidade como um todo.</p> <p>A clientela, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, apresentava características de sofrimento contemporâneas, não necessariamente relacionadas a um diagnóstico fechado. Essa e outras constatações provaram a necessidade de que a equipe do CAPS saísse de um 'isolamento' insular e melhorasse sua relação com outros equipamentos e setores da rede em Uberlândia.</p> <p>O trabalho da equipe requer uma sensibilidade ampliada para a comunidade, o que muitas vezes acaba sendo sufocado por uma necessidade de seguir modelos engessados de atendimento e fluxo operacional. É preciso, como mostram os autores, entender que o trabalho em CAPS ou CAPSI é sempre atravessado por uma dimensão política. A supervisão entra aí como estímulo para que as demandas da equipe e da comunidade não sejam conflitantes, mas sim relacionadas e sincronizadas.</p>					

### Supervisão Clínico-institucional e a Organização da Atenção Psicossocial No Ceará

<b>Período</b>	2010	Após a portaria	<b>Documento</b>	livro		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1_g-F4_PjdySgSznIDrQyoHrJws0XDBfT&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail">https://drive.google.com/open?id=1_g-F4_PjdySgSznIDrQyoHrJws0XDBfT&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail</a>					
<b>Publicação</b>	Hucitec	HUCITEC		<b>Instituição</b>	HUCITEC	
<b>Palavra chave</b>	Serviços de saúde mental; Análise institucional   Serviços de Saúde Mental; Organização e administração					
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Falta objetivo					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O livro reúne uma descrição e avaliação cuidadosas sobre a organização dos serviços de saúde mental e o funcionamento da supervisão-clínico- institucional em algumas cidades do Ceará, tendo como fator muito importante a ruptura da fragmentação dos saberes, a transformação das relações de trabalho, a recusa de ideias tayloristas e neoliberais.</p> <p>Profissionais em desconstrução de suas identidades e em construção de uma relação com os usuários vivenciam angústias que não podem ser finalizadas, mas devem ser acessadas no conflito constante.</p> <p>O autor focaliza em um dos capítulos o trabalho de um grupo, em uma espécie de diário de bordo onde ação é formação e reflexão. O próprio livro é resultado do funcionamento eficaz desse trabalho coletivo, onde a saúde mental precisa ser atuada e (d)escrita.</p> <p>O autor tem experiência vasta em SCI em CAPS e realizou um trabalho fundamental com esta obra no sentido de estimular serviços que, hoje, estão sob ameaça e ação de desmonte.</p> <p>Neste livro há uma história de luta política, democrática, pelo saber coletivo em um modo construtivista de trabalho realizado há tempos no Nordeste, onde é pioneiro desse encontro de profissionais da rede para propor renovação da vida a eles e aos usuários atendidos por eles.</p>					

**Quando a instituição leva em consideração a subjetividade do paciente**

<b>Período</b>	2010	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1F2GBRtDrNTU4g6Sh4F0CNKuz5MbSZFIA&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1F2GBRtDrNTU4g6Sh4F0CNKuz5MbSZFIA&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Clinicaps	PPG da FAFICH UFMG			<b>Instituição</b>	UFMG
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	O texto relata a importância da supervisão clínico-institucional na construção de um caso clínico do Centro de Atenção Psicossocial em Buritizeiro, Minas Gerais. Durante a elaboração do caso, a equipe adquire um novo olhar sobre o paciente e encontra outras formas de lidar com o adoecer. Reorganiza a dinâmica do serviço, onde as discussões clínicas passam a ser mais valorizadas, proporcionando maior esclarecimento do diagnóstico e redirecionando a condução do caso.					
<b>Objetivo</b>	Relatar a importância da supervisão clínico-institucional na construção de um caso clínico do Centro de Atenção Psicossocial em Buritizeiro (MG)					
<b>Referencial</b>	psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>O relato focaliza a supervisão clínico-institucional na construção de um caso clínico do Centro de Atenção Psicossocial I em Buritizeiro, Minas Gerais, e deriva de um convite feito pelo pesquisador Dr. Wellerson Alkmim, para a pesquisa “Investigações sobre os efeitos discursivos da capscização do Estado de Minas Gerais”.</p> <p>Os autores apontam que a supervisão com perspectiva psicanalítica tem resultados importantes para equipes de CAPS. A equipe do CAPS citado escolheu um caso clínico em que havia uma estabilidade, mas não previsão de alta. O homem, identificado como A.P.Q. já havia passado por internações e surtos psicóticos. No CAPS em questão, apresentou melhora. Os autores do relato informam que não havia muitas informações sobre A.P.Q. pois na realidade suas crises haviam sido tratadas, mas ele, como um todo, não. O supervisor entra no papel de contextualizador da situação clínica e das dinâmicas de rede e território, oferecendo a possibilidade de repensar casos como esse de maneira global. Há no relato a descrição do histórico de atendimentos à família e ao paciente, atendo-se às crises, sintomas, internações e prescrições de medicamentos, ou seja, aos 'incidentes' ocorridos desde a década de 1990 com o paciente. Em 2006, ele procura o CAPS sozinho, em surto. Segundo o relato, o acolhimento foi seguido de visitas à família. Durante o período de um ano, o paciente apresenta melhoras e pioras do quadro, inicia o uso de medicação, com relatos de delírios, confusão.</p> <p>O caso é gerador de ansiedade para a equipe, já que parece não apresentar uma 'solução' definitiva ou uma estabilidade desejável. A SCI faz então muito necessária, para falar sobre o caso, que não estava construído, pois mal havia informações sobre seu passado e contexto de vida. Apesar das recaídas, a qualidade de vida de A.P.Q. era melhor, pois residia com sua família, não mora mais na rua e mantinha frequência no CAPS e participação nas atividades. Em conversas cuidadosas, o paciente e sua família forneceram informações que permitiram compreender os motivadores de crises e remissões, algo fundamental para o tratamento e acolhimento do sujeito. A partir desse avanço, a equipe entendeu a necessidade de tentar oferecer essa curiosidade para os casos. Segundo os autores, o trabalho da equipe passa por um exercício de democratização da relação entre todos os trabalhadores e os sujeitos 'clientes'.</p> <p>Com a SCI houve uma atenção maior aos projetos terapêutico individual, com o fortalecimento da ideia de que é preciso haver vínculo entre pacientes e profissionais de referência.</p> <p>A escuta foi exercida com A.P.Q. e sua família, no território em que vivem, para compreender não apenas seus incidentes, mas sua história anterior e atual. A supervisão entra como um dispositivo externo e interno da equipe, provocando desdobramentos e energizando posturas de cuidado.</p>					

## A Supervisão clínico-institucional e a clínica ampliada

<b>Período</b>	2010	Após a portaria	<b>Documento</b>	TCC		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1kM2OfHMfjEiGuRceBHQubAlEHZC_XX3X&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1kM2OfHMfjEiGuRceBHQubAlEHZC_XX3X&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Graduação em Psicologia FAVIP		Graduação em Psicologia FAVIP		<b>Instituição</b>	FAVIP
<b>Palavra chave</b>	Saúde Mental; supervisão clínico-institucional; clínica ampliada e política nacional de saúde mental					
<b>Resumo</b>	<p>Este artigo aborda a supervisão clínico-institucional, um dos eixos estruturantes da política de saúde mental do Sistema Único de Saúde(SUS), e concebe-a como um dispositivo clínico de transmissão que produz efeitos na formação dos operadores no campo da saúde mental. Nesse contexto, a supervisão é entendida como um dispositivo híbrido quanto à dualidade dobradiça proposta por Lacan, porque ela se situa no ponto de articulação e ao mesmo tempo de distinção entre a psicanálise em intensão (há efeitos analíticos, a serem entendidos clinicamente como modificação da posição do sujeito – membro da equipe de saúde mental – em supervisão) e extensão (há efeitos de transmissão da psicanálise, da direção de tratamento a ser implementado em um serviço, que presentificam o discurso psicanalítico nas redes de saúde mental).(AU)</p>					
<b>Objetivo</b>	<p>Perscrutar o Papel do Supervisor Clínico-Institucional no âmbito da Clínica Ampliada.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualizar o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil;</li> <li>- Investigar as dimensões Clínica Ampliada;</li> <li>- Circunscrever a Supervisão Clínico-Institucional no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental.</li> </ul>					
<b>Referencial</b>	Apoio Paidéia					
<b>Resenha</b>	<p>No contexto da Clínica Ampliada, a graduanda em Psicologia optou por focalizar discursos e práticas que rodeiam a Supervisão Clínico-Institucional, pautada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.</p> <p>O profissional de SCI, segundo a autora, opera o sofrimento psíquico no campo do usuário e do serviço, de maneira a articular saberes e promover o fluxo dos mesmos na interação entre profissionais da equipe, instituição, usuários e território, no âmbito do SUS, dispondo de conceitos e métodos desenvolvidos ao longo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, sempre em referência ao SUS.</p> <p>Ao trazer um histórico sobre a rede de saúde mental, o modelo hospitalocêntrico e a reforma que visa estabelecer um serviço de clínica da atenção psicossocial, a autora trabalha o conceito de clínica ampliada como um lugar de muitos lugares e habitados por atores muito diferentes, para quem constantes desafios e formação se colocam como trabalhadores, usuários, família e sociedade.</p> <p>Nesse contexto, é necessária a consciência da necessidade de uma corresponsabilização pela flexibilização e abertura institucional, pelo cuidado e pelo fluxo de olhares, saberes, poderes, normas, ações e relações, de e para várias fontes (usuário, a família, aos profissionais na área de saúde mental).</p> <p>A autora coloca então a Supervisão Clínico-Institucional como motor de iniciação e continuidade dessas transformações, não só históricas, mas cotidianas e que, com aparatos institucionais, financiamento e reconhecimento, pode enriquecer os locais de atenção integrada em saúde mental, com reestruturação de equipes e ofertas de serviços especializados integrados.</p>					

**A supervisão clínico-institucional: dos riscos e das possibilidades**

<b>Período</b>	2010	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1BEYsOlhqFRnL2UGXWT9uFt4doAtZwcP7&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1BEYsOlhqFRnL2UGXWT9uFt4doAtZwcP7&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Cadernos Escola de Saúde Pública (Minas Gerais)		Escola de Saúde Pública MG		<b>Instituição</b>	MG
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	mostrar que o supervisor clínico-institucional precisa oferecer às equipes de CAPS que supervisiona ferramentas para elas se afastem de leituras morais, falta de entusiasmo e automação dos saberes no trabalho com os usuários do serviço.					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>						

### A Supervisão e o Supervisor clínico-Institucional: dos riscos presentes e das possibilidades

<b>Período</b>	2010	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1R0-9M8o5vk9gIjj4kJJQOM_P47YUVGF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma">https://drive.google.com/open?id=1R0-9M8o5vk9gIjj4kJJQOM_P47YUVGF&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma</a>					
<b>Publicação</b>	Clinicaps	PPG da FAFICH UFMG		<b>Instituição</b>	UFMG	
<b>Palavra chave</b>	Supervisão clínico-institucional; Saúde Mental; Psicanálise;					
<b>Resumo</b>	Este artigo apresenta a supervisão nos Serviços de Saúde Mental na perspectiva do lugar, da posição do supervisor, além de trazer as experiências na oficina de grupos, que permitiu a elaboração deste trabalho. Procuramos demonstrar como a Supervisão clínicoinstitucional é um instrumento de reinvenção do saber que não está dado ou acabado. Nesse processo, o debate e a escuta por parte do supervisor se torna algo fundamental, no sentido de possibilitar a palavra, sobretudo nos casos de maiores impasses e dificuldades. Desse modo, apresentamos exemplos de demandas que chegam à supervisão como modo de explicitar como o saber-fazer confere um não-saber diante da dimensão ética envolvida no ato clínico, evidenciando a singularidade da clínica na ordem institucional					
<b>Objetivo</b>	Apresentar a supervisão nos Serviços de Saúde Mental na perspectiva do lugar, da posição do supervisor, além de trazer as experiências na oficina de grupos					
<b>Referencial</b>	Psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo fala sobre a Supervisão clínico-institucional como instrumento de reinvenção do saber que não está dado ou acabado. Debate e escuta são indissociáveis da atuação do SCI. O artigo traz exemplos desse trabalho em SSMS, com questões formalizadas e as experiências em oficinais resultantes do trabalho com a equipe. Os autores pontuam de início como a SCI é um instrumento que está “na” rede e não “sobre” a rede. É parte integrante, mesmo que externamente, e não possui saberes categorizados e solidificados para serem entregues por encomenda às equipes da rede. A figura do supervisor é “êxtimo”, como define Lacan, sendo mais um e, ao mesmo tempo, alguém de fora.</p> <p>A supervisão não deve, segundo os autores, ter o papel de "ensinar", mas sim de espaço em que a demanda da equipe possa circular</p> <p>Os saberes pré-estabelecidos precisam ser observados de maneira questionadora, pois propõem os autores que os casos analisados com tais saberes não recebem a devida escuta.</p> <p>Eles propõem que é preciso "tornar estranho o que é familiar e familiar o estranho"; afastar-se de leituras morais do sujeito/contexto; encontrar caminhos para manter o entusiasmo que o cotidiano teima em apagar; privilegiar a escuta do paciente e da equipe entre a equipe. Para os autores, os supervisores podem oferecer diversas abordagens, mas a política deve ser a do caso tratado como único e singular, onde a clínica não é consensual, autoritária, vertical, onde erros e incertezas são partes da experiência.</p> <p>A clínica norteia os serviços, que são estruturados com ajuda da supervisão, mas não de maneira dependente. A oficina com os funcionários relatada pelos autores no artigo tem a ver com as funções, até que ponto se pode “desespecializar” os trabalhadores e também sobre fracasso e sucesso da supervisão sobre o coletivo. Ficou evidente a necessidade de reforçar a ideia de laço vivo entre os agentes do cuidado e território. Fortalece a necessidade de manter os casos por escrito, uma jornada em que os acontecimentos e contatos entre os participantes são registrados por escrito. A supervisão também registra o desamparo de muitos profissionais por estarem em serviços que lidam com casos agudos ou graves e acabam numa rotina de sofrimento sem amparo, pois não são analisados ou participam de psicoterapias.</p> <p>Essa e outras questões se colocam como fundamentais para que o cuidado e o acolhimento não sejam vistos como algo que vai do serviço para a clientela, mas sim que flui entre todos os participantes, seja funcionários, clientes, comunidade familiar, vizinhança. A supervisão pode potencializar a escuta e a atenção com esses fatores, sem a ilusão de soluções definitivas.</p>					



### Processo de trabalho do supervisor clínico institucional nos centros de atenção psicossocial caps na percepção dos supervisores

<b>Período</b>	2010	Após a portaria	<b>Documento</b>	mestrado		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1pmRd8Z32x8JytKxhEPrf-RkxW-InTfW&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmai">https://drive.google.com/open?id=1pmRd8Z32x8JytKxhEPrf-RkxW-InTfW&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmai</a>					
<b>Publicação</b>	PPG em Psicologia UFSM		Centro de ciências sociais e humanas		<b>Instituição</b>	UFSM
<b>Palavra chave</b>	Processo de trabalho; Supervisão clínico-institucional;CAPS;Saúde mental;Reforma psiquiátrica					
<b>Resumo</b>	<p>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 clinicoinstitucional 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.</p>					
<b>Objetivo</b>	<p>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</p> <p>Específicos</p> <p>Analisar como se dá o processo de trabalho do supervisor nas equipes de caps, na perspectiva destes, considerando os instrumentos de trabalho, o objeto, a finalidade e as relações interpessoais</p> <p>Verificar quais são as necessidades dos trabalhadores dos CPAS, a partir da percepção do supervisor neste processo</p> <p>Identificar percepções quanto a fatores facilitadores e dificultadores no processo de supervisão clínico-institucional</p> <p>identificar os desafios, as perspectivas e os impasses desta proposta na direção da consolidação da reforma psiquiátrica no país</p>					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>A partir da seleção de cinco supervisores pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para os CAPS do Estado do Rio Grande do Sul, o autor da dissertação realizou pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa.</p> <p>Sorteados 10 SCI, a coleta de dados foi entrevista semiestruturada e observação não participante. O pesquisador construiu três eixos temáticos para a melhor compreensão da leitura dos dados: dinâmica do processo de trabalho (construção de espaços de escuta e de fala; a problematização do cotidiano, construção coletiva dos casos clínicos, etc.); fatores facilitadores (experiência de trabalho) e dificultadores de SCI (precarização das relações de trabalho); dificuldade da implantação e efetividade das Políticas Públicas.</p> <p>Segundo o autor da dissertação, ele conseguiu com seu trabalho listar algumas recomendações, e não prescrições, para a função de supervisor, que atende a portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005.</p>					

**Em busca das tantas ilhas desconhecidas. Notas sobre uma experiência em supervisão clínico-institucional de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS**

Período	2011	Após a portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1Etdg2djEOTNQXFALqwQ1kTc-WR8bin2v&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1Etdg2djEOTNQXFALqwQ1kTc-WR8bin2v&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	Revista APOA	APOA	Instituição	APOA		
Palavra chave						
Resumo	NC					
Objetivo	Falta objetivo					
Referencial	Psicanálise					
Resenha	<p>A autora parte de uma experiência como supervisora de um CAPS e relata que os profissionais da equipe mal sabiam o que era um CAPS quando chegaram ao serviço. Não escolheram estar ali e não desejavam estar ali. Os relatos dessas pessoas dão conta do despreparo para trabalhar com saúde mental, com desconhecimento sobre Reforma Psiquiátrica e SUS.</p> <p>Isso a surpreendeu e fez com que suas ideias iniciais para a SCI no CAPS fossem alteradas. Ela relata, em primeira pessoa, que acreditava que iria trabalhar na perspectiva do terceiro tempo da Reforma Psiquiátrica, onde "precisava percorrer caminhos que tecessem a rede entre educação, assistência, habitação, trabalho, justiça, cultura e lazer" (GOIDANICH, 2011, p. 19).</p> <p>O primeiro tempo foi o do investimento, na década de 1980, em ambulatórios que pudessem evitar ou diminuir internações em hospitais psiquiátricos. Na década de 1990, o segundo tempo foi o da implementação de CAPS.</p> <p>Quando ela chega ao CAPS em questão, acredita que estaria em um momento de intersecção dos setores de cuidado, já que a SCI vinha formalizada desde 2005 pelo Ministério da Saúde, com editais constantes para oferecimento da SCI em CAPS do país.</p> <p>"No entanto, a impressão inicial que tive daquele serviço foi a de que, de fato, não havia ainda ali nem sequer algo que poderia ser nomeado efetivamente como uma equipe de trabalho, muito menos qualquer coisa que se aproximasse à proposta de equipe interdisciplinar, base e fundamento diferencial dos serviços considerados estratégicos na implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira, ou seja, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)" (GOIDANICH, 2011, p.19)</p> <p>Ela pontua também que as condições que a surpreenderam ali, a pegaram desprevenida, não são exceção. O CAPS em questão não é uma aberração. Algumas características como a troca constante de profissionais, sem estrutura de cuidado diário dos pacientes, mas sim como um grande ambulatório de saúde mental. Quanto à postura dos profissionais, ela também identificou uma constante: frustração, sensação de fracasso, cansaço.</p> <p>"Ficava-me cada vez mais evidente que as equipes se apresentavam bastante identificadas às falas dos próprios usuários do serviço. Ou seja, a fala dos profissionais, muitas vezes, parecia estar muito próxima àquela sustentada pelos sujeitos que ali buscavam ajuda e deveriam encontrar algum tipo de acolhimento" (GOIDANICH, 2011, p. 20).</p> <p>Profissionais e usuários do serviço pareciam compartilhar a mesma sensação em relação ao CAPS. Desamparo, desânimo e desesperança. Os profissionais descreviam-se como despreparados para as demandas do trabalho, sendo cobrados por gestores, pelos usuários, pelos familiares dos usuários, sem possuir ferramentas e saberes suficientes ou adequados para lidar com esse contexto. Acabam por responder de maneira ou passiva ou agressiva, criando estratégias de punição para usuários que criassem problemas. A princípio, havia ali uma queixa frequente quanto à falta de materiais e recursos financeiros para realizar oficinas, transporte, alimentação etc. Mas a falta ia além:</p> <p>"Parecia-me, sim, que, para além de qualquer falta material, que, em alguns casos, até poderia também ser problemática, o que estava ali fundamentalmente em questão era a dificuldade de tolerar a falta intrínseca de cada um de nós" (GOIDANICH, 2011, p. 21).</p> <p>Havia a possibilidade, na falta ali marcante, de uma potencialização do trabalho, caso essa falta fosse entendida e resgatada. As equipes desse CAPS estavam também</p>					

**Atenção psicossocial. Processo de humanização dos excluídos**

<b>Período</b>	2011	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1S_-UhHq1S7cQf_M9MVWLvdJjZVW5WrbE&amp;authuser=manual.pesquisador%40">https://drive.google.com/open?id=1S_-UhHq1S7cQf_M9MVWLvdJjZVW5WrbE&amp;authuser=manual.pesquisador%40</a>					
<b>Publicação</b>	Revisão				<b>Instituição</b>	UR
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	Objetivo: Busca trazer à luz da discussão três desafios que se caracterizam pelo grau de necessidade: Acessibilidade ao cuidado; Sustentabilidade das Ações e Qualificação do cuidado. Procurando apresentar instrumentos que visam trazer integração e qualificação dos protagonistas que trabalham em serviços de saúde mental, na expectativa de alcançar uma boa prática clínica, articulada a melhor utilização dos recursos humanos e institucionais.					
<b>Objetivo</b>	Trazer à luz da discussão três desafios que se caracterizam pelo grau de necessidade: Acessibilidade ao cuidado; Sustentabilidade das Ações e Qualificação do cuidado. Apresentar instrumentos que visam trazer integração e qualificação dos protagonistas que trabalham em serviços de saúde mental, na expectativa de alcançar uma boa prática clínica, articulada a melhor utilização dos recursos humanos e institucionais.					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>Para apresentar instrumentos que integrem e qualifiquem os protagonistas que trabalham em serviços de saúde mental, o autor discorre sobre os desafios da acessibilidade, sustentabilidade e qualificação do cuidado. Relembrando a luta antimanicomial e os esforços pela reforma psiquiátrica no Brasil, desde os fins de 1970, ele pontua que a Lei Paulo Delgado, que formaliza a reforma psiquiátrica no país, foi sancionada depois de 12 longos anos em tramitação (Lei 10216/2001).</p> <p>A atenção psicossocial é definida pelo autor como uma maneira de abranger não apenas as pessoas que sofrem com transtornos mentais, mas também a comunidade, família, amigos, escola, habitação, etc. A acessibilidade ao cuidado é melhorada quando há expansão das redes de atenção básica, CAPS, SAMU, programas de reinserção. A sustentabilidade pode ser garantida ao se fazer valer as legislações de financiamento, como a Lei federal 10.216/2001, onde consta a descrição sobre progressiva substituição dos leitos psiquiátricos e a Lei Federal 10.718/2003, que objetiva alocar pacientes nas comunidades, em liberdade.</p> <p>Por fim, para o autor, o terceiro desafio é a qualificação do cuidado que depende da supervisão clínica-institucional, onde a capacitação pode ser mantida de maneira contínua com treinamentos, congressos, reuniões, cursos, etc.</p> <p>O trabalhar o trabalho é tarefa da SCI, que deve estar presente aos profissionais de CAPS e afins pelo menos uma vez ao mês, promovendo uma cultura de compartilhamento de dilemas clínicos, institucionais, individuais e coletivos. Com isso, além de trabalhar o trabalho, cuida-se dos cuidadores, ofertando acolhimento, validação de angústias, desenvolvimento de ideias e projetos em busca de uma estratégia mais eficaz para a convivência saudável de todos com todos de forma não vertical.</p>					

## Supervisão clínico institucional como dispositivo de qualificação da atenção à saúde mental : relato de uma experiência

<b>Período</b>	2011	Após a portaria	<b>Documento</b>	anais em evento científico		
<b>Link</b>	<a href="https://issuu.com/spesm/docs/e-book_informacao_saude_mental">https://issuu.com/spesm/docs/e-book_informacao_saude_mental</a>					
<b>Publicação</b>	Atas do III Simpósio Luso-Brasileiro em Estudos da Criança.		Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação -		<b>Instituição</b>	FPCE
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	<p>O redirecionamento das políticas de saúde mental no Brasil decorre de uma longa trajetória que culminou com a promulgação da Lei 10216/2001 e seus desdobramentos. Desde então, o processo de desinstitucionalização de pessoas transtornos mentais e com histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo por meio da expansão de serviços substitutivos e outros dispositivos criados pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) desempenham papel central na rede de atenção à saúde mental. Como estratégia de qualificação e fortalecimento dessa rede, foi instituída, por meio da Portaria MS nº1174/2005, a Supervisão Clínico-Institucional para os CAPs. O processo de supervisão proporciona o suporte teórico/técnico às equipes de trabalho e possibilita a resolução de problemas que estejam interferindo nas atividades. Este trabalho contextualiza historicamente as bases da política de saúde mental em curso no Brasil e relata uma experiência de supervisão clínico-institucional ocorrida em um CAPs na cidade de Aquidauana, estado de Mato Grosso do Sul (Brasil), entre os anos de 2008 e 2009. No geral, a experiência teve uma avaliação positiva. Pôde-se observar avanços no serviço no que se refere ao fortalecimento da rede interna e articulação do CAPs com a rede municipal de saúde.</p>					
<b>Objetivo</b>	Contextualizar historicamente as bases da política de saúde mental no Brasil e relatar uma experiência de SCI em Aquidauana / MS					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>No contexto da desinstitucionalização e da ampliação e fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil, a autora aborda a implantação da SCI em 2005, formalmente pela portaria 1174.</p> <p>Em Aquidauana, Mato Grosso do Sul, uma experiência de supervisão no Caps local motivou a autora a elaborar relato.</p> <p>O CAPS II daquela cidade teve um projeto de SCI desenvolvido entre 2008 e 2009, para que a dinâmica institucional, com potencialidades e fragilidades pudessem ser identificadas, permitindo análise articulada de trabalhadores, usuários e gestão. Todos foram envolvidos, desde profissionais diretamente ligados aos atendimentos dos usuários até aqueles que cuidam da estrutura do serviço, como funcionários da limpeza, cozinha, etc.</p> <p>O perfil da equipe foi elaborado, com dados acadêmicos, pessoais, atividades realizadas ali, dificuldades e expectativas. A coleta foi feita online. Além disso, a pesquisadora mapeou a rede de saúde local, com programas, instituições e articulação do CAPS com a rede. Conheceu recursos, programas e outras ferramentas disponíveis para o atendimento de saúde no município de Aquidauana.</p> <p>Uma preocupação era com a interferência nos trabalhos do dia a dia, já que o CAPS funcionava normalmente, incluindo portanto a participação da supervisora em atividades com a presença de usuários do CAPS.</p> <p>A autora pontua que embora os manicômios tenham sido radicalmente diminuídos, o olhar e a postura de atendimento ainda contêm muito do manicômio, no que são oferecidos aos usuários. Havia uma dificuldade naquele serviço observado em sair desse lugar do olhar manicomial e de sair do modelo centrado na figura do médico e dos medicamentos. A intervenção da SCI ali motivou a uma maior responsabilização pela execução do projeto terapêutico, afastando a postura burocrática e desengajada. Os profissionais, assim como a rede em si, sofrem com a falta de definição do que é um projeto político para saúde mental e que é deles que parte esse projeto.</p>					

### Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional

Período	2012	Após a portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1vc7P7H98tQgd8EAu1N6sGUz5si1h0MqL&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1vc7P7H98tQgd8EAu1N6sGUz5si1h0MqL&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	Mnemosine	Departamento de Psicologia Social e Institucional do I		Instituição	UERJ	
Palavra chave	supervisão; grupo; clínico-institucional;					
Resumo	<p>Este artigo discute questões da clínica e da rede de saúde mental, problematizando a prática de supervisão em seu surgimento na psicanálise e as concepções freudianas acerca das massas. Assim, são lançados outros olhares para os agrupamentos humanos. Assuntos inicialmente díspares – supervisão e grupos – são conectados, trazendo uma experiência singular, concreta, de uma supervisão coletiva e autogestiva. Valeu-se de formulações singulares que emanam dessa experimentação e de conceitos como grupo-sujeito, gruposujeitado e transversalidade. Seguiu-se uma incursão no campo da saúde mental, apresentando o exemplo dos CAPS e de uma portaria que estimula a qualificação do serviço através da destinação de incentivos financeiros, inclusive para contratação de supervisores. Por último, destacou-se o termo “supervisão clínico-institucional” para discutir o lugar do institucional a partir de referências da Análise Institucional e propor um dispositivo de supervisão clínico-institucional em grupo que seja inclusiva, não centralizadora e promotora de novos agentes de saúde.</p>					
Objetivo	Discutir questões da clínica e da rede de saúde mental, problematizando a prática de supervisão em seu surgimento na psicanálise e as concepções freudianas acerca das massas.					
Referencial	Psicanálise					
Resenha	<p>Os autores iniciam o artigo tratando do papel e lugar do supervisor na rede de saúde mental pública ou privada, onde ele orienta e acompanha os casos atendidos pelos profissionais de psicologia.</p> <p>O surgimento da supervisão com referencial psicanalítico, para análise e supervisão na formação clínica. A supervisão é uma estratégia e ferramenta para a instituição e para os casos em si, sendo indispensável para os serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, portanto, sendo indispensável para o avanço da reforma que implementou o ideal de cuidado em liberdade e atenção psicossocial.</p> <p>Os autores frisam a existência de uma portaria para incentivar a supervisão em CAPS, a clínico-institucional. O artigo também faz a ligação entre teorias de grupo e supervisão.</p> <p>Historicamente, a supervisão está ligada à psicanálise desde a década de 1920, com Sigmund Freud discorrendo sobre a prática indevida da psicanálise e a necessidade de uma instituição que minimizasse a prática "selvagem". Dissidências na psicanálise motivaram polêmicas sobre as instituições e diretrizes formativas. O Instituto Psicanalítico de Berlim e a IPA – International Psychoanalytical Association eram formações que tentavam estabelecer regras de conduta, formação e aplicação, porém não escapavam de polêmicas e dissidências, como descrevem os autores do artigo.</p> <p>Nos Estados Unidos havia denúncias diversas sobre cursos por correspondência que formariam psicanalistas. Ao mesmo tempo em que havia o fantasma do charlatanismo rondando a prática e pesquisa psicanalíticas, havia a resistência à medicalização da psicanálise, ou seja, não era exigido que os psicanalistas tivessem diploma médico.</p> <p>Propostas vienenses, húngaras e berlinenses para estabelecer a formação do psicanalista se confrontaram no que viria a ser a supervisão e seu lugar. O trabalho clínico supervisionado (análise de controle) acabou sendo instituído num contexto de grande demanda pela psicanálise graças à quantidade de soldados que haviam retornado da guerra (1914-1918) “neuróticos”.</p> <p>Segundo os autores, a sistematização e a padronização proposta pela IPA eram assombradas pelos fantasmas de Jung e Adler, além das já citadas denúncias de charlatanismo. No artigo é descrita a forma autoritária e dogmática como a IPA “criava” seus discípulos psicanalistas.</p> <p>Nos anos 1950, Jaques Lacan se afastou da sociedade psicanalítica de Paris, para fundar sua própria ordem, junto a colegas. Ele havia instituído diversas mudanças no método analítico e, por isso, estava em grande discordância com a IPA e seus seguidores. A IPA, naquele momento, segundo os autores deste artigo, tinha muito da psicologia de grupo, com seus membros bastante sincronizados e supressão de dissidências. Lacan provocou ao colocar a instituição psicanalítica em comparação com</p>					

igreja e exército, pela forma com que organizava seus seguidores e deles se servia.

O artigo se propõe também a analisar teorias sobre a massa no século 19, sendo essa massa motivo de preocupação, já que estamos a falar de um período de expansão violenta do capitalismo, do acúmulo de riquezas e da dependência de empregos num contexto urbano-industrial em condições subumanas. Do que a massa de iletrados é capaz e como prever seu movimento? Se para Freud as massas eram assim diminuídas intelectualmente, para Lacan, suas críticas às sociedades psicanalíticas de sua época também apontavam para um empobrecimento da pesquisa, estudos e práticas quando em grupos.

Outros estudiosos, como Lewin, gestaltista, mostram os benefícios das atividades e manutenção grupais, com a afirmação de que decisões tomadas pelo indivíduo são mais respeitadas por ele mesmo quando tomadas em grupos, a partir de discussões coletivas.

O artigo analisa as experiências realizadas no Ocidente até a década de 1960. Chega então a afirmação de que “um” grupo não poderia ser usado para representar “o” grupo, já que estaria ignorando as peculiaridades do contexto em que um grupo foi formado e testado, avaliado e estudado.

Os autores se encaminham com dois conceitos de Guattari para embasar a proposta de supervisão clínica em grupo – do grupo-sujeito e grupo-sujeitado. Nem a horizontalidade, nem a verticalidade pautam o grupo, mas sim na transversalidade, que seria para o autor, uma maneira superior de pautar o grupo, pois ele torna-se sujeito de seu próprio discurso. Fala e escuta são ações do grupo, protagonista de tais ações.

Aqui pretende-se propor um dispositivo para a supervisão em grupo, um fazer-saber que não se quer universal, mas sim aberto à dinâmica do transversal, do agregável, do variável, do expandir e contrair. Muitas vezes a supervisão é um espaço de tempo ou local em que são colocados problemas agudos para serem resolvidos, sem que haja atenção necessária ao que é crônico, do dia a dia, despercebido na maior parte do tempo.

Chegando então aos CAPS, cuja necessidade de supervisão é dada por uma portaria do Ministério da Saúde, de 2005, vemos como se faz necessária, segundo os autores, que a supervisão encontre os atores do serviço de maneira transversal, como propõe Guattari, e não vertical ou horizontal. Ali estão profissionais de diferentes origens técnicas e usuários com peculiaridades diversas em relação de atenção psicossocial. Também, dentro da ideia do cuidado em liberdade e da reforma psiquiátrica, estão ali os membros da comunidade onde o CAPS se insere – a supervisão deve lidar com o território.

A supervisão pode promover um “respiro” para os profissionais do serviço se ouvirem e tornarem mais consistente o que se insinua nos corredores, salas e ambulatórios do cotidiano do trabalho entre eles e com os usuários. Pensar os casos clínicos, pensar sobre aqueles que estão em tratamento, pensar sobre o contexto de todos – nem sempre há tempo hábil e energia disponível para pensar sobre o que se faz em uma instituição que não é o prédio do serviço, mas o conjunto de saberes e práticas, convivência e interferência. A experiência do supervisor, quando tratando de grupos de profissionais de saúde mental, deve ser direcionada para o que há de não seguro, não definido e não formatado.

### Supervisão Clínico-Institucional em um CAPS AD no Rio Grande do Sul

<b>Período</b>	2012	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1EK7PICtwcmq8pBHfOfIXOwMovPe81CGf&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1EK7PICtwcmq8pBHfOfIXOwMovPe81CGf&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Revista APOA		APOA		<b>Instituição</b>	APOA
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Focalizar a atenção integral em saúde mental voltada aos usuários de álcool e outras drogas a partir da prática de supervisão clínico-insitucional em um caps AD em um município e grande porte do Estado do Rio Grande do Sul					
<b>Referencial</b>	psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>Os autores abordam a atenção integral em saúde mental voltada para usuários de álcool e outras drogas a partir da prática de supervisão clínico institucional. São duas décadas de implantação do CAPS no Brasil, com uma série de práticas institucionais e equipes compostas de maneira diversa, buscando a construção de modelos de intervenção e referenciais teóricos que orientam as práticas dos CAPS.</p> <p>A SCI foi desenvolvida durante 13 meses, com início em 2009, em um CAPS Álcool e Drogas (A.D.) de um município de grande porte do Estado do Rio Grande do Sul. Para Penkala a psicanálise e a saúde coletiva criam condições favoráveis à fala, à escuta e ao trabalho de inclusão da subjetividade, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários dos serviços.</p> <p>Quando, pela psicanálise, se promove a escuta das dificuldades de um sistema, seja ele de saúde ou de qualquer outra forma de trabalho deve-se haver a implicação com a ética que pode, a partir daí, promover ou propiciar o surgimento do sujeito, seja ele o profissional do serviço ou o cliente.</p> <p>A SCI, ao proteger um espaço onde a escuta e a fala são possíveis, dá potência à criatividade, privilegia a troca e questionamentos onde os sujeitos implicados em todas as formas de atendimento em saúde pública podem lidar com desejos.</p>					

### Considerações éticas sobre o Centro de Atenção Psicossocial no contexto cearense: o olhar do supervisor clínico institucional

Período	2012	Após a portaria	Documento	mestrado		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1BWFMIbLrz8N3Ytk1T9XZAY4HjMP4K2ws&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1BWFMIbLrz8N3Ytk1T9XZAY4HjMP4K2ws&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	PPG em Psicologia UFC		Departamento de psicologia		Instituição	UFC
Palavra chave	Centro de Atenção Psicossocial; Ética; Alteridade; Demandas tardomodernas; Supervisão clínico institucional;					
Resumo	<p>A pesquisa versa sobre o sofrimento e o adoecimento psíquicos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os seus desdobramentos éticos. Em meio às demandas e produções subjetivas de um contexto social entendido como tardomoderno, às quais nomeamos como demandas tardomodernas em Saúde Mental, este dispositivo assume a responsabilidade pela compreensão, acolhimento e tratamento de um sujeito historicamente excluído por sua relação com a loucura, constituindo-se como o lugar por excelência do cuidado do outro-alteridade. Parte-se dos seguintes pressupostos: 1) existe uma ética que subsidia práticas específicas de Saúde Mental desenvolvidas no CAPS; 2) as demandas tardomodernas em Saúde Mental são constituídas em sua relação com o contexto histórico-social e; 3) este contexto produz modos específicos de sofrimento e adoecimento psíquicos. Diante disto, logrou-se a compreensão da dimensão ética nos CAPS, chegando ao questionamento primordial: Qual a relação entre a dimensão ética presente nos CAPS e as demandas tardomodernas em Saúde Mental? No decorrer do contato com a alteridade dos textos dos autores que concederam sustentação teórica ao estudo, assim como com o elemento diferença presente nos discursos/textos dos entrevistados, pôde-se constatar que a dimensão ética não seria apreendida, a não ser na singularidade e na complexidade de sua relação com as demandas em questão. Em decorrência disto, adotou-se o objetivo geral de: compreender a dimensão ética no Centro de Atenção Psicossocial em sua relação com as demandas tardomodernas em Saúde Mental. Definiu-se, ainda, como objetivos específicos: caracterizar as demandas tardomodernas em Saúde Mental a partir dos horizontes apresentados pelos supervisores de CAPS e compreender a dimensão ética em sua relação com o CAPS no âmbito da prática de supervisão clínico institucional. Ante a aspiração de captar dimensões compreensivas acerca da temática, elegeu-se a hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer como possibilidade metodológica, por meio do processo de fusão dos diferentes horizontes apresentados, bem como dos elementos de alteridade e historicidade velados nos textos/discursos. A escolha dos supervisores de CAPS como possibilidade de acesso a práxis e às reflexões que permeiam a realidade destes dispositivos deveu-se ao fato de estes sujeitos ocuparem uma posição externa (pois não atuam diretamente no contato com os usuários através de condutas terapêuticas, diferentemente dos técnicos), assim como por sua função prioritária de questionamento e intervenção, a qual, em última instância, visa ao cumprimento dos princípios ético-políticos que os CAPS propugnam em consonância com os objetivos da Reforma da Saúde Mental. Foram então realizadas sete entrevistas semi-estruturadas, que serviram ao exercício interpretativo de cunho filosófico. As questões suscitadas e os elementos dados à nossa compreensão constituíram um tripé de análise, cujas resultantes foram condensadas em temáticas específicas, sendo estas reveladoras dos objetivos almejados em relação à dimensão ética subjacente ao CAPS. Tais temáticas configuraram: os aspectos deontológicos e os limites éticos do sistema de Saúde Mental, as demandas tardomodernas e a exigência ética do outro e, o lugar da ética no Centro de Atenção Psicossocial. Perpassando uma pertinente discussão sobre o lugar do sofrimento e do adoecimento psíquicos nos CAPS, sua relação inseparável com o contexto histórico-social e a complexidade de aspectos que envolvem dimensões éticas, chegou-se a apontar a radicalidade ética levinasiana como parâmetro, a partir do qual as práticas de Saúde Mental pudessem ser repensadas e reinventadas, para o alcance de respostas mais pertinentes e consonantes com a grandeza do outro-alteridade, cuja presença impõe-se de modo irrecusável aos atores participantes de um processo de mudança em permanente construção.</p>					
Objetivo	<p>Compreender o trabalho desenvolvido, no período entre 2004 e 2011, pelo grupo de supervisores de saúde mental do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Conhecer os antecedentes a partir dos quais se desenvolveu o trabalho da supervisão de saúde mental do PMF Niterói.</li> <li>☑ Descrever o processo de trabalho desenvolvido pelos supervisores de saúde mental do PMF Niterói, no período de 2004 a 2011.</li> <li>☑ Analisar o trabalho dos supervisores de saúde mental do PMF Niterói enquanto ferramenta de inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica</li> </ul>					
Referencial	Não indica					
Resenha	A dissertação tem como foco os desdobramentos éticos do trabalho com sofrimento e adoecimento psíquicos em CAPS, no que a autora chama de contexto tardomoderno, cujas exigências ao sujeito são causadoras de grande prejuízo.					



### Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de atenção psicossocial

<b>Período</b>	2012	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1JhvVYe4qdOyG0FEc_5nnj8pqXWkbKMK-&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1JhvVYe4qdOyG0FEc_5nnj8pqXWkbKMK-&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Revista Polis e Psique		PPG em Psicologia Social e Institucional UFRS		<b>Instituição</b>	UFRGS
<b>Palavra chave</b>	Subjetividade; Transversalidade; Saúde Mental; Supervisão					
<b>Resumo</b>	<p>Construímos uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de atenção psicossocial a partir do processo de supervisão do território. Tomamos para análise a rede de atenção psicossocial de uma área programática (AP) do município do Rio de Janeiro-RJ. Partimos da análise de dois dispositivos: a Supervisão clínico-institucional da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Supervisão clínico-institucional do território em que se encontra o CAPS. A supervisão se mostrou como um dispositivo que faz operar uma rede transversal ativadora de conectividade e de efeitos de coletivização na rede de saúde do território.</p>					
<b>Objetivo</b>	Construir uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de atenção psicossocial a partir do processo de supervisão do território					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo trabalha a passagem da relação de tutela dentro dos manicômios ou hospitais psiquiátricos, para os serviços chamados de “abertos”, onde é exercido um controle da atenção.</p> <p>O interesse dos autores era problematizar efeitos transversais da supervisão clínico-institucional do CAPS e do seu território.</p> <p>Os autores abordam o risco de que o modelo antigo acabe sendo reproduzido no novo, mesmo com todas as reflexões e implementações do cuidado em liberdade. Os serviços substitutivos de saúde mental sofrem de três tipos de cronicidade: dos usuários; dos profissionais; dos dispositivos em saúde mental.</p> <p>A relação manicomial se faz presente nos efeitos-subjetividade de retração, constrangimento e esfriamento que aparecem nos serviços substitutivos, a partir de análise citada pelos autores, realizada em uma cidade que foi uma das pioneiras na luta dos trabalhadores pelo processo de desinstitucionalização da loucura.</p> <p>A SCI entrou aí como um dispositivo transversal do cuidado e da gestão do cuidado, para amplificar a conectividade dos agentes e da clientela da rede de atenção psicossocial, com positivos efeitos nas relações entre serviços, intra-serviços e dos serviços com o território.</p>					

### Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na rede de saúde mental

<b>Período</b>	2012	Após a portaria	<b>Documento</b>	doutorado		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=144CfCs7vKXFTMxFxfAmj2EOVV-1XvH0t&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=144CfCs7vKXFTMxFxfAmj2EOVV-1XvH0t&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm</a>					
<b>Publicação</b>	PPG em psicologia clínica UFF		PPG em psicologia clínica UFF		<b>Instituição</b>	UFF
<b>Palavra chave</b>	subjetividade; transversalidade; saúde mental					
<b>Resumo</b>	<p>A pesquisa de novas formas de assujeitamento exercidas em dois serviços substitutivos de saúde mental (CAPS) indicou-nos uma modulação da relação de tutela, operada pelo antigo manicômio, para o controle dos serviços ditos “abertos”. Nessa complexa operação, situamos o perigo de modulação da série doença mental – tutela – manicômio para outra que pode comportar outros perigos: doença mental – controle – serviços abertos. A análise das políticas de subjetivação em serviços de saúde mental, por sua vez, forneceu-nos pistas para problematizar três tipos de cronicidades que vêm sendo constituídas em novos modos de atenção e de gestão da loucura: 1) cronicidade dos usuários que são retidos nos muros invisíveis dos Caps; 2) cronicidade dos profissionais que não colocam em análise os modos de atenção e de gestão, muito menos as instituições que estão sendo produzidas e reproduzidas nestas organizações; 3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental, efeito da inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde pública que não amplia nem conecta os diferentes serviços, que tendem a possuir “porta de entrada”, mas, muitas vezes, não possuem “porta de saída”. A intuição nos forçou a pensar que podem existir redes relacionais geradoras de comunicações burocráticas, fechadas, frágeis e empobrecidas que perpetuam a relação manicomial, diluindo-a por todo socius. Por outro lado, podem emergir comunicações transversais que operam graus de abertura comunicacional, criando efeitos-subjetividades de aquecimento e de expansão da rede de usuários, trabalhadores e gestores. O objetivo desta pesquisa foi fazer uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de saúde mental a partir do dispositivo-supervisão. Para isso, tomamos como caso crítico-clínico para análise a rede de saúde mental da AP 3.3 Eixo Pavuna/Anchieta no município do Rio de Janeiro - RJ. A metodologia partiu da análise cartográfica de dois dispositivos: a Supervisão clínico-institucional da equipe do CAPS Linda Batista e a Supervisão clínico-institucional do Eixo Pavuna/Anchieta. Concluímos que a supervisão é um dispositivo que faz operar uma rede transversal ativadora de conectividade e de efeitos de coletivização na rede de saúde do Eixo Pavuna/Anchieta. Trata-se de um dispositivo clínico-institucional que não se adere às formas instituídas da atenção e da gestão, isto é, não se identifica nem com os trabalhadores nem com os gestores, nem com os usuários. Na realidade, é um dispositivo que coloca em questão as identidades. Dispositivo que é articulador de redes (rede de trabalhadores ou equipe, rede de gestores, rede de usuários e rede de serviços).</p>					
<b>Objetivo</b>	Construir uma cartografia dos efeitos transversais disparados na rede de atenção psicossocial a partir do dispositivo supervisão					
<b>Referencial</b>	Esquizoanálise					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo trabalha a passagem da relação de tutela dentro dos manicômios ou hospitais psiquiátricos, para os serviços chamados de “abertos”, onde é exercido um controle da atenção.</p> <p>O interesse dos autores era problematizar efeitos transversais da supervisão clínico-institucional do CAPS e do seu território.</p> <p>Os autores abordam o risco de que o modelo antigo acabe sendo reproduzido no novo, mesmo com todas as reflexões e implementações do cuidado em liberdade. Os serviços substitutivos de saúde mental sofrem de três tipos de cronicidade: dos usuários; dos profissionais; dos dispositivos em saúde mental.</p> <p>A relação manicomial se faz presente nos efeitos-subjetividade de retração, constrangimento e esfriamento que aparecem nos serviços substitutivos, a partir de análise citada pelos autores, realizada em uma cidade que foi uma das pioneiras na luta dos trabalhadores pelo processo de desinstitucionalização da loucura.</p> <p>A SCL entrou aí como um dispositivo transversal do cuidado e da gestão do cuidado, para amplificar a conectividade dos agentes e da clientela da rede de atenção psicossocial, com positivos efeitos nas relações entre serviços, intra-serviços e dos serviços com o território.</p>					

## Supervisão em Caps: uma abordagem psicanalítica

<b>Período</b>	2012	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1b6T0tRHGZJpywgKosCFoeiMBJx-8josA&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma">https://drive.google.com/open?id=1b6T0tRHGZJpywgKosCFoeiMBJx-8josA&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma</a>					
<b>Publicação</b>	Psicologia: Ciência e Profissão		Conselho Federal de Psicologia		<b>Instituição</b>	CFP
<b>Palavra chave</b>	Psicanálise; Supervisão psicanalítica; Atenção psicossocial; Psicoterapia psicanalítica;					
<b>Resumo</b>	<p>Este artigo apresenta uma elaboração teórica de supervisão em CAPS, articulando duas experiências geograficamente distantes e levantando questões sobre essas supervisões sob orientação psicanalítica e conforme as diretrizes da política de saúde mental vigente no País. Após correlacioná-las com dados colhidos na literatura, discutem-se as principais contribuições no percurso dessas supervisões: a disponibilização de um espaço de fala, possibilitado a todos os seus participantes, um processo metodológico de construção e de sistematização dos saberes, maior entrosamento e autonomia das equipes e iniciativas de articulação em rede com o território na construção do projeto terapêutico do usuário. Visa-se, com isso, a uma contribuição possível da psicanálise ao campo da saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial.</p>					
<b>Objetivo</b>	Apresentar uma elaboração teórica de supervisão em CAPS, articulando duas experiências geograficamente distantes e levantando questões sobre essas supervisões sob orientação psicanalítica e conforme as diretrizes da política de saúde mental vigente no País.					
<b>Referencial</b>	Psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>Os autores utilizam duas experiências de supervisão em CAPS realizadas em locais distantes um do outro para comparar e elaborar de forma teórica sobre as ações supervisoras. A orientação dessas supervisões é psicanalítica e segue diretrizes da política de saúde mental vigente no Brasil.</p> <p>A supervisão em ambos os casos visa a disponibilização de um espaço de fala para que todos os participantes passem por um processo metodológico de construção e de sistematização dos saberes.</p> <p>Também há como objetivo o maior entrosamento e autonomia das equipes e iniciativas de articulação em rede com o território na construção do projeto terapêutico do usuário. Assim, é buscada uma contribuição possível da psicanálise ao campo da saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial.</p> <p>Os serviços de saúde mental são políticos – não se pode negar esse fator. Deve-se atentar para que o trabalho ao acompanhamento clínico dos usuários que procuram o serviço seja reduzido apenas ao aspecto clínico.</p> <p>Para os autores, política, economia, relacionamentos, afetos, laços sociais, enfim, aspectos esses complexos e multifacetados, não podem ser deixados de lado pelo serviço.</p> <p>Os dois CAPS escolhidos pelos pesquisadores são identificados como A e B. Nos dois casos, o foco dos autores é a relação que o sujeito tem com a prática que desenvolve.</p> <p>As adequações do serviço às determinações federais causaram atrito, pois alteraram uma atuação do serviço que era considerada bastante satisfatória. O CAPS A era chamado de "aberto", pois havia uma integração positiva dos clientes com o território. Mas o serviço ali seria transferido para outro local devido à municipalização, o que gerou movimentos contrários, de resistência, daqueles diretamente envolvidos contra representantes da administração pública que ordenavam as mudanças. O CAPS A vivenciou uma crise sem precedentes, uma grande comoção, tanto da equipe, quanto dos usuários e seus familiares e amigos.</p> <p>A supervisão entrou aí para instituir a necessidade de encontros para falar sobre dificuldades e gargalos, na perspectiva de que cada paciente é singular, único e precisa ter sua história conhecida, não apenas em crises e surtos. A atuação da supervisão nesse sentido reforçou a noção de que o trabalho em saúde mental é um trabalho político e não apenas técnico, clínico, operacional.</p> <p>No CAPS B havia um histórico de consciência política e militância na formação do serviço, mas depois de uma década ali, a equipe havia mudado muito e, pior, havia sido reduzida sem que o volume de trabalho reduzisse. Sem ancoragem, a equipe sofria e não conseguia se queixar e elaborar a queixa. A supervisão centrou-se primeiro nos grupos de referência - ao invés de um profissional referência, havia subgrupos na equipe, para descentralizar. Isso era positivo, pois o percurso do usuário no serviço era acompanhado de maneira coletiva. Porém, havia uma dependência grande dos médicos - algo que acontece com frequência na atenção psicossocial.</p> <p>As duas experiências, segundo os autores do artigo, demonstram como é importante atentar ao percurso dos serviços que é cheio de particularidades e temporalidades.</p>					

### O processo de trabalho na supervisão clínico institucional nos centros de atenção psicossocial caps

<b>Período</b>	2012	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1vURQ0zNr0vHONaOFsyOH43U7FpbBwYAv&amp;authuser=manual.pesquisador%40">https://drive.google.com/open?id=1vURQ0zNr0vHONaOFsyOH43U7FpbBwYAv&amp;authuser=manual.pesquisador%40</a>					
<b>Publicação</b>	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental	Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatolog	<b>Instituição</b>	Associação Universitária de Pesq		
<b>Palavra chave</b>	Processo de trabalho; supervisão clínico-institucional; Centros de Atenção Psicossocial; saúde mental					
<b>Resumo</b>	O objetivo deste estudo é descrever e analisar o processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram dez supervisores, e a técnica de coleta de dados foi feita a partir de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos à análise temática. Como resultados identificaram-se ferramentas utilizadas pelo supervisor como suporte para sua prática no processo de trabalho, destacando-se: o mapeamento do processo de trabalho no CAPS, a experiência profissional na clínica e na saúde pública, com ênfase no SUS, o uso da escuta e da palavra, e a construção coletiva dos casos clínicos.					
<b>Objetivo</b>	Descrever e analisar o processo de trabalho dos supervisores clínico-institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Rio Grande do Sul, Brasil					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>No artigo foi descrito e analisado o processo de trabalho de 10 supervisores clínico-institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Rio Grande do Sul. Segundo os autores, foi feita uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa.</p> <p>A coleta de dados foi feita a partir de entrevistas semiestruturadas, com dados sendo analisados a partir da temática.</p> <p>A constatação aqui é da ênfase dos supervisores sobre a importância da construção de espaços para a problematização e discussão do processo de trabalho em saúde. O espaço da supervisão aparece como aquele em que é possível processar o que é vivenciado no cotidiano e enriquecer a experiência para o cuidado com o outro, seja equipe ou usuário do serviço.</p> <p>Foi feito mapeamento do processo de trabalho no CAPS, a experiência profissional na clínica e na saúde pública, com ênfase no SUS, o uso da escuta e da palavra, e a construção coletiva dos casos clínicos.</p> <p>A SCI se utiliza de dispositivos clínicos e políticos na saúde coletiva, lidando com discussões e conflitos sem o objetivo de eliminar esses atritos, mas sim de orientá-los para que tornem-se produtivos.</p> <p>Diretrizes que mudam a lógica de trabalho, propostas pela política de saúde, não são implementadas de maneira fácil para as equipes dos CAPS. Nada ocorre automaticamente. As mudanças devem ser trabalhadas no espaço proposto e garantido pela supervisão, de forma que os atritos são inevitáveis e não podem ser cancelados simplesmente.</p> <p>O processo de formação permanente pode operar novos sentidos que levem à reflexão e à 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.</p>					

**Sejamos heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental**

<b>Período</b>	2013	Após a portaria	<b>Documento</b>	capítulo de livro		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1xbTRCP221gMgQ_V2_pLL97GmgaFSqoD&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1xbTRCP221gMgQ_V2_pLL97GmgaFSqoD&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Hucitec	HUCITEC		<b>Instituição</b>	HUCITEC	
<b>Palavra chave</b>	NC					
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Falta objetivo					
<b>Referencial</b>	psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo começa com a discussão sobre conceito de supervisão, também originado da Psicanálise, mas que sofre alterações ao ser inserida no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.</p> <p>A supervisão passa a ser complementada pela clínica e instituição nos serviços substitutivos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e tratar das relações entre os profissionais, os usuários e a instituição CAPS no território onde os atores se estabelecem em suas relações.</p> <p>A autora traz Ricouer e Castoriadis para trabalhar a ideia de que há uma necessidade grupal de representação e definição de uma imagem de si mesmo.</p> <p>A SCI no que diz respeito á equipe e instituição, deve considerar que há uma ideia de grupo entre os profissionais dos serviços de saúde. Assim, pode permitir que haja um distanciamento deles de seu trabalho cotidiano, para que possam enfim refletir em outro tempo.</p> <p>A SCI seria, nesse caso, um suporte para essa reflexão, apoiando a articulação de novos conceitos e teorizações, a fim de que os agentes de trabalho possam construir novas categorias de análise.</p> <p>Embora hoje seja mais comum considerar o sujeito para além das estruturas sociais, as referências para constituição subjetiva do sujeito são ainda poucas, segundo a autora.</p> <p>Para ela a SCI é para formar e intervir, com estratégias como a análise permanente da organização do processo de trabalho, análise do cotidiano, discussão e construção coletiva dos casos. Seriam as discussões sobre o caso que deveriam orientar a organização da prática da instituição, algo que só ocorre em equipe.</p>					

**A supervisão clínico - Institucional**

<b>Período</b>	2013	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1SRVYtKXQbxjw83apX9Hx7AZw0pW3FYr&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1SRVYtKXQbxjw83apX9Hx7AZw0pW3FYr&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Associação Psicanalítica de Curitiba em revista		Associação Psicanalítica de Curitiba		<b>Instituição</b>	APC
<b>Palavra chave</b>	NC					
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Falta objetivo					
<b>Referencial</b>	Psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>A autora pontua no início de seu artigo que a SCI tornou-se um eixo no campo da saúde mental, por ter sido incluída na política pública desse setor. Ela afirma então que a psicanálise é o campo de saber que sustenta teórica e clinicamente a SCI, pois não haveria, segundo ela, outra maneira de conceber a SCI com tanta potência neste lugar político e de rede.</p> <p>O supervisor e o trabalho que exerce na SCI é sustentado pela função de analista, pois fomenta um deslocamento do sujeito profissional da equipe de saúde mental e transmite elementos psicanalíticos para essa equipe, incluindo a noção de que trabalhar em saúde é uma postura política e não há neutralidade.</p> <p>A autora também propõe que deixemos de pensar em equipe de múltiplas disciplinas e pensemos em equipes para as quais a supervisão promove a 'desespecialidade', o deixar de lado a especialidade disciplinar para direcionar-se à atenção psicossocial, ao cuidado para a cidadania, acolhimento, singularidade de casos e entendimento do trabalho coletivo.</p> <p>O papel do supervisor não é interior nem exterior à equipe, ele é ao mesmo tempo interior e exterior, segundo a autora, pois utiliza-se aqui o conceito de êxtimo, de Jaques Lacan, com foco na ideia de que a SCI é mobilizada e mobilizadora pelo/do não saber.</p>					

### A formação do supervisor clínico-institucional : a experiência de um percurso

<b>Período</b>	2013	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1i2FY27Bs82YqXWt83Aaim3A7GQdIH1Lu&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1i2FY27Bs82YqXWt83Aaim3A7GQdIH1Lu&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Ayyu: Revista de Psicologia		Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências		<b>Instituição</b>	UFF
<b>Palavra chave</b>	Saúde Mental; Formação de Recursos Humanos; Administração de Serviços de Saúde					
<b>Resumo</b>	O presente texto apresenta uma reflexão sobre a formação do supervisor clínico-institucional. Pretendeu-se a partir de nossa experiência dissertar sobre o percurso formativo que traçamos enquanto cursistas na Escola de Supervisores Clínico-Institucional do Ceará. Discutiu-se sobre nossas percepções acerca de alguns dispositivos criados pela Escola trazendo contribuições para o debate em torno da formação do supervisor clínico-institucional. Buscou-se assim contribuir com elementos de análise que permitam avanços possíveis na direção de novas experiências sobre a formação para esta função.					
<b>Objetivo</b>	Apresentar uma reflexão sobre a formação do supervisor clínico institucional					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo fala do ponto de vista de uma reflexão sobre a formação que seria necessária para atuar como supervisor clínico-institucional. O percurso formativo dos autores do texto serviu como base para essa reflexão, na escola de supervisores clínico-institucionais no Ceará. Eles pretendem com esse artigo contribuir com elementos de análise para melhorar a formação.</p> <p>Uma roda de conversa com a primeira turma da escola trouxe para o centro das atenções a ideia de que supervisão não se ensina. Se não se ensina, como justificar a existência e funcionamento de uma escola de supervisores? Já de cara podemos pensar sobre a realidade da formação dos profissionais de saúde pública do Brasil, como apontam os autores. O SUS emprega a maior parte desses profissionais.</p> <p>A supervisão de serviços de saúde mental, por exemplo, com a SCI é de fundamental importância para a educação permanente desses profissionais, proporcionando um espaço-tempo para reflexão deles acerca de suas ações e do território atendido. Afinal, estamos tratando do cuidado em liberdade, realizado, por exemplo, em CAPS, onde a clientela não permanece confinada, mas sim é estimulada a relacionar-se com o território, assim como os profissionais de saúde que a atendem devem se relacionar com o território.</p> <p>Uma Escola de Supervisores, como ideia surgida em 2004, no I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atende à demanda de difundir e intercambiar o ofício da supervisão, como descrevem os autores neste artigo. Aberta e pública, com os serviços de atendimento psicossocial devem ser, a supervisão na escola do Ceará carece ainda de inserir temas como comunidades terapêuticas e financiamento público, ideologia neoliberal, entre outros, mas ao mesmo tempo promoveu uma integração muito necessária entre teoria, prática, cuidado de si e apoio do grupo.</p> <p>A formação de supervisores precisa de uma maior ênfase em formação política, com visão mais crítica sobre precarização do trabalho do profissional de saúde, terceirização, sucateamento etc. Para os autores do artigo, a formação de supervisores é indissociável da formação política, que visa a saúde como direito de todos.</p>					

### Supervisão clínico institucional : Conceito & História

Período	2013	Após a portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1WE3UtPkTDSugTSPuGHukY53wzCb7fBKu&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1WE3UtPkTDSugTSPuGHukY53wzCb7fBKu&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	Cadernos Escola de Saúde Pública (Minas Gerais)		Escola de Saúde Pública MG		Instituição	MG
Palavra chave	NC					
Resumo	NC					
Objetivo	Apresentar e discutir o contexto histórico e a delimitação conceitual da supervisão clínico-institucional como instrumento estratégico da reforma psiquiátrica brasileira.					
Referencial	Não indica					
Resenha	<p>Para o autor a Supervisão clínico-institucional é um instrumento estratégico da reforma psiquiátrica brasileira e seu contexto e referencial são objetos do artigo. A SCI tornou-se imprescindível para a reforma em CAPS, na segunda metade da década de 1990 e a estratégia de indução de política chamada de "Escola de Supervisores", formulada em 2004 e normatizada em 2005, são os marcos temporais a que o autor se atém.</p> <p>Tratar da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) como dispositivo da reforma psiquiátrica e da clínica no território não pode cair, segundo o autor, na fácil simplificação de usar apenas referências recentes e excluir as matrizes, mesmo que essas não sejam únicas e hegemônicas. A SCI, no seu contexto específico, é dispositivo estratégico originado das necessidades concretas do novo modelo de atenção, a partir da segunda metade da década de 1990, como já dito.</p> <p>Sem ter se consolidado como recurso de qualificação dos CAPS, a SCI está presente em menos de 20% dos CAPS dos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, segundo levantamento da UFRJ de 2012, citado pelo autor. Vista como metodologia de acompanhamento da clínica no território, a SCI poderia oferecer potencialização de estratégias de cuidado e fortalecimento da rede de atenção psicossocial como um todo.</p> <p>A partir do caso clínico, a SCI pode promover a abordagem dos componentes do território, rede, equipe, prioridades dos atendimentos, gestão e gerenciamento, políticas incidentes sobre o CAPS, etc.</p> <p>Segundo o autor, é preciso que a gestão do SUS receba a exigência e incumbência de ampliar a SCI para os serviços, em mecanismos democráticos como os editais, com a implantação de novas Escolas de Supervisores. Assim, os trabalhadores dos serviços de atenção e cuidado mental ganham oportunidade de respiro, de pesquisa e reflexão sobre a clínica no território, além do próprio trabalho ser pesquisado e analisado por aqueles que estudam a área.</p>					



**Do escudo ao escuto : contribuições da supervisão clínico-institucional para a interface psicanálise e saúde mental em CAPS AD**

<b>Período</b>	2013	Após a portaria	<b>Documento</b>	doutorado		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1P2OnkWrD_joyLkfNkEZ0uWh_GDXHYo-u&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1P2OnkWrD_joyLkfNkEZ0uWh_GDXHYo-u&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	PPG em Psicologia clínica UCP		Laboratório de psicopatologia fundamental e psicaná		<b>Instituição</b>	UCP
<b>Palavra chave</b>	psicologia clínica; psicanálise; saúde mental; toxicomania ; desejo; gozo					
<b>Resumo</b>	<p>A presente pesquisa tem por objetivo investigar contribuições da Supervisão Clínico-Institucional para a interface Psicanálise e Saúde Mental em CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas) servindo-se, para tal, de entrevistas semi-estruturadas realizadas aos supervisores de CAPS AD da cidade do Recife. Ressaltando o lugar de Supervisão não o único tampouco o principal, mas lugar estratégico nos CAPS AD para articular clínica e instituição a partir da ética da psicanálise, tais depoimentos assumem relevo ao que testemunham de efeitos em sua prática, ao identificar impasses e erigir questões na busca por avançar. Intervir sob a necessidade lógica do lugar de exceção na instituição foi destacada e testemunhada como condição estruturante à construção de um projeto coletivo, sustentando no modelo horizontal dos CAPS AD a instauração de diferenças de lugar na equipe. Tal corte é condição para evitar formação de massa a dois equipe-usuário, para instaurar uma abertura ao não-todo que não se confunda com todo-não (Lebrun, 2009). Poder prescindir do lugar de exceção sob a condição de servir-se deste é operar efeitos de uma transmissão da psicanálise, rumar à assunção do impossível do rapport sexual, castração enquanto motor da clínica e de uma formação continuada. Enquanto limite e desafio, a construção de balizadores clínicos que respeite a diversidade de formações acadêmicas e ainda assim norteie-se pela ética da psicanálise ressaltou uma transferência de trabalho que sustente a construção de um projeto clínico no coletivo, levando em conta a função psíquica da droga para o sujeito, rumando à contramão da démarche segregativa do discurso da ciência e do discurso capitalista. Para além das diferenças de conhecimento, há um saber que habita cada um que se confronta ao Real da clínica. Neste sentido, sair da queixa para a demanda de trabalho por um desejo de analista que sustente transmissão da psicanálise é travessia do escudo (sic) para o escuto, mudança de letra que situa o real de uma mudança de posição de bela alma para avançar rumo a escuta do sujeito do inconsciente, escuta de um corpo de desejo e de gozo.</p>					
<b>Objetivo</b>	Falta objetivo					
<b>Referencial</b>	Psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>A SCI como contribuidora da interface Saúde Mental e Psicanálise em CAPS AD é tema da dissertação da autora. Ela entrevistou supervisores de CAPS AD de Recife, tendo a supervisão um lugar estratégico, usando a psicanálise como aporte ético na articulação entre clínica e instituição. Respeitar a diversidade de formações e percursos dos profissionais dos CAPS AD é foco dos chamados balizadores clínicos, onde o projeto coletivo ali deve ser norteado pela ética da psicanálise, segundo a autora. Na contramão da segregação discursiva científica e capitalista em relação aos usuários de drogas e álcool. A mudança de escudo para escuto que a autora traz no título da dissertação é a mudança que leva um profissional do CAPS AD, incluindo também o papel de supervisor, a sair da posição de “bela alma” para a posição de escuta de um corpo real, com desejo e gozo.</p>					

### A psicanálise das configurações vinculares e a supervisão de equipes de assistência social

<b>Período</b>	2013	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1Kgs5lpl486dg00Yp4S5a8AOX1eX_0_Y&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma">https://drive.google.com/open?id=1Kgs5lpl486dg00Yp4S5a8AOX1eX_0_Y&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma</a>					
<b>Publicação</b>	Vínculo	Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise da		<b>Instituição</b>	NESME	
<b>Palavra chave</b>	Psicanálise das Configurações Vinculares; Grupos; Supervisão; Assistência Social;					
<b>Resumo</b>	O presente artigo discute a situação crítica das equipes que realizam intervenções de assistência social no Brasil, descrevendo os princípios que norteiam essas ações, e o auxílio que a supervisão clínico-institucional pode prestar a essas equipes. Descrevo então o trabalho que venho realizando como supervisor das equipes dos CREAS de São José do Rio Preto, SP, sustentado pelas formulações da Psicanálise das Configurações Vinculares.					
<b>Objetivo</b>	Discutir a situação crítica das equipes que realizam intervenções de assistência social no Brasil, descrevendo os princípios que norteiam essas ações, e o auxílio que a supervisão clínico-institucional pode prestar a essas equipes.					
<b>Referencial</b>	Psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>O autor inicia o artigo citando o caso difícil de uma mulher, dependente química, em uma das cidades mais ricas e desiguais de São Paulo: São José do Rio Preto. Atendida por equipes de assistência social, sua família exemplifica diversos problemas relacionados à pobreza, precariedade habitacional, sanitária, cultural, etc. Assim, o autor procura mostrar a situação crítica das equipes que realizam intervenções de assistência social ao expor os princípios que norteiam essas ações e como a supervisão clínico-institucional pode potencializar a eficácia desse trabalho. Supervisor das equipes dos CREAS há duas décadas, sustentado pelas formulações da Psicanálise das Configurações Vinculares, o autor é psicólogo, analista grupal e professor da faculdade de Medicina.</p> <p>Ele afirma que um caso atendido pelos serviços de atenção psicossocial é sempre formado por partes e que, a supervisão pode iniciar requerendo o relato minucioso do caso. Assim, promove a reunião de todas as informações disponíveis, sempre levando em conta os diferentes olhares e abordagens dos profissionais envolvidos. A família, sua dinâmica, seus recursos e suas carências devem ser entendidas e atendidas por completo, segundo o autor, e isso só é possível indo por partes. A supervisão dá o apoio reflexivo, potencializando e articulando o trabalho da e em equipe. O caso trazido pelo autor no artigo e tantos outros não foram e não serão “resolvidos”, mas sim terão melhoradas suas condições ao serem vistos pela equipe que os atendem com atenção norteada pela supervisão, num trabalho de maior responsabilização do Estado e da sociedade, devolvendo ou mesmo apresentando pela primeira vez aos atendidos a ideia de que são cidadãos com direitos e responsabilidades.</p>					

### A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD

<b>Período</b>	2014	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1c7QwaFzxVP_O5REsRfiW-yu6GwL2mc1o&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1c7QwaFzxVP_O5REsRfiW-yu6GwL2mc1o&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Cadernos Terapia Ocupacional (São Carlos)		Departamento de Terapia Ocupacional UFSCAR		<b>Instituição</b>	UFSCAR
<b>Palavra chave</b>	Educação em Saúde; Saúde Pública; Saúde Mental; Redução do Dano; Transtornos Relacionados					
<b>Resumo</b>	<p>Introdução: O consumo contemporâneo de drogas ocupa lugar de destaque nas políticas públicas e na mídia. Diferentes formas de enfrentar a problemática vêm se apresentando, sendo uma delas a Redução de Danos Emancipatória, um movimento social antiproibicionista baseado no desenvolvimento de crítica sobre a realidade a fim de transformá-la. Objetivo: Discutir processo de supervisão em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, CAPS-AD de uma cidade do estado de São Paulo com a finalidade de transformar as práticas da equipe de saúde, refletindo sobre o processo de produção em saúde e os processos de trabalho. Método: Compreendeu-se a supervisão como processo educativo emancipatório, utilizando-se o referencial teórico da Saúde Coletiva. Seis encontros foram realizados com a equipe do serviço. Resultados: A supervisão configurou-se como processo educativo crítico, visando à emancipação dos usuários e trabalhadores do serviço. Discussão: O processo de supervisão pautado no referencial crítico possibilitou o desenvolvimento de práticas da equipe de saúde fundamentadas na Redução de Danos Emancipatória.</p>					
<b>Objetivo</b>	Discutir processo de supervisão em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, CAPS-AD de uma cidade do estado de São Paulo com a finalidade de transformar as práticas da equipe de saúde, refletindo sobre o processo de produção em saúde e os processos de trabalho					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo aborda o trabalho de supervisão em um CAPS Álcool e Drogas, ou seja, um serviço que tem como clientela majoritária usuários de substâncias pertencentes a essas denominações. As políticas públicas para “combate” ao consumo chegam de diferentes frentes, com destaque para a Redução de Danos Emancipatória, objeto do artigo.</p> <p>É um movimento social que recusa a proibição do uso e focaliza a crítica da realidade a fim de transformá-la. A supervisão no CAPS AD de uma cidade do estado de São Paulo é feita com a finalidade de transformar as práticas da equipe de saúde, refletindo sobre o processo de produção em saúde e os processos de trabalho. Aqui, segundo as autoras, a supervisão foi entendida como processo educativo emancipatório, utilizando-se o referencial teórico da Saúde Coletiva, tendo sido realizados seis encontros com a equipe do CAPS AD. O foco é a emancipação dos usuários e trabalhadores do serviço.</p> <p>O processo de supervisão pautado no referencial crítico possibilitou o desenvolvimento de práticas da equipe de saúde fundamentadas na Redução de Danos Emancipatória, sendo a supervisão um apoio para os profissionais de saúde no domínio dos elementos do processo de trabalho que foram revistos e ressignificados. O processo de produção de práticas em saúde, sua reprodução social e a política envolvida também fazem parte da discussão atrelada à Redução de Danos Emancipatória. Desmistificar a droga-mercadoria foi um dos obstáculos encontrados pela supervisão, segundo as autoras, muito devido ao tempo escasso para o processo educativo de supervisão, à falta de espaços de discussão instituídos no cotidiano da unidade.</p> <p>A mudança de gestão durante o processo supervisão trouxe mais uma dificuldade ao endurecer a exigência de prática baseada nos cânones da guerra às drogas, causando retrocesso no processo de construção de práticas emancipatórias da equipe da unidade, como relatam as autoras.</p> <p>Apesar dos entraves, o artigo expõe a conclusão de que a supervisão possibilitou a ampliação dos conhecimentos técnicos e políticos da equipe sobre o fenômeno do consumo de drogas na perspectiva de dar conta da complexidade nessa área.</p> <p>A supervisão se mostrou estimulante do processo educativo crítico, com o esclarecimento e organização, além do entendimento, de práticas da equipe de saúde fundamentadas na redução de danos emancipatória.</p>					

### Supervisão clínico institucional e seus desafios

<b>Período</b>	2014	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1G3aWvC30zxkwDanzgiufVbCVImIDQqMc&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1G3aWvC30zxkwDanzgiufVbCVImIDQqMc&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Territórios lacanianos		Escola Brasileira de Psicanálise		<b>Instituição</b>	EBP
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Apresentar a experiência de supervisão clínico-institucional desenvolvida em dois CAPS da rede de Saúde Mental da cidade do Recife.					
<b>Referencial</b>	Psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>Em respeito à trajetória histórica da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, o artigo aponta a SCI como uma presença fundamental para a constante qualificação dos serviços da RAPS no Brasil.</p> <p>As equipes que compõem os serviços são multidisciplinares, de diferentes origens teóricas, metodológicas e com percursos de experiência profissional variados. A SCI pode oferecer um espaço e um tempo essenciais para que haja uma reflexão de qualidade sobre e em serviço, tanto no dia a dia quanto em contextos mais amplos históricos.</p> <p>A supervisão deve abranger o clínico-Institucional, no contexto do serviço, a rede, a gestão e a política pública, e do projeto terapêutico individual, ou seja, nunca deixando de considerar o coletivo e o individual, o profissional e o usuário, a instituição e o cidadão, o serviço e a comunidade onde está inserido.</p> <p>O texto propõe diversas questões para provocar debate a respeito da SCI, além de textos complementares, com links, para aprofundamento.</p>					

### Atuação interdisciplinar no SUS : experiência de Apoio Institucional no caps de Horizonte Ceará

<b>Período</b>	2014	Após a portaria	<b>Documento</b>	anais em evento científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1jKWEDqqP2cV3-cDAFhgIHtO6UM_LFKnQ&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1jKWEDqqP2cV3-cDAFhgIHtO6UM_LFKnQ&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Anais do 11 Congresso Internacional da Rede Unida	Rede Unida	<b>Instituição</b>	Associação Rede Unida		
<b>Palavra chave</b>	Supervisão clínico-institucional; apoio institucional; saúde mental					
<b>Resumo</b>	<p>A Supervisão Clínico- Institucional consiste no trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) que atua junto à equipe do serviço no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, a articulação do serviço com a rede de saúde e intersetorial, e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada. A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) realizou o I Curso de Formação de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, com objetivo de qualificar profissionais que atuam no Ceará, constituindo-se como espaço de agregação e de troca de experiências e saberes fundamentados nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Este trabalho relata os resultados obtidos com a prática de supervisão realizada por uma psicóloga e uma assistente social no Caps Geral de Horizonte. Foram realizados quatro encontros presenciais na sede do Caps Geral deste município e uma visita técnica ao Caps AD de Quixadá, no período de agosto a novembro de 2012, totalizando 40 horas de supervisão. Durante os encontros, foram desenvolvidas as seguintes atividades: dinâmicas de apresentação; diagnóstico organizacional com utilização da Matriz FOFA (forças, oportunidades, fraquezas e ameaças) de planejamento estratégico organizacional; discussão de casos clínicos; dinâmicas de integração; debate e discussão de vídeo; debate e discussão de textos. A análise dos formulários de avaliação indicados pela coordenação revelou que o processo vivenciado proporcionou, entre outras questões: percepção de dificuldades e reflexão sobre estas; motivação para trabalhar; contribuição para reavaliação do serviço; reflexões para a vida. As supervisoras foram avaliadas satisfatoriamente, demonstrando propriedade e sensibilidade para perceber as dificuldades. Com relação às facilitadoras, a vivência possibilitou uma efetivação da supervisão discutida no curso de forma dinâmica e interativa, na qual duas profissionais com experiências distintas desenvolveram uma aprendizagem prática utilizando-se de dois saberes (Psicologia e Assistência Social) que se entrelaçam e que são importantes para a dialogicidade inerente à saúde mental.</p>					
<b>Objetivo</b>	Relatar os resultados obtidos com a prática de supervisão realizada por uma psicóloga e uma assistente social no Caps Geral de Horizonte.					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo fala da Supervisão Clínico- Institucional como o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e define a atuação deste como assessoria, promotor de discussões e acompanhamento do trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, a articulação do serviço com a rede de saúde e intersetorial.</p> <p>I Curso de Formação de Supervisores Clínico-Institucionais da Rede de Atenção Psicossocial foi realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) com objetivo de qualificar profissionais que atuam no Ceará.</p> <p>Ali, tentou-se construir um espaço de agregação e de troca de experiências e saberes fundamentados nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, conforme descreve a autora. No CAPS Geral de Horizonte, o foco foi a supervisão realizada por uma psicóloga e uma assistente social em quatro encontros presenciais e uma visita técnica ao CAPS Alcool e Drogas de Quixadá.</p> <p>O período de agosto a novembro de 2012 totalizou 40h de supervisão com dinâmicas de apresentação; diagnóstico organizacional com utilização da Matriz FOFA (forças, oportunidades, fraquezas e ameaças) de planejamento estratégico organizacional; discussão de casos clínicos; dinâmicas de integração; debate e discussão de vídeo; debate e discussão de textos.</p> <p>À supervisão seguiu-se a análise dos formulários de avaliação indicados pela coordenação com a constatação de que houve percepção de dificuldades e reflexão sobre estas; motivação para trabalhar; contribuição para reavaliação do serviço; reflexões para a vida.</p> <p>Segundo a autora, as supervisoras receberam avaliações positivas da equipe, apontando que elas ofereceram propriedade e sensibilidade para perceber as dificuldades. São duas profissionais com experiências distintas (Psicologia e Assistência Social) que se entrelaçam e que são importantes para a dialogicidade inerente à saúde mental.</p>					

### Supervisão clínico-institucional refletindo os princípios da reforma psiquiátrica

<b>Período</b>	2014	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1nwV0WnPNi67VC9I_Glmtia9_2OY9qK1y&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1nwV0WnPNi67VC9I_Glmtia9_2OY9qK1y&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Anais do 12 Congresso Internacional da Rede Unida	Rede Unida	<b>Instituição</b>	Associação Rede Unida		
<b>Palavra chave</b>	saúde mental; direitos humanos; supervisão clínico-institucional; rede de assistência; cidadania					
<b>Resumo</b>	<p>O processo de reforma psiquiátrica no Brasil surgiu em plena vigência da ditadura militar, influenciado por movimentos que reivindicavam os direitos humanos e clamavam pela restauração da vida democrática no país. Além disso, sofreu influências de movimentos internacionais com os mesmos ideais. Nesse contexto, e a partir de uma revisão bibliográfica, o presente trabalho apresenta reflexões sobre o trabalho do Supervisor Clínico-Institucional que, inserido no campo da Saúde Mental, atua assessorando, acompanhando e supervisionando os trabalhos exercidos pelos profissionais do CAPS. Na perspectiva da reforma psiquiátrica avaliam-se os avanços propiciados pela incorporação do Supervisor nos cuidados ofertados aos usuários, apontando ao acolhimento, tratamento integral e visando consolidar uma prática de cuidados em rede, embasada na cidadania e reconhecendo o direito de participar da vida ativa do país.</p>					
<b>Objetivo</b>	Apresentar reflexões sobre o trabalho do Supervisor Clínico-Institucional que, inserido no campo da Saúde Mental, atua assessorando, acompanhando e supervisionando os trabalhos exercidos pelos profissionais do CAPS.					
<b>Referencial</b>	Reforma psiquiátrica ?					
<b>Resenha</b>	<p>A autora inicia fazendo um apanhado da história do tratamento dispensado às pessoas que apresentavam algum transtorno ou sofrimento mental, para introduzir o contexto da reforma psiquiátrica, que surge no Brasil nos anos 1970, quando a ditadura militar estava em vigência.</p> <p>Dentro do contexto de reivindicação dos direitos humanos e restauração da democracia, o movimento teve influência de movimentos internacionais similares.</p> <p>A partir de uma revisão bibliográfica, o autor propõe reflexões sobre o trabalho do Supervisor Clínico-Institucional, que tem papel descrito aqui como assessor, acompanhamento e apoio dos trabalhos em CAPS e suas equipes.</p> <p>Os cuidados ofertados aos usuários fora do hospital e das restrições territoriais, com intenção de acolher, integralizar o tratamento e tornar os cuidados presentes em toda a rede de saúde visam dar ao sujeito cidadania e liberdade como parte integrante de sua existência.</p> <p>A SCI foi colocada em destaque com a aprovação da portaria GM 1174, de julho de 2005. O supervisor deve ser um profissional de fora da instituição, com olhar externo, experiência e saber teórico para transitar por temas clínicos e institucionais, de atendimento de casos e questões de gestão. Segundo a autora a SCI é um espaço comunicacional dialógico, com espaço e tempo para exposição dos casos, onde haja discussões para encontrarem estratégias que aprimorem o atendimento à clientela do serviço e também a relação entre os membros da equipe entre eles e o território onde atuam, a comunidade.</p> <p>Os ideais da reforma enfrentam muitos desafios ainda como a real instituição de Escolas de Supervisores em todos os estados do Brasil, tendo em vista a melhor qualificação aos profissionais que já atuam como supervisores.</p> <p>A SCI visa incluir e valorizar todos os atores que estão no território, promovendo a conversa entre eles, sem oferecer saberes fixos e manuais de atuação, mas os olhando como corresponsáveis pelo cuidado em liberdade e manutenção aprimorada constantemente com a valorização da contribuição da experiência e conhecimento de todos.</p>					

### A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental

<b>Período</b>	2014	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1xdYuym11FP2J-3wonkjgyCuJVxmSA9wO&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1xdYuym11FP2J-3wonkjgyCuJVxmSA9wO&amp;authuser&gt;manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Interface - Comunicação, Saúde, Educação		Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Me		<b>Instituição</b>	UNESP
<b>Palavra chave</b>	Reforma Psiquiátrica; Supervisão clínico-institucional; Análise institucional; Gestão do trabalho; Saúde mental					
<b>Resumo</b>	<p>A reforma psiquiátrica brasileira objetiva realizar mudanças relevantes no cuidado às pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, a supervisão clínico-institucional é uma das principais estratégias de qualificação para transformar os modos de gestão de trabalho e da clínica desenvolvidos nos serviços substitutivos. Este artigo analisa a experiência de supervisão clínico-institucional desenvolvida junto à rede de saúde mental de um município de pequeno porte do interior do Nordeste. Utilizamos o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional. Os sujeitos envolvidos foram os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial 1 e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Os principais analisadores destacados: funcionamento da supervisão, gestão do serviço e gestão municipal. Esse dispositivo promoveu o movimento instituinte junto à equipe, proporcionando uma parceria entre os serviços e o gestor municipal, e a mobilização dos trabalhadores como grupos-sujeitos no campo da saúde mental.</p>					
<b>Objetivo</b>	A experiência de supervisão clínico-institucional desenvolvida junto à rede de saúde mental de um município de pequeno porte do interior do Nordeste.					
<b>Referencial</b>	Análise Institucional					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo inicia com a afirmação de que a reforma psiquiátrica brasileira objetiva realizar mudanças relevantes no cuidado às pessoas com transtornos mentais e que a supervisão clínico-institucional é para os serviços substitutivos uma maneira de qualificar e transformar o trabalho.</p> <p>As autoras analisam a experiência de SCI em um pequeno município no interior de um estado do Nordeste. Ali, a equipe de atendimento de um CAPS I e um NASF foram o foco e a Análise Institucional é usada pelas autoras como referencial teórico-metodológico.</p> <p>Funcionamento da supervisão, gestão do serviço e gestão municipal são o tripé de analisadores usados para a composição do artigo.</p> <p>Segundo as pesquisadoras, há processos constantes de institucionalização dos modos de trabalho das equipes que exigem da supervisão uma transformação no seu modo de ser.</p> <p>A SCI teria, segundo uma das autoras, Onocko Campos, a função subversiva para as linhas de poder instituídas nos serviços. Além disso, é uma ferramenta de educação permanente.</p> <p>Ali não são impostos saberes e ideais da pessoa no lugar de supervisão, mas sim a construção de um saber em trânsito com o desejo e o conhecimento dos trabalhadores das equipes.</p> <p>Há a tentativa de desconstruir a gestão verticalizada e de ver o gestor como um apoiador institucional. As autoras propõem um modo de fazer supervisão inacabado, permeável à dinâmica do grupo e contexto, saberes e afetos, às experiências vivenciadas pelos usuários.</p> <p>Na ideia de construção e educação permanente, há o aumento do coeficiente de transversalidade no grupo e fortalecimento da experiência de trabalhadores enquanto grupo-sujeitos.</p>					

**Supervisão clínico institucional: relato de experiência**

<b>Período</b>	2014	Após a portaria	<b>Documento</b>	monografia		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1sQsXpFvFQQtV-0Oy83zB6EsVJVku_8bDj&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma">https://drive.google.com/open?id=1sQsXpFvFQQtV-0Oy83zB6EsVJVku_8bDj&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma</a>					
<b>Publicação</b>	Especialização em Enfermagem na Atenção Psicossocial		Departamento de Enfermagem		<b>Instituição</b>	UFSC
<b>Palavra chave</b>	Humanos; Psicanálise; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde					
<b>Resumo</b>	<p>Muitos são os desafios que surgem no cotidiano laboral do trabalho em saúde mental, de forma que, a supervisão clínico institucional é uma ferramenta importante para fortalecer e concretizar a política de atenção em saúde mental e do Sistema Único de Saúde. Assim, objetivou-se neste estudo relatar a experiência vivenciada com a implantação da supervisão clínico institucional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Rio Grande do Sul-RS. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, exploratório do tipo relato de experiência. O desenvolvimento desta vivência aconteceu em um CAPS I, localizado no município de Dois Irmãos-RS. O referido serviço completará no ano de 2014, quatro anos de implantação. O trabalho de supervisão clínico institucional teve início no mês de novembro de 2013, sendo o encerramento previsto para dezembro de 2015. A equipe se reúne quinzenalmente com a supervisora para analisar os processos de trabalho. Portanto, o processo se encontra em andamento e em sua finalização se espera que as metas sejam alcançadas, como a melhoria das condições para o trabalho transdisciplinar, a implantação de um programa de educação continuada para atender necessidades da equipe a partir das demandas da comunidade de seu território de abrangência, a qualificação das estratégias de aproximação e articulação com a rede básica seguindo a proposta do apoio matricial, dentre outras. Enfim, a supervisão clínico-institucional oferece um novo modelo de atenção em saúde mental, principalmente no que se refere a transformações no processo de trabalho em saúde.</p>					
<b>Objetivo</b>	Relatar a experiência vivenciada com a implantação da supervisão clínico institucional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Rio Grande do Sul-RS					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>A pesquisadora inicia o artigo falando sobre o histórico da saúde mental no Brasil, cujo processo de reorganização acontece e tem alguns marcos importantes, como a portaria 336/GM Brasil 2002, cria os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS.</p> <p>No Rio Grande do Sul, ela focaliza o CAPS Dois Irmãos, implantado em 2010, e a experiência vivenciada com a implantação da supervisão clínico institucional ali. São funções do CAPS, como relata a autora, o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços com o território.</p> <p>Para a autora o CAPS é o local onde deve ser promovida a autonomia do usuário, onde ele é ao mesmo tempo acolhido em seu sofrimento, mas também convidado a se responsabilizar e protagonizar seu percurso no tratamento.</p> <p>Neste artigo há o reconhecimento de como a SCI é fundamental para esse novo modelo de atenção em saúde mental, para que a equipe consiga valorizar e reconhecer o sujeito para além de seu transtorno mental.</p> <p>A SCI aparece como fomentadora do “trabalho sobre o trabalho”, ou seja, é uma forma de oferecer espaço e tempo para que os profissionais dos CAPS consigam pensar suas atuações no cotidiano, seja nas relações com usuários ou com as instituições envolvidas, com a gestão, com as teorias e metodologias empregadas.</p>					



## A institucionalização da supervisão na reforma psiquiátrica brasileira:(re) produção de controles e desvios junto às equipes de Saúde Mental

Período	2014	Após a portaria	Documento	doutorado		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1MOazQabFXI9T32xx4LA9RWRSj02IVn5f&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=1MOazQabFXI9T32xx4LA9RWRSj02IVn5f&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm</a>					
Publicação	PPG em Saúde Coletiva UNICAMP		PPG em Saúde Coletiva UNICAMP		Instituição	UNICAMP
Palavra chave	Atenção Psicossocial; Análise Institucional; Rede de Atenção Psicossocial; Supervisão em saúde mental;					
Resumo	<p>A supervisão tem se assegurado como um dos principais dispositivos de fortalecimento dos processos de mudanças almejados no modelo de Atenção Psicossocial. Esse dispositivo tem sido utilizado para qualificação dos serviços substitutivos e da rede de Atenção Psicossocial na Reforma Psiquiátrica brasileira, apesar de receber muitas críticas no sentido de apontar seu caráter reprodutor das relações de saber poder hierarquizadas. Este trabalho buscou analisar a institucionalização da supervisão clínico institucional no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco a experiência de supervisão no estado do Rio Grande do Norte. Para tanto, o referencial teórico metodológico escolhido foi o da Análise Institucional, tanto na perspectiva da análise no papel como da socioanálise. A análise no papel foi utilizada para a investigação dos documentos e entrevistas em uma perspectiva sócio histórica e a socioanálise em sua vertente socioclínica. Para a realização deste estudo, adotei quatro estratégias de pesquisa principais: análise de artigos que apresentavam a inserção da supervisão nas experiências reformistas dos anos 1980 e 1990; análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental e dos editais de supervisão lançados pelo Ministério da Saúde; e intervenção desenvolvida durante um ano de supervisão clínico institucional na rede de Atenção Psicossocial em um município do interior do Nordeste. O processo de intervenção desenvolvido fez parte de um desses projetos financiados, com edital lançado, e desenvolveu se em doze encontros mensais com trabalhadores da rede de saúde e dos dispositivos intersetoriais. Na análise das experiências, percebemos que a supervisão nos princípios da Atenção Psicossocial sofreu mudanças tensionadas principalmente pelas transformações na constituição das equipes, da gestão, da rede e no cuidado comunitário. Na análise no papel dos relatórios da terceira e da quarta Conferência Nacional de Saúde Mental e dos editais do Ministério da Saúde existiram encomendas muito amplas relacionadas à supervisão, tais como a política de recursos humanos, de funcionamento de rede, de qualificação e de construção de Projetos Terapêuticos Singulares, que foram respondidas de maneira ainda insuficiente pelas políticas governamentais. Na intervenção realizada, as principais dificuldades encontradas foram a rotatividade dos profissionais do serviço, múltiplos vínculos de trabalho entre os servidores, mudanças na gestão do serviço e a relação pouco dialogada com a gestão municipal. Como movimento instituinte, assinalamos uma maior reflexão crítica acerca do percurso do profissional de saúde mental para adequação ao contexto da Atenção Psicossocial, ampliação do diálogo e ações interprofissionais, e fortalecimento da parceria entre o gestor municipal e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial. Retomar a historicidade de um dispositivo permitiu compreender suas diferentes funções e os efeitos de retorno do instituído e de desconhecimento gerados pela paralisação e burocratização da Reforma Psiquiátrica, e a necessidade de retomar e fortalecer seu processo instituinte.</p>					
Objetivo	<p>Analisar a institucionalização da supervisão clínico institucional no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco a experiência de supervisão no estado do Rio Grande do Norte.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Identificar as especificidades que delinearão a supervisão em saúde mental coletiva no contexto das primeiras experiências da Reforma Psiquiátrica brasileira nos anos 1980 e 1990;</li> <li>☑ Realizar um levantamento sobre as reivindicações expressas na III e na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em torno da supervisão e como elas foram respondidas pelas portarias e editais ministeriais nos anos 2000;</li> <li>☑ Analisar o processo de inserção da supervisão na política de saúde mental do RN, e as relações construídas junto a uma equipe de um CAPS I em um dos municípios do RN.</li> </ul>					
Referencial	Não indica					
Resenha	<p>A autora desta tese propõe a supervisão como fortalecedora das transformações no modelo de atenção psicossocial, sua proposta e serviços substitutivos do modelo manicomial.</p> <p>Apesar disso, a supervisão é alvo de críticas porque seria reprodutora de uma lógica hierarquizada de transmissão de saber e pode ser analisada em sua</p>					

### Supervisão Clínico-Territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial

Período	2015	Após a portaria	Documento	doutorado		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=15Fx_Mci7CuntVuqcqQOIso2gL9NoI1PC&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=15Fx_Mci7CuntVuqcqQOIso2gL9NoI1PC&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm</a>					
Publicação	PPG em Psicanálise UERJ		PPG em Psicanálise UERJ		Instituição	UERJ
Palavra chave	Supervisão clínico-territorial; Psicanálise; Transmissão; Atenção Psicossocial; Política De Saúde Mental					
Resumo	<p>Nossa proposta neste estudo foi tomar a supervisão como categoria articulável no campo da psicanálise, compreendendo-a como dispositivo clínico de transmissão, que promove efeitos na "formação" dos operadores no campo da saúde mental – estes apreendidos na sua ação que funciona na lógica de certa modalidade do coletivo regido pelo um-a-um-em-muitos e não na lógica dos grupos – a partir de atos nela praticados (intervenções faladas, atos propriamente ditos, interrogações, interpelações e outros). Assim, a supervisão clínico-territorial refere-se a uma estrutura discursiva na qual o supervisor opera ancorado na função de analista e se volta a outros, os profissionais da equipe de saúde mental, e as suas falas e seus atos são considerados como registros significantes, ou seja, manifestações da linguagem. Esta tese pretende dar sustentação à demonstração de que a supervisão clínica preconizada pela política pública de saúde mental ancora-se em princípios teóricos que norteiam a práxis psicanalítica; sua fundamentação teórico-clínica alicerça-se na obra de Freud. Dos diferentes desdobramentos que a obra de Freud conheceu no tempo histórico do movimento psicanalítico, é no ensino de Lacan que encontramos os melhores fundamentos para este estudo. A supervisão clínico-territorial é considerada por nós uma prática psicanalítica que integra os dispositivos do que Lacan denominou psicanálise em extensão. No entanto, ela não se restringe ao plano de ensino, da transmissão e da "presentificação da psicanálise no mundo", tarefa princeps da Escola proposta por Lacan, e guarda, com a psicanálise dita em intensão, isto é, a experiência psicanalítica como tal, que se desenvolve entre psicanalista e psicanalisante, uma forte homologia. No caso da supervisão clínico-territorial de que se trata na presente tese, a dimensão do coletivo implica um lugar que denominaremos dobradiça entre psicanálise em intensão e psicanálise em extensão. O dispositivo analítico da supervisão clínico-territorial constitui um modo de fazer num espaço coletivo de dizer sustentado por uma prática clínica de escuta das equipes de saúde mental. Essa prática é pautada por uma ética que leva em conta a experiência singular e o desejo de cada um e procura fazer o reconhecimento das determinações inconscientes que regem as escolhas, as condutas e os modos de pensar de um sujeito</p>					
Objetivo	Tomar a supervisão como categoria articulável no campo da psicanálise, compreendendo-a como dispositivo clínico de transmissão, que promove efeitos na "formação" dos operadores no campo da saúde mental					
Referencial	Psicanálise					
Resenha	<p>A supervisão é trabalhada nesta tese de doutorado como categoria psicanalítica que agrega à formação dos profissionais de saúde, sendo dispositivo de transmissão. A SCT é onde o supervisor se ancora na posição de analista do coletivo e de cada um integrante do coletivo.</p> <p>A tese vai no caminho da supervisão clínico como política pública de saúde mental que é norteada pela psicanálise como campo de estudo e ação, sendo sua base teórica a obra de Sigmund Freud, mas focalizando o desdobramento dado a ela pelo psicanalista Jacques Lacan ("psicanálise em extensão").</p> <p>Na tese a SCT é considerada na dimensão do coletivo e vista em um lugar que a autora denomina dobradiça entre psicanálise em intensão (aumento de tensão) e psicanálise em extensão. É dispositivo de escuta dos profissionais das equipes de atendimento da saúde mental. Portanto, dispõe de uma ética que escuta desejo e experiência singular, buscando inconsciências que regem escolhas, condutas e modos de pensar.</p> <p>Para a autora, a psicanálise não deve ser proposta como único dispositivo de saber e formação para a SC atuar na saúde mental com as equipes de profissionais que, por sua vez, realizam o cuidado com os usuários da rede de saúde. Mas sim, como uma das propostas possíveis para essa escuta.</p>					

### Ambiência em um CAPS infanto-juvenil: a experiência de um Coletivo brincante

Período	2015	Após a portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=19f1pVA0Fp2kpWBckjME3hSAp_7FSP-VF&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=19f1pVA0Fp2kpWBckjME3hSAp_7FSP-VF&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental		Departamento de Saúde Coletiva UFSC		Instituição	UFSC
Palavra chave	Saúde mental; Atenção psicossocial					
Resumo	esse artigo reflete sobre a experiência de uma equipe de CAPSi, na criação e implementação de uma reorganização do trabalho a partir do dispositivo clínico-institucional 'Ambiência'. O processo relatado foi recuperado de: atas das reuniões de equipe, documentos dos planejamentos e diários de campo da supervisão clínico-institucional. Realizamos posteriormente, uma discussão da experiência apontando para as bases teóricas das práticas interdisciplinares vigóricas na "Ambiência", esperando que contribuam com os processos de reflexão de outras equipes de saúde mental.					
Objetivo	Refletir sobre a experiência de uma equipe de CAPSi, na criação e implementação de uma reorganização do trabalho a partir do dispositivo clínico-institucional					
Referencial	Psicanálise					
Resenha	<p>A partir de atas das reuniões de equipe, documentos dos planejamentos e diários de campo da supervisão clínico-institucional o artigo aborda a experiência de uma equipe de CAPSi, na criação e implementação de uma reorganização do trabalho a partir do dispositivo clínico-institucional 'Ambiência'.</p> <p>Uma discussão da experiência foi feita para apontar para as bases teóricas das práticas interdisciplinares vigóricas na "Ambiência", na intenção de que contribuam com os processos de reflexão de outras equipes de saúde mental, segundo os autores do artigo.</p> <p>Os autores iniciam descrevendo o trabalho de Jean Oury, psiquiatra e psicanalista francês, e seus seminários de 1984-1985 a respeito do "Coletivo", onde ele fala sobre as organizações como produtoras de alienação, pois pouco ou nada consideravam da subjetividade e singularidade das pessoas que trabalhavam nelas ou eram atendidas ali.</p> <p>Oury ponderava que essas 'máquinas de eficiência' só ofereciam real sensação de eficiência para aqueles que delas se utilizavam quando os sistemas coletivos funcionavam de forma articulada com as necessidades singulares daqueles para os quais existiam – como relatam os autores do artigo.</p> <p>Esse coletivo teria que ofertar um conjunto de ações terapêuticas para de fato ser considerado com um posicionamento ético no tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, ao invés de lhes sustentar uma terapêutica institucionalizante. Os autores deste artigo pontuam que Oury definia seu "Coletivo" como uma máquina que poderia tratar a alienação em todas as suas formas.</p> <p>A "Ambiência" é um acontecimento clínico no CAPSi (no caso o escolhido para o estudo desses autores), que se propõe a funcionar como 'máquina abstrata' de Oury. Ali é o lugar privilegiado da espontaneidade, da valorização do gesto significativo do usuário, do acolhimento e compartilhamento deste gesto.</p> <p>Vigilância, investimento e postura clínica são requeridas da equipe da rede de saúde, segundo o artigo, para que o usuário possa ter sua importância reconhecida e participar de forma ativa e horizontal da escolha das ações e interações naquele momento de convivência.</p> <p>Os autores concluem que é um desafio ético o que foi feito no CAPSi em questão, o 'brincar para tratar', pois assim é possível inserir-se e convidar à inserção no coletivo, que é onde a ambiência e o tratar a alienação</p>					

### Uma política de aliança intensiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

<b>Período</b>	2015	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=125yw5o8DqE6qO_p70H-JaEqng25Fmdlo&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=125yw5o8DqE6qO_p70H-JaEqng25Fmdlo&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Revista Tempos Gerais		PPG em História UFSJ		<b>Instituição</b>	UFSJ
<b>Palavra chave</b>	subjetividade; supervisão; política de aliança intensiva; rede de atenção psicossocial;					
<b>Resumo</b>	Este trabalho é feito de pesquisas de mestrado e doutorado desenvolvidas na Universidade Federal Fluminense desde 2004, somadas à atual investigação-ação, que visa a problematizar que sentido de política a supervisão clínico-institucional implica quando age como um agenciador de forças, e não de identidades. Para tanto, tomamos em análise a rede de atenção psicossocial de uma área do município do Rio de Janeiro-RJ, partindo da apreciação do dispositivo-supervisão do território. Tal dispositivo visa a ampliar o sentido de política a partir de uma aliança intensiva ativadora de conectividade e de produção de coletivos. Palavras-chave: subjetividade; supervisão; política de aliança intensiva; rede de atenção psicossocial.					
<b>Objetivo</b>	Problematizar que sentido de política a supervisão clínico-institucional implica quando age como um agenciador de forças, e não de identidades.					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo das pesquisadoras surgiu a partir de pesquisas de mestrado e doutorado desenvolvidas na Universidade Federal Fluminense a partir de 2004, quando começaram a problematizar a SCI quando esta age como agenciador de forças e não de identidades.</p> <p>Elas analisam a rede de atenção psicossocial de uma área do município do Rio de Janeiro-RJ e do dispositivo de supervisão do território, que se propõe a uma aliança intensiva para melhorar as ações do coletivo.</p> <p>O artigo começa na primeira pessoa do singular, dando abertura para a historicização das atividades da pesquisadora que atuou mais próxima do campo e, pela própria aliança intensiva que é pesquisada pelas autoras, ambas decidem pelo uso da primeira pessoa do plural quando passam a escrever sobre o trabalho em dupla, seguindo o que Deleuze e Guattari decifram como um desejo de falar como todo mundo.</p> <p>A experiência de uma das autoras como supervisora nos Caps “Luz do Sol” e “Artur Bispo do Rosário” mostrou que ali não haviam discussões sobre políticas de saúde mental com usuários, trabalhadores e familiares, algo que já na implantação era marcado por um funcionamento burocrático.</p> <p>O desafio pra ela era investigar a produção de subjetividade naqueles serviços. A partir daí surgem em questão três tipos de cronicidade na atenção à loucura: “1. cronicidade dos usuários, que são retidos nos muros invisíveis dos Caps; 2. cronicidade dos profissionais, que não colocam em análise os modos de atenção e de gestão, muito menos as instituições produzidas e reproduzidas nessas organizações; 3. cronicidade dos dispositivos em saúde mental, efeito da inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde, a qual não conecta os diferentes serviços com vistas a promover uma efetiva abertura dos Caps – estes tendem a possuir “porta de entrada”, mas, muitas vezes, não possuem “porta de saída”.</p> <p>A partir daí mostra-se imprescindível para elas a criação e fortalecimento de novas políticas de subjetivação com a indispensável presença da SCI para garantir a aliança intensiva das identidades, linhas de poder, interioridades de todos os atores ali presentes - usuários trabalhadores e gestores.</p> <p>O SCI é um agenciador que promove a construção de redes afetivas, segundo as autoras, a partir do aumento da potência de agir, sentir e pensar dos atores ali. É então um construtor de novas políticas de subjetivação e de novas políticas de saúde na rede de atenção psicossocial.</p>					

## A escola de supervisores clínico-institucionais : estratégias de formação para humanização e qualificação das práticas de atenção psicossocial

Período	2015	Após a portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=16_LWuxM2jfp1UZ2613GoO9I9petEX1rY&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=16_LWuxM2jfp1UZ2613GoO9I9petEX1rY&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	Revista Psicologia & Saberes		CESMAC	Instituição	CESMAC	
Palavra chave	Apoio Institucional; Saúde Mental; Formação de Recursos Humanos; Fortalecimento Institucional; Educação					
Resumo	<p>A Política Nacional de Saúde Mental tem promovido significativa expansão de serviços de saúde mental no Brasil. A proposta de criação das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais da rede de atenção psicossocial, álcool e outras drogas, aprovada a partir da necessidade de humanizar e qualificar o cuidado prestado nestes serviços constitui-se em importante estratégia de apoio institucional na formação de supervisores. A articulação entre a Gerência de Núcleo da Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde de Alagoas, a Universidade Federal de Alagoas e a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, oportunizou a materialização da Escola de Supervisão Clínico-Institucional de Alagoas. Este artigo relata a experiência dos docentes das instituições envolvidas na realização deste projeto e aponta mecanismos de sustentabilidade e de fortalecimento enquanto dispositivo permanente de formação, de troca de experiência, circulação e produção de conhecimento.</p>					
Objetivo	Relatar a experiência dos docentes da Escola de Supervisores Clínico Institucionais de Alagoas e apontar mecanismos de sustentabilidade e de fortalecimento enquanto dispositivo permanente de formação, de troca de experiência, circulação e produção de conhecimento.					
Referencial	Não indica					
Resenha	<p>As autoras descrevem no início do artigo como se deu a formalização da SCI no Brasil, com a portaria de 2005 e afirmam que a Política Nacional de Saúde Mental expandiu os serviços nessa área. A criação da Escola de Supervisores faz parte de uma iniciativa para qualificar os CAPS no território nacional, com a intenção de humanizar e situar os serviços na ideia de cuidado em liberdade e cidadania.</p> <p>As Escolas são parte de uma estratégia de apoio institucional na formação de supervisores. O artigo aborda o contexto do estado de Alagoas, articulado entre a Gerência de Núcleo da Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde de Alagoas, a Universidade Federal de Alagoas e a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Dessa articulação surgiu a Escola de Supervisão Clínico-Institucional de Alagoas. O artigo fala da experiência dos docentes e oferece ideias para sustentar e fortalecer esse dispositivo permanente de formação, na intenção de trocar experiência, circular e produzir conhecimento.</p> <p>Segundo as autoras em 2009 grupo multiprofissional já havia delimitado um espaço de discussão sobre uma escola de SCI na RAPS de Alagoas, e o edital do MS deu o passo crucial para a concretização dessa intenção.</p> <p>Ali os supervisores dos municípios do estado poderiam ter um espaço de encontro e conversa para potencializar a troca de saberes e experiências, formando um quadro de supervisores e profissionais de apoio às RAPS AD em Alagoas, sem esquecer da necessidade de integrar essa rede com as outras redes de saúde e intersetoriais. Circular, produzir, qualificar, desenvolver, aprimorar e sensibilizar são algumas das ações que a Escola de Supervisores de AL pretendia, segundo as autoras, no decorrer dos anos de 2011 e 2012. Assim tornou-se dispositivo permanente de formação, de troca de experiência e de circulação e produção de conhecimento e de uma política nacional em vias de ser efetivamente consolidada.</p> <p>Do poder federal, as autoras dizem que se espera o acompanhamento da Escola e melhoria dos editais de SCI, do poder estadual, o investimento contínuo em formação e manutenção de um grupo de supervisores que possam dar a cobertura necessária às dezenas de CAPS de Alagoas, além da educação permanente, materiais e equipamentos adequados, etc.</p> <p>No artigo as autoras defendem que as instituições de ensino superior envolvidas teriam que aperfeiçoar a metodologia da qualificação técnica, ética, política e interrelacional, propondo educação à distância para que profissionais que residem distante da capital possam participar.</p> <p>Uma questão fundamental oriunda da experiência desta Escola de Supervisão é que para que o supervisor compreenda o mundo complexo e subjetivo da supervisão faz-se</p> <p>As autoras defendem que o profissional que trabalha a SCI deve viver a realidade dos serviços de atenção psicossocial, onde o trabalho não é formatado em manuais e dispositivos rígidos de atendimento. Mesmo que tenha data para começar e acabar, numa linha do tempo cronológica, a SCI é um processo permanente, pois o trabalho tem uma dinâmica que está em constante elaboração e (re)constituição.</p>					

**Supervisão clínico institucional: uma experiência de arte, afetos e criação**

<b>Período</b>	2016	Após a portaria	<b>Documento</b>	anais em evento científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1EhWTFQ_BduQ2iwc2-DC6thS38MsFaK3z&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1EhWTFQ_BduQ2iwc2-DC6thS38MsFaK3z&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Anais do 12 Congresso Internacional da Rede Unida	Rede Unida		<b>Instituição</b>	Associação Rede Unida	
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Descrever o processo de supervisão clínico-institucional ocorrido durante o ano de 2012 em uma equipe de um caps geral no sertão do Ceará					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>Artigo descreve o processo de SCI em 2012 em uma equipe de um CAPS geral no sertão do Ceará. Para os autores a SCI pode ser apresentada como uma ferramenta para articulação do serviço com o território, qualificação das equipes, fortalecimento de dispositivos de cuidado psicossocial que não reproduzam o modelo asilar, etc. O contexto dos serviços de saúde mental possui conflitos que vão desde interesses, até concepções e saberes; jogos de poder entre gestão e equipe, membros da equipe, coordenação geral e gestão, etc. Os níveis de estresse, adoecimento e desgaste das equipes são altos.</p> <p>Como a SCI pode viabilizar uma melhora, uma fluência desse contexto? Facilitar a fala de profissionais na equipe, potencializar o estar junto, mobilizar a produção do cuidado em saúde, disparar na equipe uma práxis criativa. Esses são alguns dos itens abordados pela SCI junto a equipe.</p> <p>Em encontros mensais com a SCI, a equipe era formada por psiquiatra; enfermeira; técnicas de enfermagem; agentes administrativos; auxiliar de farmácia; motorista; jardineiro; auxiliar de serviços gerais; psicóloga; farmacêutico; assistente social; psicopedagoga; guarda municipal; porteiro; terapeuta ocupacional e os alunos do curso técnico de enfermagem e o professor do curso. Organização do serviço, articulação nas redes de atenção e produção do cuidado de si e do outro foram temas trabalhados.</p> <p>Para os encontros poesia, escrita, movimento, pintura, performance foram usados— a metodologia podia variar com o grupo, não sendo fechada. Como descrito no artigo “a cada encontro foi elaborado uma memória e enviada eletronicamente por email à equipe que discutia as estratégias necessárias para viabilizarem os encaminhamentos e/ou alterarem alguma informação presente na memória que não os contemplassem”.</p> <p>Equipe e usuários do serviço realizaram experiências conjuntas no território, como uma peça de teatro que celebra o 18 de maio, dia da Luta Antimanicomial. Essa movimentação levou a um foco na importância da arte para a terapia e seu contexto, promovendo o exercício do olhar, da escuta e do cuidado. Criativos, potentes, alegres – características que passaram a fazer parte da atuação deles no território. A arte em suas diferentes linguagens mobilizou os afetos e produção de sentidos, gerando saúde e vontade de viver apesar do adoecimento e das dores no cuidado psicossocial.</p>					

### A supervisão clínico-institucional na percepção dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

<b>Período</b>	2016	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1kL2Kn-7dFKYWgpJPOL12EkyJ606R7n_3&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=1kL2Kn-7dFKYWgpJPOL12EkyJ606R7n_3&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm</a>					
<b>Publicação</b>	Revista Bionorte		Centro de Pesquisa FUNORTE		<b>Instituição</b>	FUNORTE
<b>Palavra chave</b>	Equipe multiprofissional; Supervisão clínico-institucional; Clínica psicossocial;					
<b>Resumo</b>	<p>O contexto da saúde mental é marcado por desafios e contingências que tornam o trabalho neste campo, surpreendente e desafiador. O real da clínica psicossocial é inevitável. E para bordear essa clínica, tensionada pelos seus atravessamentos e pela dimensão política, a supervisão clínico-institucional instala-se como uma ferramenta indispensável. O objetivo deste estudo foi analisar as percepções dos profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Montes Claros MG sobre o dispositivo da supervisão clínico-institucional. Refere-se a uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram três profissionais, cujos dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas. As informações recolhidas foram submetidas à análise de conteúdo. Como resultados construíram-se as seguintes categorias de análise: o papel do supervisor; os efeitos da supervisão clínico institucional no trabalho da equipe; aspectos facilitadores e dificultadores para a realização da supervisão. Os participantes reconhecem que a supervisão clínico-institucional legitima a clínica do não todo, onde o sujeito e sua singularidade na construção dos casos devem ser à base do trabalho das equipes. Assim, ao supervisor cabe desfazer nós nos pontos institucionais e clínicos, para impulsionar o movimento no serviço e na rede.</p>					
<b>Objetivo</b>	Analisar as percepções dos profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Montes Claros MG sobre o dispositivo da supervisão clínico-institucional.					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>Os autores desenvolveram o trabalho presente a partir da análise da percepção que os profissionais de um CAPS AD do interior de Minas tinham da SCI - pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa.</p> <p>Em entrevistas semi-estruturadas, três profissionais falaram sobre o assunto e a partir daí três categorias de análise foram definidas: o papel do supervisor; os efeitos da SCI no trabalho da equipe; aspectos facilitadores e dificultadores para a SCI.</p> <p>Os entrevistados entendem a SCI como um dispositivo legitimador do sujeito e sua singularidade e que isso deve ser base para o serviço. A SCI entra como ator para impulsionar o movimento no serviço e na rede, desfazendo nós.</p> <p>A clínica é tensionada por atravessamentos e pela dimensão política. A SCI é nesse contexto uma ferramenta indispensável para serviços como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs e Hospitais-dia, substitutivos do formato manicomial e visando atendimento psicossocial para cidadãos acometidos por transtorno mental.</p> <p>Desvencilhar o modo dos serviços novos do modelo teórico e prático da psiquiatria – essa é a finalidade conforme Amarante e Torre (2001), citados pelos autores desse artigo.</p> <p>Essa psiquiatria clássica trata de maneira priorizada o transtorno mental, como se oferecesse um tratamento ortopédico para a mente, algo que levava à segregação dos sujeitos no modelo de tratamento manicomial.</p> <p>Foram entrevistados profissionais de um CAPS AD de Montes Claros, MG, de diversas áreas, com formação superior e que atenderam aos encontros da supervisão clínico-institucional.</p> <p>A partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, foi atingida as propostas para esta pesquisa. Conclui-se que a SCI não é vivenciada pelos sujeitos entrevistados no serviço em que atuam. Eles apontam anseios e expectativas divergentes sobre o que seria o dispositivo da SCI.</p> <p>Segundo os autores, a SCI é vista como um recurso que funcionaria quando há impasses que a equipe não consegue resolver. Tal visão demonstra que há uma ideia de que o supervisor é um solucionador de problemas.</p> <p>Os autores pontuam que as práticas psiquiátricas ainda estão muito presentes no que se denomina serviço de saúde mental, no que diz respeito ao olhar dos profissionais para os sintomas contemporâneos dos usuários, da equipe e da instituição.</p>					

### Os meandros de uma supervisão clínico-institucional na perspectiva da Análise Institucional

<b>Período</b>	2016	Após a portaria	<b>Documento</b>	anais em evento científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1GEHKANh920z8o-Kc_TcdwTq6s5AkfPqW&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1GEHKANh920z8o-Kc_TcdwTq6s5AkfPqW&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Anais eletrônicos do V Simpósio			<b>Instituição</b>	Laboratório de Grupos, Instituição	
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	<p>A supervisão clínico-institucional foi adotada como um dos principais dispositivos para as mudanças almeçadas na Atenção Psicossocial, buscando a qualificação dos trabalhadores dos serviços substitutivos. Este trabalho é parte de uma pesquisa de doutorado da primeira autora que buscou analisar a institucionalização da supervisão clínico-institucional na Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco a experiência de supervisão no Rio Grande do Norte. Apresentaremos a análise da intervenção desenvolvida.</p>					
<b>Objetivo</b>	Analisar a institucionalização da supervisão clínico-institucional na Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco a experiência de supervisão no Rio Grande do Norte					
<b>Referencial</b>	Análise Institucional					
<b>Resenha</b>	<p>A supervisão está embrenhada em relações de poder nos campos da clínica, formação e gestão em saúde. As autoras deste artigo analisaram duas equipes da rede de saúde do Nordeste que passaram por SCI, com a metodologia da AI socioclínica.</p> <p>Para elas, a supervisão foi mobilizada a partir da análise da encomenda e das demandas que surgiram a partir do emaranhado de forças que estava contido no pedido de análise. A supervisão, então, seria uma forma de desvelar forças ocultas, as palavras “não ditas” e outras relações não expostas no trabalho nos CAPS escolhidos. Conflitos foram registrados em relação ao processo formativo da supervisão e à projetos terapêuticos e casos clínicos.</p> <p>Um dos desafios não apenas nos casos observados pelas pesquisadoras, mas na RAPS em geral, é a adoção do modelo taylorista de administração, que opera numa hierarquia vertical de poder e saber. Assim, a gestão detém os saberes padronizados que precisam ser passados para os trabalhadores, que, por si só, não são considerados detentores de todo o saber necessário para operar naquela função e instituição.</p> <p>Nesse ponto, a presença de um psiquiatra como figura central nos serviços de atenção psicossocial ainda persiste. A psiquiatria, de certa forma, reproduz a mesma lógica administrativa taylorista, com a figura do médico como sendo o líder de uma equipe de outros profissionais que orbitam em torno dele.</p> <p>Equipes demonstraram tanto cooperação quanto rivalidades no percurso da SCI, que ocorreu entre os meses de março de 2011 e fevereiro de 2012 (12 encontros). Os profissionais em ambos os CAPS pediram nos encontros para falar de casos clínicos, mas no próprio desenrolar dessas conversas foi-se revelando outros conflitos sobre funcionamento da equipe, formação profissionais, importância do trabalho no CAPS e sobre a própria presença supervisora.</p> <p>Neste contexto, as autoras concluem que a SCI precisa ser interiorizada nos serviços, ao mesmo tempo que expandida para abranger mais aspectos da rede de cuidados. Também precisa ser interiorizada/expandida nos indivíduos que compõem a rede, como dispositivo aliado, de formação contínua para cada um e para todos.</p> <p>Para as pesquisadoras, os saberes daqueles que oferecem a supervisão precisam ser constantemente revistos e expandidos, para se adequar ao cotidiano dos profissionais das equipes de saúde e estimular experimentação e enfrentamento de desafios.</p>					



### A experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma terapeuta ocupacional em território do município do Rio de Janeiro

<b>Período</b>	2016	Após a portaria	<b>Documento</b>	anais em evento científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1U8tkXQPm7vFe0k4TSHKPF4_-28Oe2qoT&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1U8tkXQPm7vFe0k4TSHKPF4_-28Oe2qoT&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Anais do XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional/2	Associação Brasileira de Terapia Ocupacional		<b>Instituição</b>	Interinstitucional	
<b>Palavra chave</b>	Terapia Ocupacional; supervisão clínico-institucional; rede de atenção psicossocial					
<b>Resumo</b>	<p>O presente trabalho tem a intenção de apresentar a supervisão clínico-institucional realizada por um terapeuta ocupacional em um território do município do Rio de Janeiro, esta supervisão acontece em um centro de atenção psicossocial e num fórum de Saúde Mental e atenção básica. INTRODUÇÃO: O processo da reforma psiquiátrica vem nos convocando a pensar na rede de atenção psicossocial RAPS e esta inclui a maioria dos dispositivos de cuidados do território. O território do Rio de Janeiro que aqui será tratado diz respeito a área Programática 3.1 (Vigário Geral, Bonsucesso, Maré, Alemão, Manguinhos, etc), com uma população de aproximadamente 1.000.000 de habitantes, local atravessado pela violência com grande índice de pobreza e ainda apresentando uma cobertura de clínicas da família de apenas 52%, possui 10 equipes NASF, 2 CAPS III sendo um Ad, três CAPS II, sendo um infantil e uma rede de ambulatório bastante reduzida. OBJETIVO: Relatar a experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma Terapeuta Ocupacional e as mudanças que esta provoca nos trabalhadores da rede, ressaltamos que estas supervisões no município do Rio de Janeiro sempre foram feitas por psicólogos e/ou psiquiatras.</p> <p>METODO: Encontros semanais com a equipe do CAPSI e mensais no Fórum de Saúde Mental e Atenção básica, discussões de casos e fluxos do território. RESULTADOS: temos observado maior segurança nas equipes para enfrentar os desafios, maior trabalho em direção ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, construção de fluxos na rede, busca de um trabalho mais coletivo. DISCUSSÃO: reafirmar a supervisão clínico-institucional como um espaço coletivo, potente de trocas e experiências, que trabalha junto a equipe no manejo clínico de situações difíceis CONSIDERAÇÕES FINAIS: A supervisão clínico institucional é um lugar importante da RAPS, pois nestes espaços através das discussões clínicas é possível junto as equipes operar no território, construir rede, acolher o sofrimento, cuidar, e neste espaço a figura do supervisor Terapeuta Ocupacional é tão importante neste processo principalmente no trabalho cotidiano dos serviços como na rede.</p>					
<b>Objetivo</b>	Relatar a experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma Terapeuta Ocupacional e as mudanças que esta provoca nos trabalhadores da rede,					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>Os dispositivos de cuidado no território, da qual a RAPS faz parte, são parte indissociável da reforma psiquiátrica que está em curso. Os desafios são inúmeros, em especial numa região descrita pela autora do artigo como atravessada pela violência e pobreza. Ali apenas pouco mais de metade do território tem clínicas da família. Ela se refere à área Programática 3.1 (Vigário Geral, Bonsucesso, Maré, Alemão, Manguinhos, etc), com uma população de aproximadamente 1 milhão de habitantes. À época de produção da pesquisa, havia ali 10 equipes NASF, 2 CAPS III sendo um Ad, três CAPS II, sendo um infantil e uma rede de ambulatório que a autora classifica como insuficiente.</p> <p>Da área de TO, a autora atuou como supervisora clínico-institucional frente aos trabalhadores da rede, ocupando um espaço e cargo geralmente dado a psiquiatras e psicólogos no Rio de Janeiro, segundo ela.</p> <p>Foram realizados encontros semanais com a equipe do CAPSI e mensais no Fórum de Saúde Mental e Atenção básica. Dessa forma, houve discussões de casos e fluxos do território.</p> <p>A autora relata que os encontros resultaram em maior segurança nas equipes para enfrentar os desafios, fortalecimento do trabalho da RAPS de maneira a torna-lo mais coletivo. A Sci se colocou ali como um local e período de potentes trocas e experiências, com o manejo clínico de situações difíceis.</p> <p>Inegável que a SCI é fundamental para a movimentação das equipes na operação no território, construção de rede, acolhimento do sofrimento (da própria equipe e dos usuários da rede, claro). O profissional TO e seu percurso oferece saberes e aberturas de visão fundamentais para o trabalho cotidiano dos serviços como na rede.</p>					

### Supervisão e atenção psicossocial: um encontro necessário da clínica com a instituição

Período	2017	Após a portaria	Documento	doutorado		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1P0mZPkgITvfQH1JBB5VRHdQaajfvULgW&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1P0mZPkgITvfQH1JBB5VRHdQaajfvULgW&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	PPG em Psicologia UFSC		Centro de Filosofia e Ciências Humanas		Instituição	UFSC
Palavra chave	Supervisão Clínico-Institucional; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Atenção a Usuários de Drogas; Educação Permanente na Saúde (EPS)					
Resumo	<p>Com o objetivo de compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial na atenção a usuários de álcool e/ou outras drogas, a presente pesquisa foi realizada utilizando o método misto quanti-qualitativo, com dados documentais dos relatórios das supervisões, questionários e entrevistas com supervisores e grupos focais com profissionais dos CAPS. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial e os dados qualitativos conforme modelo de análise de conteúdo proposto pela Grounded-Theory. Os resultados apontam para a importância do dispositivo da supervisão na qualificação da RAPS e consolidação do Modelo de Atenção Psicossocial, mas com a necessidade de uma reorganização de sua estratégia e na logística de execução, uma vez que se evidenciou uma sobreposição dos aspectos institucionais em detrimento dos aspectos clínicos, além da dificuldade de continuidade do processo.</p>					
Objetivo	<p>Compreender as implicações das diferentes matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais nas práticas e cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial na atenção a usuários de álcool e/ou outras drogas</p> <p>Levantar o processo histórico da supervisão clínico-institucional;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identificar matrizes teórico-metodológicas das supervisões clínico-institucionais;</li> <li><input type="checkbox"/> Verificar as estratégias desenvolvidas no processo de supervisão, conforme modalidade de CAPS;</li> <li><input type="checkbox"/> Conhecer as trajetórias acadêmico-profissionais dos supervisores clínico-institucionais;</li> <li><input type="checkbox"/> Levantar as concepções dos profissionais acerca das implicações da supervisão nas práticas e cuidados dos CAPS;</li> <li><input type="checkbox"/> Conhecer o processo de Supervisão Clínico-Institucional na perspectiva dos supervisores e profissionais dos CAPS;</li> <li><input type="checkbox"/> Discutir as inter-relações entre as matrizes teórico-metodológicas, as trajetórias acadêmico-profissionais dos supervisores e as concepções dos profissionais que passaram por supervisão.</li> </ul>					
Referencial	Não indica					
Resenha	<p>A tese se propõe a investigar o que implica ter teorias e metodologias diferentes embasando a SCI nas práticas e cuidados da RAPS, como foco em usuários de álcool e drogas. Com o método misto quanti-qualitativo, o autor reuniu dados de relatórios das supervisões, entrevistas com supervisores, questionários e grupos focais com profissionais dos CAPS. Dados quantitativos também foram incluídos, por meio de estatística descritiva e inferencial.</p> <p>O autor propõe que o campo da atenção psicossocial avançou, mas esses avanços não são acompanhados ou são, mas de maneira não satisfatória, pelos recursos humanos presentes nas equipes de atendimento. São profissionais que vêm de áreas diversas, com matrizes teórico-metodológicas e experiências que muitas vezes não dão conta do sofrimento psíquico que atendem.</p> <p>A qualificação da gestão e dos modelos de atenção nos CAPS é um desafio ainda grande, como propõe o autor, devido à necessidade de ampliar a RAPS. Contradições severas estão presentes nas múltiplas matrizes teórico-metodológicas, o gera dificuldades diversas.</p> <p>A investigação da tese tem como uma das conclusões a importância da SCI na qualificação das equipes dos serviços de RAPS e como motor para a consolidação do modelo, sendo para isso necessário reorganizar lógica de execução e estratégia de abordagem, já que parece, segundo o autor, que os aspectos clínicos são suplantados pelos institucionais.</p> <p>A SCI tem potencial para aprimorar o dia a dia das equipes, seja nas relações intra e extra equipe, informa-las, provoca-las e acolhe-las para que o trabalho de atendimento se realize da forma como se propõe o cuidado em liberdade, com interesse e respeito à singularidade do usuário.</p> <p>Por fim, o autor destaca que é fundamental refletirmos sobre a formação do supervisor clínico-institucional. As Escolas de Supervisores, como efetivos aparatos ainda não se consolidaram na realidade da rede, sendo um espaço potencial de discussão e ampliação da Atenção Psicossocial enquanto proposta para a saúde mental</p>					

### A supervisão clínico-institucional em análise : a narrativa de uma experiência

<b>Período</b>	2017	Após a portaria	<b>Documento</b>	mestrado		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1npCwwtldbd7-Aqo5MLe1f52t1cWXPl-n&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=1npCwwtldbd7-Aqo5MLe1f52t1cWXPl-n&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm</a>					
<b>Publicação</b>	PPG em ensino na Saúde UFF		Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa		<b>Instituição</b>	UFF
<b>Palavra chave</b>	Supervisão Clínico-institucional; Apoio Paidéia; Educação Permanente;					
<b>Resumo</b>	<p>Esta dissertação teve como objeto a dinâmica da supervisão clínico –institucional (SCI) como espaço de educação permanente e produtor de saberes e de mudança das práticas em saúde mental. Entendendo-se que esta se constitui como um dos dispositivos de mudanças na gestão do trabalho em Saúde Mental, com a função de fortalecer a Reforma Psiquiátrica Brasileira no que tange uma proposta de novas formas no cuidado ao portador de sofrimento psíquico. Contudo, através do meu percurso em alguns serviços de saúde mental, pude perceber que a mesma pode apresentar um viés de improdutividade, aniquilamento e constrangimentos que provocam um distanciamento dos saberes que sustentam o espaço. Seus objetivos foram: mapear os saberes que sustentam a supervisão clínico-institucional e cartografar como esses saberes operam na construção da Supervisão Clínico-Institucional. Metodologia: O presente estudo teve uma abordagem cartográfica, se constituindo uma pesquisa-intervenção, com abordagem qualitativa. Os participantes foram os profissionais de saúde e a supervisora de um Centro de Atenção Psicossocial III, do município do Rio de Janeiro. Os dados foram produzidos em cinco encontros. A produção de dados teve como base as narrativas e o instrumento de coleta foi o diário de campo. Discussão: As narrativas foram transcritas e delas chegamos a dois marcadores: supervisão e implicações da supervisora. Os resultados apontaram que vários saberes sustentam a supervisão clínico-institucional, sendo eles: a Psicologia, Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Musicoterapia, Artes, Dança (expressão corporal), Gestão, Política, A concepção e funcionamento do território. Esses saberes na maioria das vezes dialogam e possibilitam a produção do cuidado no serviço e no território, a articulação de serviços de saúde, o compartilhamento do cuidado, o trabalho intersetorial, o acolhimento à crise e ao sofrimento psíquico. Considerações finais: a pesquisa concluiu que a supervisão, neste serviço operava contemplando os seus pressupostos, onde a educação permanente e a produção do cuidado em saúde mental eram fomentados e realizados.</p>					
<b>Objetivo</b>	Mapear os saberes que sustentam a supervisão clínico-institucional e cartografar como esses saberes operam na construção da Supervisão Clínico-Institucional.					
<b>Referencial</b>	Apoio Paidéia					
<b>Resenha</b>	<p>Para a autora, a SCI é lugar de educação permanente que promove mudanças nas práticas de trabalhadores da saúde mental no Brasil. Sua dissertação olha para a dinâmica em que a SCI é fortalecedora da reforma psiquiátrica nacional, que está em andamento e estará continuamente. Novas formas de cuidar daquele que tem sofrimento psíquico devem se haver com a necessidade de encarar o sofrimento como um sujeito, um cidadão e acolhê-lo em seu contexto de vida. A autora relata que em seu percurso em alguns serviços de saúde mental a SCI acaba esbarrando no que se pode classificar de improdutividade, aniquilação e constrangimento repetido, nada aproximadores. Mapear os saberes e percorrer os caminhos desses saberes na construção da SCI foram os objetivos da autora, que realizou pesquisa-intervenção qualitativa, com profissionais de saúde e a supervisora de um CAPS III no Rio de Janeiro, em cinco encontros. Apesar dos obstáculos e desafios, a autora conclui que a SCI no CAPS III conseguia realizar o que se propunha, com educação permanente para a promoção de cuidado em saúde mental no território.</p>					

### A Escola de Supervisores Clínico Institucionais do Estado do Maranhão : a narrativa de uma experiência

<b>Período</b>	2018	Após a portaria	<b>Documento</b>	capítulo de livro		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=19-6KvLA4thrYbhnYYHW44DerQpOG3G9S&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=19-6KvLA4thrYbhnYYHW44DerQpOG3G9S&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Abramd - coompartilhado saberes construindo fazeres		ABRAMD		<b>Instituição</b>	ABRAMD
<b>Palavra chave</b>	escola de supervisores; supervisão clínico institucional; Saúde mental; álcool e outras drogas; redução de danos; processos grupais					
<b>Resumo</b>	<p>Este texto apresenta uma narrativa sobre a experiência das autoras enquanto facilitadoras no curso de formação de Supervisores em Saúde Mental da Escola de Supervisores Clínico Institucionais do Estado do Maranhão. Par tal, optou-se por abordar inicialmente a conceituação geral do que seja a supervisão clínico institucional em saúde mental no Brasil, bem como a sua inserção nos dispositivos de saúde mental, álcool e outras drogas, e mais recentemente nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) Faz o recorte para a experiência a Escola de Supervisores do Maranhão, compreendendo este dispositivo com o importante disparador do processo de educação permanente em saúde e critica a atual indisponibilidade de implementação do mesmo. No percurso da experiência no processo formativo foram sendo percebidos, pelas facilitadoras, os pontos críticos com os quais se confrontam os trabalhadores no cotidiano da assistência à saúde mental no contexto local - bastante semelhantes nos serviços das diferentes regiões do país - , especialmente para os que participaram da referida formação de supervisores. Foram escolhidos entre os temas emergentes, como pontos fortes para aprofundamento, as temáticas da redução de danos e dos processos grupais, por entendermos como pontos críticos a serem problematizados nos processos de trabalho das equipes de saúde mental, álcool e outras drogas, e na própria formação de futuros supervisores da RAPS. Também descrevemos, em linhas gerais, um dos momentos de dispersão, parte integrante das atividades práticas desta formação</p>					
<b>Objetivo</b>	Apresentar uma narrativa sobre a experiência das autoras enquanto facilitadoras no curso da Escola de Supervisores Clínico Institucionais do Maranhão					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>As autoras atuaram como facilitadoras em um curso de formação de supervisores em saúde mental na Escola de SCI no Maranhão e o artigo faz um relato desse trabalho iniciando com a conceituação da SCI no Brasil e como ela se insere na rede de atendimento à saúde mental, álcool e outras drogas, bem como nas RAPS. Desse viés, as autoras observam a falta que tal dispositivo faz neste momento no recorte do Maranhão. As equipes de atendimento em saúde mental abordadas, bem como os profissionais que ali estavam em formação para SCI têm que lidar com temas como a redução de danos, por exemplo. Para além de trabalhar temas como esse, as autoras também abordam como relevantes os momentos de dispersão. A partir da vivência da e na escola de supervisores, questões surgiram e se mantêm sempre pertinentes para as autoras, mesmo que pareçam fáceis de responder, como por exemplo se o serviço se mantêm apoiado em diretrizes humanistas, igualitárias; quais estratégias podem ser desenvolvidas para que esses preceitos não se percam de vista, etc.</p>					

**Supervisão clínico-institucional da rede de atenção Psicossocial : um breve relato de experiência**

<b>Período</b>	2018	Após a portaria	<b>Documento</b>	capítulo de livro		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=16Go0AXYGfNaX6naKOe7p2Sej3nqLzMlg&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=16Go0AXYGfNaX6naKOe7p2Sej3nqLzMlg&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades		PPG em Políticas Sociais e Cidadania UCSAL		<b>Instituição</b>	UCSAL
<b>Palavra chave</b>	NC					
<b>Resumo</b>	NC					
<b>Objetivo</b>	Relatar a experiência do curso de supervisao clínico institucional da RAPS do Ceará					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo das autoras se situa na transição do modelo hospitalocêntrico psiquiátrico para a atenção em liberdade, com envolvimento da comunidade, dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica, que no Brasil tem seu ponto alto na criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de pessoas com diferentes tipos de transtornos mentais, sem excluí-las, segregá-las, do convívio social e afetivo.</p> <p>Pelo caráter complexo do que é transtorno mental e como ele implica e é implicado pelo mundo ao redor, as ações necessitam de organização, mediação e supervisão em diversos níveis. E o sofrimento psíquico, para além do usuário, está presente também na equipe que trabalha na rede.</p> <p>A Supervisão Clínica Institucional foi adotada como uma ação para aprimorar os serviços abraçando a equipe e promovendo o fluxo de saberes e implicação. No caso focalizado aqui pelas autoras, o Curso de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial aconteceu em município da Região Metropolitana de Fortaleza (CE), na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) realizou em cinco encontros, de 4h cada (20h no total). Na ordem, participaram a gestão do município no primeiro; a equipe (segundo, terceiro e quarto encontros) e equipe e gestão no quinto.</p> <p>Para as pesquisadoras, os encontros resultaram de maneira positiva, ao focalizarem problemas como relacionamento interpessoal e comunicação entre a equipe, servindo como motor de mudanças, o que gerou a dinâmica não apenas com um supervisor ativo, mas uma equipe implicada, saindo do papel de receptiva. Rotina, costumes, atritos interpessoais, conflitos sobre métodos...esses elementos são o foco do discurso de uma equipe durante a SCI, então, o principal é a escuta realizada com respeito. Mesmo que o supervisor tenha uma experiência vasta com a SCI, ele não vai conhecer a equipe mais do que ela mesma.</p> <p>Para as autoras, os cinco encontros foram mobilizadores e de contribuição, oferecendo o pensar em mudanças, em melhoras e em interromper a rotina que não é eficaz ou afetuosa, tanto para a equipe</p>					

**Proposta de implementação da supervisão clínico-institucional em um CAPS III da cidade de Curitiba-PR**

<b>Período</b>	2019	Após a portaria	<b>Documento</b>	TCC		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=17kjkfiUo-aLmT7EpSDc0-TlqhTVxN03p&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail">https://drive.google.com/open?id=17kjkfiUo-aLmT7EpSDc0-TlqhTVxN03p&amp;authuser=manual.pesquisador%40gmail</a>					
<b>Publicação</b>	PPG em Gestão da Saúde UFPR		Setor de ciências da saúde		<b>Instituição</b>	UFPR
<b>Palavra chave</b>	Saúde mental; Supervisão clínico-institucional; Gestão clínica; Centros de					
<b>Resumo</b>	<p>Os desafios que incorrem sobre a prática do cuidado clínico em saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos importantes desse cuidado, são vários, perpassando desde questões estruturais até as relacionadas à própria equipe multiprofissional. A supervisão clínico-institucional é potente ferramenta para a qualificação profissional na saúde mental. Assim, este trabalho propôs um estudo sobre o diagnóstico da necessidade desta ferramenta e sua implementação em um CAPS III, em Curitiba-PR. Esta questão-problema foi fomentada pela experiência profissional da pesquisadora em um desses dispositivos de saúde mental nesta cidade. Para ampliar as informações, desenvolveu-se um questionário autoaplicável aos profissionais de saúde do referido serviço. As informações organizadas suscitaram que a supervisão clínico-institucional proporia uma melhora na resolução do trabalho e nas relações interpessoais.</p> <p>Desta forma, sugere-se a proposta de intervenção com a implementação da supervisão clínico-institucional regular para os profissionais deste serviço, sendo a contratação de profissional clínico-supervisor por alguma destas alternativas: cedido pela PMC, contratado pela FEAES, cedido por uma instituição de ensino parceira da FEAES, requerendo aporte financeiro do Ministério da Saúde. Propõe-se também estratégia de educação permanente para os profissionais do referido CAPS desenvolvida com participação destes e em parceria com profissional do Departamento de Ensino e Pesquisa da FEAES. À guisa de conclusão, entende-se a potência da supervisão clínico-institucional para os profissionais de saúde mental haja vista a complexidade deste cuidado e necessidade de reflexão, problematização e contínua qualificação no trabalho, considerando as transformações processuais da oferta de cuidados em saúde mental.</p>					
<b>Objetivo</b>	<p>Propor a implementação da Supervisão Clínico-institucional regular para profissionais de saúde que atuam em um CAPS III da cidade de Curitiba – PR. (Geral)</p> <p>Diagnosticar a situação atual do processo de trabalho multidisciplinar dos profissionais de saúde.</p> <p>Identificar fragilidades na Supervisão dos profissionais de saúde.</p> <p>Formular proposta técnica para implementação da Supervisão Clínico-institucional.</p>					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>A autora desenvolveu seu TCC com foco em entender se um CAPS III de Curitiba necessitava da implantação de SCI, questão que surgiu a partir de sua experiência profissional em um CAPS local.</p> <p>Como método, ela elaborou um questionário para os profissionais de saúde do referido serviço responderem. A partir da análise desse e outros materiais, ela conclui que a SCI teria sim papel de melhorar a relação dos profissionais entre eles mesmos, com os usuários do serviço e também a fruição do trabalho terapêutico realizado. Ela propõe alternativas para que um SCI seja contratado para o serviço, cedido pelo município, no âmbito federal ou de instituição parceira. É proposta também a educação permanente com a SCI no CAPS referido.</p> <p>A SCI é potente para profissionais da saúde mental, já que os mesmos estão imersos em um contexto em que o sofrimento psíquico é do usuário, mas também é deles, tamanha a complexidade da tarefa diária de trabalhar o cuidado do outro, refletindo, problematizando e se qualificando no serviço no âmbito do SUS.</p>					

## A rua de cada um

<b>Período</b>	2019	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1YxBVPMxfd2vK46Th5xS0s3wXIR5MJgGp&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1YxBVPMxfd2vK46Th5xS0s3wXIR5MJgGp&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Almanaque on-line	Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Ger	<b>Instituição</b>	IPSM - MG		
<b>Palavra chave</b>	população de rua; supervisão clínico-institucional; psicanálise;					
<b>Resumo</b>	Trata-se de relato de experiência de supervisão clínico-institucional, tendo como referência a psicanálise de orientação lacaniana e, como objetivo, a construção de saídas diante dos impasses dos trabalhadores na abordagem dos sujeitos em situação de rua. Foram adotadas a conversação e a construção do caso na busca de efeitos de saber que possam orientar o trabalho, permitindo localizar nos sujeitos o que se repete, o sem sentido e as amarrações possíveis. A supervisão possibilita a emergência da dimensão clínica da política, destacando a singularidade em cada caso compartilhado e as saídas construídas pelos sujeitos para lidar com o insuportável.					
<b>Objetivo</b>	Relatar uma experiência de SCI, tendo como referencia a psicanalise de orientação lacaniana					
<b>Referencial</b>	Psicanálise					
<b>Resenha</b>	<p>A autora faz um relato de experiência de SCI com referência da psicanálise da linha de Jacques Lacan. O foco é o trabalho de profissionais que atuam na abordagem de pessoas em situação de rua, com a intenção de entender as repetições, a falta de sentido e amarrações. A SCI pode entrar aí como meio para destacar a singularidade e a política na clínica, fazendo fluir o conhecimento e saberes para que se possa lidar com situações limite.</p> <p>A equipe do Consultório de Rua, da Atenção Primária à Saúde, onde o supervisor, segundo a autora tem o papel de contextualizar de maneira permanente o trabalho, o olhar clínico no território e rede.</p> <p>Ela aponta que, ao escolher uma abordagem lacaniana, o supervisor se orienta pela lógica de cada caso e de aprendizado mútuo. A escuta é essencial para que a SCI possa intervir junto aos sujeitos com conhecimento de referências e fixações. A fala da equipe é estimulada, tirando esses profissionais do lugar de ouvintes passivos. São esses mesmos profissionais que vão construir casos clínicos a partir da narrativa das pessoas que abordam, famílias, comunidade, informações de instituições que operam na rede, etc. A equipe também lida com três posições das pessoas que abordam nas ruas: a recusa do sujeito à oferta de cuidado; paranoia que leva o sujeito a enxergar a oferta de cuidado como algo maligno; a resignificação e busca pela reinserção no laço social.</p> <p>A SCI fortalece a ideia de que é preciso escutar e reconhecer a singularidade de cada sujeito, não apenas para redirecionar o trabalho em equipe, mas para repensar práticas coletivas e individuais de trabalho. Um novo saber-fazer pode surgir e florescer a partir do dispositivo da supervisão.</p>					

### O tratamento do objeto da segregação pela supervisão clínico-institucional

Período	2019	Após a portaria	Documento	artigo científico		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1iZi413GGrsmx-4BHwjO2nmFoG4XMIuk&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1iZi413GGrsmx-4BHwjO2nmFoG4XMIuk&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
Publicação	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental	Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatolog	Instituição	Associação Universitária de Pesq		
Palavra chave	NC					
Resumo	NC					
Objetivo	Afirmar o supervisor clínico-institucional como operador do asseguramento da responsabilidade que deve ser compartilhada pela equipe					
Referencial	Psicanálise					
Resenha	<p>O artigo começa pontuando que a saúde mental no Brasil sofre de um processo em que a exclusão promovida pelo modelo manicomial é facilmente substituída pela segregação. Para os autores, a manutenção da exclusão, ou a segregação, se dá pela moralização e criminalização de condutas, entre os pontos mais destacados está o sofrimento e inadequação vistos como vitimização do sujeito. Dali, ele é colocado em um lugar de alguém que precisa de assistência social e tem seu sintoma e gozo ignorados, segundo os autores.</p> <p>Na contemporaneidade, a violência e risco de morte são fatores muito presentes na vida dos usuários da rede de saúde mental, devido à presença onipresente da rede de tráfico de drogas, milícias e aparelhos estatais de repressão. O autoextermínio é uma forma de exteriorizar o sintoma.</p> <p>A supervisão na rede de saúde mental é onde há educação e formação permanente, como relatam os autores, já que a formação tradicional não daria embasamento para lidar com o que a rede de atenção psicossocial apresenta no cotidiano.</p> <p>Então, a SCI, embora não responda e não tenha que responder todas as perguntas existentes no serviço, proporciona o respiro para os funcionários revigorarem suas ações em uma política institucional que tem a clínica como direção ética.</p> <p>“O tratamento do objeto da segregação a partir da supervisão clínico-institucional implica na dimensão do conceito de extimidade. O mais íntimo é um objeto que paradoxalmente encontra-se no exterior, é êxtimo (Lacan, 1959-60, p. 173) O supervisor tem uma função extima em relação às equipes justamente para interrogar esse gozo que o grupo rejeita e que é inominável”.</p> <p>O supervisor é um estrangeiro que aponta como as proibições e contenções, quando usadas em excesso, acabam por exacerbar o que está ocorrendo com o usuário. “A supervisão não coloca uma pergunta sobre a doença, o diagnóstico, mas sobre a prática clínica dos profissionais. Sensíveis às próprias defesas, os profissionais podem se colocar disponíveis para o inédito que surgirá no encontro com os usuários, como sujeitos sobre quem nada se sabe previamente</p>					



### A supervisão clínico-institucional como dispositivo de qualificação na Atenção Psicossocial: uma experiência de parceria com a Universidade

<b>Período</b>	2019	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1oHGsoa_wYEckUipWLYrS9K2BXUtM0BF&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1oHGsoa_wYEckUipWLYrS9K2BXUtM0BF&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Physis: Revista de Saúde Coletiva			<b>Instituição</b>	UERJ	
<b>Palavra chave</b>	supervisão clínico-institucional; atenção psicossocial; universidade; Reforma Psiquiátrica; psicanálise					
<b>Resumo</b>	<p>Apresenta-se a condução da supervisão clínico-institucional em um centro de atenção psicossocial localizado no município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, resultando de projeto de extensão que vigorou entre os anos de 2012 e 2015, em uma universidade localizada no mesmo município. O processo de reforma psiquiátrica no município é apresentado a partir de duas interrogações do projeto de extensão: Em que momento da reforma psiquiátrica se encontra o município de Volta Redonda? Que clínica fora possível, até aquele momento, no CAPS? A partir dessas interrogações, descreveu-se o processo da supervisão clínico-institucional, destacando a psicanálise como marco teórico principal na análise sobre a forma como o cotidiano dos usuários do CAPS-II se situa no horizonte da reforma psiquiátrica, sobre o papel da psiquiatria no CAPS e na construção de um saber alternativo à psiquiatria, que considere a relevância da teoria, da posição subjetiva dos usuários e do saber dos profissionais. Destaca-se, ao final, a relevância da parceria com a universidade, como espaço de formação e reflexão crítica permanente sobre a oferta de serviços em saúde mental no horizonte da reforma psiquiátrica.</p>					
<b>Objetivo</b>	Relatar a experiência vivenciada com a implantação da supervisão clínico institucional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Rio Grande do Sul-RS					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo foi produzido a partir da condução da SCI em um CAPS em Volta Redonda, Rio de Janeiro. A parceria com uma universidade no mesmo local foi um projeto de extensão de três anos, que observou o processo de reforma psiquiátrica naquela cidade, questionando sobre em qual momento da reforma a cidade se encontrava. No CAPS, onde efetivamente eram atendidos usuários da rede de saúde mental, a SCI foi inserida a partir do viés psicanalítico. O cotidiano dos usuários, a atuação dos médicos psiquiatras e os saberes possíveis para além da psiquiatria foram analisados a partir da SCI.</p> <p>Segundo as autoras, o trabalho não seria possível sem a parceria com a universidade, eixo de ensino que muitas vezes é citado como conflituoso com a proposta de uma SCI, por adotar um saber mais protocolar e verticalizado.</p> <p>Para as pesquisadoras, a formação e qualificação dos profissionais com a SCI possibilitou a construção do caso clínico com destaque para a visualização da autonomia e cidadania presentes nos sujeitos e que são valores da reforma psiquiátrica e da saúde pública como um todo.</p>					

### Uma supervisão clínico institucional na reforma psiquiátrica na perspectiva da Análise Institucional

<b>Período</b>	2019	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1zlmfZ4pyO5KH2Js78zGg5BSEWZL8AOKy&amp;authuser=manual.pesquisador%40g">https://drive.google.com/open?id=1zlmfZ4pyO5KH2Js78zGg5BSEWZL8AOKy&amp;authuser=manual.pesquisador%40g</a>					
<b>Publicação</b>	Trabalho, Educação e Saúde		Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Fiocru		<b>Instituição</b>	Fiocruz
<b>Palavra chave</b>	atenção psicossocial; análise institucional; rede de atenção psicossocial; supervisão em					
<b>Resumo</b>	<p>A supervisão fomenta mudanças nos serviços na perspectiva da atenção psicossocial. Sua institucionalização ocorreu nos campos da clínica, formação e gestão em saúde e expressa forças contraditórias instituídas e instituintes. A investigação que deu origem a este artigo analisou o processo de supervisão clínico-institucional em duas equipes da rede de saúde de um município do interior do Nordeste. O referencial teórico-metodológico utilizado foi o da análise institucional, na perspectiva da socioclínica. O processo ocorreu em 12 encontros, de março de 2011 a fevereiro de 2012, e foi registrado em diários institucionais. Neste processo, evidenciamos que: a análise da encomenda e, principalmente, a das demandas mobilizaram o processo de supervisão; existiram conflitos entre o uso de casos clínicos e a construção dos projetos terapêuticos singulares, como também na compreensão sobre o processo formativo da supervisão; houve cooperações e rivalidades entre as equipes na construção do cuidado em redes municipais; surgiram desafios no cuidado à crise no contexto das redes regionais na perspectiva da atenção psicossocial. O dispositivo supervisão precisa ser expandido e interiorizado, constantemente revisto, para que esteja em consonância com os pressupostos da atenção psicossocial, assim como para propiciar momentos de experimentação dos trabalhadores como grupos-sujeitos.</p>					
<b>Objetivo</b>	Analisar o processo de supervisão clínico-institucional em duas equipes da rede de saúde de um município do interior do Nordeste					
<b>Referencial</b>	Análise Institucional					
<b>Resenha</b>	<p>As autoras escreveram este artigo a partir da análise de um processo de SCI de duas equipes em um município do nordeste, com referencial teórico-metodológico da Análise Institucional – socioclínica.</p> <p>Foram 12 encontros entre março de 2011 e fevereiro de 2012, registrados em diários institucionais.</p> <p>Para elas, o processo de supervisão foi mobilizado pela análise das demandas e encomendas. Casos clínicos e projetos terapêuticos, processos formativos de supervisão – tudo isso gerou conflito nos encontros. Foram registradas situações de cooperação e rivalidade entre equipes da rede municipal.</p> <p>Neste contexto, as autoras concluem que a SCI precisa ser interiorizada nos serviços, ao mesmo tempo que expandida. Também precisa ser interiorizada/expandida nos indivíduos que compõem a rede, como dispositivo aliado, de formação contínua para cada um e para todos.</p> <p>Assim, a SCI tem função de oferecer e desafiar os grupos-sujeitos consonância com os pressupostos da atenção psicossocial, assim como para propiciar momentos de experimentação dos trabalhadores como grupos-sujeitos.</p>					

## Reflexões sobre o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional no centro de atenção psicossocial-CAPS

<b>Período</b>	2020	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1DS-yFJW2aVJSr9kK5fBXdJBaKdZEDk4X&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma">https://drive.google.com/open?id=1DS-yFJW2aVJSr9kK5fBXdJBaKdZEDk4X&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma</a>					
<b>Publicação</b>	Brazilian Journal of Health Review		Associação Comercial de São José dos Pinhais		<b>Instituição</b>	ISEP
<b>Palavra chave</b>						
<b>Resumo</b>	<p>A proposta de supervisão clínico-institucional em implantação 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. Através de uma revisão bibliográfica, o presente trabalho tem por objetivo promover reflexões sobre o processo de trabalho do Supervisor Clínico-Institucional inserido no campo da Saúde Mental, assessorando, acompanhando e supervisionando os trabalhos exercidos pelos profissionais do CAPS. Neste contexto, o supervisor clínico-institucional tem a atribuição de proporcionar condições para que os profissionais desenvolvam intervenções e abordagens terapêuticas. A supervisão deve ser adequada à dinâmica e a singularidade do grupo em seu contexto, respeitando saberes e afetos, bem como as experiências vivenciadas pelos usuários (SEVERO et al., 2014). Dentre os papéis da supervisão destaca-se a promoção dialogada da integração da equipe de cuidados, possibilitando a construção de projetos terapêuticos singulares que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia. O caráter de construção permanente propicia aumento da transversalidade no grupo e momentos de experimentação dos trabalhadores enquanto grupo-sujeitos (SEVERO et al., 2014). Sob este olhar, os supervisores têm evidente importância na construção de espaços de reflexão, problematização e discussão dos processos de trabalho em saúde (SILVA et al., 2012). A reflexão da bibliografia permite concluir que o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional é preponderante para interligar o CAPS e a rede, atuando como interlocutor entre eles e sendo o facilitador do processo de trabalho em saúde mental.</p>					
<b>Objetivo</b>	Promover reflexões sobre o processo de trabalho do Supervisor Clínico-Institucional inserido no campo da Saúde Mental, assessorando, acompanhando e supervisionando os trabalhos exercidos pelos profissionais do CAPS.					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>Os autores realizaram a revisão bibliográfica de documentos do Ministério da Saúde e de artigos científicos no banco de dados do SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) no período de setembro a dezembro de 2020, para refletir sobre o processo de trabalho em SCI em saúde mental nos CAPS. Eles propõem que a SCI fomenta o reconhecimento das equipes de atendimento nos serviços de saúde mental como promotoras cotidianas junto aos usuários e à rede em si dos preceitos da reforma psiquiátrica e SUS - integralidade, universalidade e equidade.</p> <p>O processo de trabalho nos CAPS não pode ser dissociado do pessoal, afetivo e mental de seus próprios profissionais, entre eles mesmos, com a gestão e/ou chefia e com os usuários, de maneira coletiva e individual (na proposição de projetos terapêuticos e no manejo dos atendimentos).</p> <p>O trabalho do supervisor clínico-institucional faz a ligação entre o CAPS, a rede, o profissional, o usuário, liberando o fluxo de saberes e vivências de maneira a considerar todos como atores relevantes e dignos de atenção.</p>					

### Supervisão de saúde mental no Programa Médico de Família de Niterói : uma ferramenta de inclusão da saúde mental na atenção básica

Período	2020	Após a portaria	Documento	mestrado		
Link	<a href="https://drive.google.com/open?id=1B3lcSjEFJWOzEBGkvYVLSQGasnBr3sGd&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm">https://drive.google.com/open?id=1B3lcSjEFJWOzEBGkvYVLSQGasnBr3sGd&amp;authuser=manual.pesquisador%40gm</a>					
Publicação	PPG em Psicologia UFSJ		Departamento de psicologia da UFSJ		Instituição	UFSJ
Palavra chave	Saúde mental na a tenção básica ; Programa Médico de Família ; Supervisão de saúde mental ;Atenção básica em saúde;					
Resumo	<p>O objetivo d es s e estudo foi compreender o trabalho desenvolvido, no período entre 2004 e 2011, pelo grupo de supervisores de saúde mental do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói. Procuramos investigar os antecedentes a partir dos quais se desenvolveu o trabalho desses supervisores, descrever o processo de trabalho por eles desenvolvido e analisar esse trabalho enquanto ferramenta de inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica. Estudamos esse trabalho a partir das teorias de Emerson Merhy e Richard Sennett. O primeiro entende que o trabalho em saúde envolve elementos de embate político que podem servir para a mudança ou a perpetuação de determinado modelo assistencial, a depender dos interesses em disputa nos espaços onde esse trabalho se desenvolve e principalmente naqueles onde são produzidos os atos de saúde. O segundo defende a ideia de que o trabalho artesanal é aquele que busca ser bem feito, tem caráter reflexivo e ético, evitando a alienação do trabalhador em relação aos seus fins e acabando por favorecer os saltos intuitivos que permitem a criação de novas ferramentas, a partir dos problemas e desafios enfrentados no fazer. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, cujos dados foram coletados através de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com os profissionais que foram supervisores de saúde mental do PMF no período estudado. Na análise dos dados foi usada a hermenêutica, a partir de Gadamer. Identificamos que a articulação sistemática e regular entre os serviços de saúde mental e o PMF foi a principal atividade desenvolvida pelos supervisores de saúde mental e representou uma mudança no processo de referência e contrarreferência no campo da saúde mental em Niterói, que passou a envolver a discussão de casos e o cuidado compartilhado. Além disso, os supervisores também atuavam na articulação de redes de cuidado e apoio, aos indivíduos em sofrimento mental, tanto intersetoriais, quanto da própria comunidade. Nesse sentido, contribuíam para a inserção dos cuidados em saúde mental na atenção básica, principalmente em relação aos casos considerados graves. Além disso, cuidavam da saúde mental dos profissionais que trabalhavam no PMF.</p>					
Objetivo	compreender como o grupo de supervisores de saúde mental do PMF Niterói desenvolveu seu trabalho, no período de 2004 a 2011.					
Referencial	Não indica					
Resenha	<p>A autora inicia sua dissertação relatando o caminho feito pelo conceito de saúde da família até a implementação e funcionamento da ESF no Brasil, que propunha uma humanização e acolhimento das pessoas no serviço de saúde pública, retomando a ideia de profissionais de saúde que conhecessem o contexto de vida de seus pacientes.</p> <p>A ESF, atualmente, também enfrenta desafios relacionados ao desmonte do SUS, com mudanças no papel de agentes comunitários de saúde e retomada do nome UBS. Na saúde mental a autora indica que há problemas entre eles o despreparo de equipes de saúde para lidar com pessoas em sofrimento psíquico. Ao trabalhar essa e outras questões no PMF de Niterói, a pesquisadora focaliza as equipes de supervisão aparecem como promotoras de uma mudança de direção que exige a compreensão de que há dimensões políticas importantes envolvidas no trabalho, para além da dimensão técnica e metodológica.</p> <p>no mais, ela viu uma rede de cuidado e apoio e contribuindo para que o cuidado à saúde mental fosse praticado na atenção básica, deixando de se restringir aos serviços específicos para usuários com transtornos mentais.</p>					

### Supervisão Clínico-Institucional: uma retrospectiva programática

<b>Período</b>	2020	Após a portaria	<b>Documento</b>	artigo científico		
<b>Link</b>	<a href="https://drive.google.com/open?id=1QhYTpn-lxzcB8tVrJBA9pFeMUet0hCc9&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma">https://drive.google.com/open?id=1QhYTpn-lxzcB8tVrJBA9pFeMUet0hCc9&amp;authuser=manual.pesquisador%40gma</a>					
<b>Publicação</b>	Saúde & Transformação Social		PPG em Saúde Coletiva UFSC		<b>Instituição</b>	UFSC
<b>Palavra chave</b>	Saúde Pública; Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Educação em Saúde; Supervisão;					
<b>Resumo</b>	Com objetivo de apresentar uma retrospectiva crítica aos editais de supervisão clínico-institucional, o presente artigo buscou problematizar a referida estratégia de formação em serviço com as ações de educação na saúde. Utilizando-se de uma análise teórico e conceitual, por meio dos editais publicados pelos Ministério da Saúde, foi possível traçar o percurso formativo das supervisões, com a proposta saindo de um modelo centrado nos CAPS para uma perspectiva do trabalho em redes intersectoriais. Finaliza-se ainda com o questionamento das implicações promovidas por essa transição e a brusca interrupção dos editais para a organização de novas supervisões.					
<b>Objetivo</b>	Apresentar uma retrospectiva crítica aos editais de supervisão clínico-institucional, Problematizar a referida estratégia de formação em serviço e as ações de educação na saúde					
<b>Referencial</b>	Não indica					
<b>Resenha</b>	<p>O artigo apresenta uma retrospectiva sobre os editais de SCI no país, desde a portaria federal de 2005 que instituiu a SCI como parte da qualificação das equipes que atuam em CAPS. Para os autores a supervisão é um uma relação dialógica entre supervisor, equipe e rede de atenção, onde o supervisor atua como educador, mas não na lógica mecânica de emissor-receptor de conteúdo, mas sim de facilitador ou promotor de fluxos de conhecimento e saberes.</p> <p>Para que a supervisão se realize num território atendido pelos dispositivos da rede de saúde, ela deve promover um pacto entre os âmbitos federal, estadual e municipal, com todos os envolvidos sendo responsáveis.</p> <p>No artigo são contados oito editais de seleção de projetos de supervisão desde a portaria, em 2005, e foram selecionados 851 projetos: 262 CAPS I, 258 CAPS II, 196 CAPSad, 95 CAPSi, 39 CAPS III e 1 CAPSad III).</p> <p>A história da supervisão é a história da luta pela legitimação e consolidação dos CAPS enquanto serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que busca consolidar e associar os princípios do Sistema Único de Saúde com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de seguir as recomendações da III Conferência de Saúde Mental.</p> <p>A publicação de editais parou em 2013 e a articulação de novas estratégias de supervisão e qualificação de equipes depende de iniciativas municipais. Segundo os autores, isso pode permitir mais autonomia aos municípios, mas por outro o tempo de existência dos editais de supervisão foi muito curto e a interrupção foi brusca. Ampliar essa estratégia é necessário para que mais atores envolvidos na atenção aos usuários da saúde mental possam conhecer e sair do modelo "CAPScêntrico" para experimentarem um cuidado que seja em rede, com inserção social, compartilhamento dos cuidados e valorização do território afetivo dos sujeitos.</p>					

## APÊNDICE E – NARRATIVA Nº 1: ANA PITTA

20/10/20

Médica e doutora em Medicina Preventiva, atuando na Universidade de São Paulo e no departamento de medicina preventiva da USP, Ana Pitta foi a primeira entrevistada deste trabalho. Afinal, é dela o marco inicial dos trabalhos de supervisão clínico-institucional nos serviços de saúde mental – como diretora da Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Ana Pitta atuou na Divisão de Ambulatórios na década de 1983 a 1986, mas sua história, que se confunde com a história da saúde pública brasileira das últimas décadas, *“começa um pouquinho mais cedo”*.

Com memória ímpar, ela traz nomes e toda a progressão de um trabalho de formiguinha que expandiu uma rede de cuidados com a saúde mental utilizando a liberdade e cidadania como pontos chave. A luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Brasil não seriam as mesmas sem essa profissional e tantos aqui citados.

Estagiária da Casa de Saúde Ana Nery, na Bahia, ela conheceu Emilio Rodrigué, supervisor clínico e ali promovia reunião de equipe e discussão de casos, com o uso do que Pitta chama de *“dramatização”*. Jovem, ela ruma ao Rio de Janeiro para fazer sua residência em Saúde mental no Engenho de Dentro, onde tem contato com Antônio Celso, também supervisor clínico. Tratava-se da única residência em Saúde Mental no país na época. Além do Centro Psiquiátrico Pedro II, agora com Chelton Mello, supervisionava uma pequena comunidade <sup>43</sup>terapêutica no Hospital Dr. Eiras em Paracambi - RJ. *“A sistemática era a mesma, na qual a equipe devia centrar-se na discussão de casos e, com isso, construir um saber oportuno àquele lugar e àqueles pessoas que estavam submetidas ao tratamento”*, explica.

Já em 1976, Ana Pitta vai para São Paulo, onde tem contato com Fernando Ulloa, do Grupo Quadrantes de Buenos Aires - Argentina, que trabalhou com Emilio Rodrigué. Ela então o convida, no contexto de um workshop, para conhecer o serviço

---

<sup>43</sup>A Comunidade Terapêutica comportava cerca de 30 pacientes, enquanto o Hospital Dr. Eiras havia 3.000 pacientes.

de Saúde Mental do Centro de Saúde Samuel Pessoa, Butantã - SP. Ali, ela tinha um cargo administrativo de supervisora de equipe, indicada por Uraci Simões Ramos, depois de sua contratação como médica assistente, aos 25 anos.

Ulloa, seu convidado, promoveu algumas dinâmicas com a equipe que envolviam relatos verídicos e segredos vividos pela equipe no trabalho. Essa integração também era foco da atuação de Raquel Soifer que, segundo Pitta, trabalhava com infância e mulheres, já que no local eram atendidos casos de maneira coletiva – mães, pais e crianças. *“Eu devo estar confessando uma certa origem argentina desse modo de trabalho... José Bleger, Pichón Rivière, Emilio Rodrigué, Fernando Ulloa”, Raquel Soifer*, pondera, mencionando a origem de nomes chave para sua formação e experiência com a supervisão.

Dessa experiência, em 1983, Ana Pitta teve as condições de deslocar a perspectiva da atenção à saúde mental do hospital para a comunidade e território. Porém, enfrentou o corporativismo ambulatorial, que impediu a mudança de nome para Centros de Saúde Mental.

Ela assumiu a divisão de ambulatorios em um momento oportuno do ponto de vista político. O governador recém-eleito, Franco Montoro, era apoiado por uma coligação de esquerda – João Yunes era secretário de saúde estadual e Marcos Pacheco Ferraz coordenador de saúde mental, ambos apoiadores da defesa que ela fazia do cuidado em liberdade e do viés comunitário dos serviços de atenção à saúde mental.

*“Eu fui fundadora do PT, mas nesta ocasião, era uma pessoa de esquerda e fui chamada para dirigir a Divisão de Ambulatórios, que era o único espaço que cuidava do lado não hospitalar”,* relembra. Além da Divisão de Ambulatórios, dois departamentos assistiam às pessoas que necessitavam de cuidados em saúde mental: Departamento Psiquiátrico I (cuidava dos hospitais psiquiátricos públicos exceto Juquery: Pinel, Vila Mariana, Água Funda, Casa Branca, Ribeirão Preto, Lins Sta. Rita do Passo Quatro, Botucatu) e Departamento Psiquiátrico II (Hospital Psiquiátrico do Juquery, em Franco da Rocha, uma das mais antigas e notáveis instituições de internação do país, recentemente fechado. Segundo Ana, havia, na época, recursos financeiros e estrutura administrativa mais que adequados para os departamentos hospitalares na época e poucos recursos para o cuidado comunitário.

Ana Pitta montou sua equipe em uma “*casa simpática*”, a Divisão de Ambulatórios, na Rua Itapeva, número 700, na capital paulista. Entre os nomes que ela cita, Antônia Maria Brandão Cipolla, Darci Neves dos Santos, Mirsa Dellosi, Jairo Goldberg, entre outros, aparecem diversas vezes em seu relato.

A maioria deles não ocupava cargos na área e Pitta articulou com outras secretarias a cessão desses profissionais para montar sua equipe na Divisão de Ambulatórios. Também integraram o time Cleusa Ulanin e Sandra Fischetti, Nerse Repach. Cito a ela o nome Silvio Yasui e ela logo completa que ele chegou “*um pouquinho depois*”, já que na época estava coordenando o Programa de Aprimoramento FUNDAP de psicólogos(as) no Juqueri.

Sob sua supervisão, a divisão de ambulatórios realizou o primeiro concurso para profissionais da psicologia, com cerca de cinco mil inscritos, utilizando recursos das Ações Integradas de Saúde (AIS) da Previdência Social. Pitta pontua que os recursos para o concurso não eram adequados para esse fim, mas sim para reforma de prédios: “*O que eu vou fazer com paredes, sem pessoas?*”, ela pergunta.

Autorização dada, o concurso ocorreu junto à chegada de um grupo que Ana reuniu com viés multiprofissional interdisciplinar para redigir a primeira Cartilha de Saúde Mental para os Ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde do Estado de São Paulo.

As equipes para os ambulatórios eram formadas ao mesmo tempo em que os prédios foram reformados, com foco na contratação de psicólogos, que eram raros na divisão. Cada ambulatório deveria ter, segundo ela, cinco psicólogos, três psiquiatras, três assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e enfermeiros. Em 1983, as equipes mínimas estavam montadas. Para a médica, a melhor capacitação possível para esses profissionais era a Supervisão Clínico-Institucional que construía o saber oportuno onde as práticas estavam acontecendo.

O Ambulatório Centro, atualmente CAPS, teve como primeiro supervisor clínico-institucional Antonio Lancetti. Ana Pitta credita à “*Toninha*”, como ela chama Antônia Maria Cipolla, a coordenação do projeto da Supervisão Clínico-Institucional para os Ambulatórios de Saúde Mental de todo o estado.



Com o apoio da Sociedade de Psicanálise, Psicodrama e do Sedes Sapientae, nas figuras de psicanalistas como Lígia Amaral, Hanna Segal, Mario Fuks, e psicodramatistas como Antonio Carlos Cesarino e colaboradores, buscados por Ana. Iniciou-se de modo voluntário as Supervisões Clínico-Institucionais nos diferentes serviços. Emilio Rodrigué e os profissionais argentinos usavam o psicodrama para exercícios de supervisão. O grupo argentino tinha base psicanalítica. *“Não tínhamos tantos supervisores para todos os serviços e para todos que demandavam, que estavam trabalhando na rede básica. Nós criamos as supervisões públicas e vieram pessoas da psicanálise, que foi a grande sustentação para essa experiência”*.

Sua ida à sociedade de psicanálise e ao Sedes foi uma *“provocação”* na tentativa de *“sensibilizar”* profissionais para o trabalho de Supervisão Clínico-Institucional, já que os recursos financeiros para contratações não estavam garantidos ainda. Os primeiros supervisores foram contratados por licitação, meses depois, já que era impossível nos serviços públicos a modalidade de contratação de pessoas para atuação intermitente (a cada 15 ou 30 dias). A discussão dos serviços de atendimento, daquela forma, mesmo com as dificuldades, é descrita por Ana Pitta como *“revolucionária e construtivista”* de falar e pensar o trabalho realizado por equipes com usuários, movimentando um *“saber oportuno”* para a atuação prática do cuidado em liberdade.

Pitta cita Antonia Cipolla como responsável pela expansão do projeto, agregadora de diversos profissionais de diversas áreas, a ponto de haver entre 25 e 30 supervisores clínico-institucionais, por ela coordenados.

Os encontros entre Ana Pitta e esses supervisores eram periódicos, com o intuito de tornar as decisões democráticas e coletivas sobre as políticas de saúde mental, algo que ela considera fundamental na divisão de ambulatórios.

Os coordenadores dos ambulatórios tinham reuniões mensais, realizadas com o auxílio de Antonia Cipolla, Mirsa Dellosi, Jairo Goldberg e Cleusa Ulanin. Na Zona Norte da capital, Darci Neves cuidou de um projeto municipal de articulação de ambulatórios e UBSs rumo ao que mais tarde seria nomeado Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi tema de um artigo de Pitta para III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ana comenta a importância da pesquisa sobre a SCI, lembrando a influência de Emilio Rodrigué, e que o manejo da supervisão tem a intencionalidade de produzir implicação, corroborando a potência de transformação no cotidiano das práticas *“contagiando as pessoas que nele trabalhavam”*.

O desenvolvimento das ideias não acontecia de imediato. A Secretaria de Saúde opera a partir da provocação dos atores implicados no processo de transformação. Os recursos não estavam sempre ao alcance, havia necessidade de permanente reivindicação para viabilizar a aposta nas políticas públicas alinhadas aos pressupostos do cuidado em liberdade. Ana Pitta diz que havia um compromisso sólido e regular para a luta na implantação de uma Rede de atenção territorial e comunitária expandida.

Apesar de já ter citado tantos nomes de cabeça, quatro décadas depois, Pitta se incomoda por não lembrar o nome de uma pessoa que participou desse grupo na época. *Lembra depois de Myrna Pia Favilli, psicanalista que fazia supervisões de casos para públicos de até 120 pessoas no auditório do Ambulatório Centro à rua Itapeva”*.

Os ambulatórios foram se expandindo e chegaram, segundo Ana Pitta, a 22 unidades, muitas advindas de reivindicações e demandas populares. Pitta cita que o primeiro contato com Mirsa Dellosi se deu justamente na necessidade de implantação de um ambulatório de Saúde Mental no Jaçanã, onde se fechava um hospital psiquiátrico privado. Mirsa Dellosi trabalhava no Conselho Regional de Psicologia à época. Ela cita também a médica Luzemir Lago, que atendia no hospital psiquiátrico fechado e que teve uma postura de liderança no movimento reivindicatório, sendo a primeira coordenadora do ambulatório de Saúde Mental do Jaçanã.

O maior ambulatório público da capital, o Pan Prates, foi sede de várias reuniões: *“era o maior ambulatório público que drenava pacientes para redes de hospitais privados conveniados, o qual tinha como diretor clínico um dono de hospital, e aquele lugar servia para captar pacientes para preencher as vagas dos hospitais privados”*, explica.

A primeira metade da década de 1980 foi marcada pelo retorno do regime democrático ao Brasil e, como parceiros na implementação de serviços de saúde mental, Ana Pitta e os profissionais dos ambulatórios exercitavam a democracia nos

projetos de atendimento. O momento, como ela define, era “*extremamente rico*” e propício para as supervisões.

Em paralelo com esse trabalho, os profissionais da rede começaram a fazer cursos que conduzissem para a reforma psiquiátrica que já estava em curso. Pitta era aluna de psicanálise do Sedes Sapientiae, que na época não tinha grupos. Coincidiu com sua entrada, a cisão entre Regina Schnaiderman e Roberto Azevedo – Ana era representante de alunos e permaneceu ao lado de Regina, Mário e Lúcia Fuks, Ana Maria Segall. Embora tivesse divergências teóricas e técnicas com seu coordenador, Pitta destaca o respeito e apoio dele com o compromisso antimanicomial, insatisfeito com a situação da época.

Ana Pitta fala de Marcos Pacheco de Tolledo Ferraz, da Comissão Teotônio Vilela. Militante dessa comissão, ele não aceitava a situação existente no manicômio judiciário, do Hospital do Juquery e outros hospitais psiquiátricos. “*Ele me apoiou até determinado momento, porque, obviamente, a radicalidade necessária para se implantar uma Reforma Psiquiátrica, uma rede de serviços territoriais competentes requer muita coragem*”, relembra.

Os números são impressionantes, consideradas as dificuldades impostas pelo contexto da época. Foram 91 equipes de Atenção Básica em UBSs (formadas por psiquiatra, psicólogo e assistente social). Até então, alguns psiquiatras atendiam como fornecedores de guias de internação e receitas em centros de saúde.

Ela destaca um projeto de desmedicalização em ambulatórios e UBSs, com especial preocupação com o uso crônico de benzodiazepínicos e antiepilépticos – que ela classificava como “*moda*” nas unidades.

Como ela pontua, a transformação era amparada por material teórico e técnico: “*Para sustentar essa nova prática, a supervisão clínico-institucional levava instrumentos técnicos, teóricos; líamos e distribuíamos alguns livros e textos*”. Membros como Jairo Goldberg trabalhavam e seguiam carreira acadêmica com mestrado e doutorado; Jonas Melman trabalhava com familiares de pacientes e transformou seu trabalho em dissertação de mestrado posterior livro bastante lido. Coincide ali também o surgimento das Associações de usuários e familiares: Franco Basaglia em São Paulo e Franco Rotelli em Santos, litoral paulista

Ela não permaneceu na Divisão de Ambulatórios até o fim da gestão, por ter enfrentado “*dificuldades*”, como relata. Pitta participou da realização do primeiro Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, no Centro Convenções Rebouças, em São Paulo. “*Eu lembro que na ocasião, foi um momento intensamente tenso, questionando-se o poder, mas isso aconteceu também na Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental que a gente tomou de assalto, pois estava na moda, a democracia era uma coisa pulsátil, vigorosa e a gente queria realmente desestabilizar o poder ditatorial instituído*”.

Mesmo com o pioneirismo, Ana Pitta diz ter sentido um grande incômodo e a falta de apoio para o segundo encontro de trabalhadores de Saúde Mental, não teve o suporte da Coordenação de Saúde Mental.

Para ela, “*a supervisão-clínico institucional não é um lugar de todos concordarem, um lugar pacífico*” e quem a ajudou nesse período a pensar o trabalho foi “*talvez o mais questionador dos supervisores*”, Antonio Lancetti, que utilizava técnicas psicodramáticas e sociodramáticas para lidar com as tensões durante suas supervisões.

Essa tensão e cobrança foram desaguar em uma saudade e carinho imensos, segundo ela. Sua definição é muito interessante: “*O que ele fazia era pegar o pêndulo da Política Pública de Saúde Mental e puxar à esquerda porque a inércia puxava à direita*”. Com essa postura, Antonio Lancetti a provocou a ser mais corajosa do que ela, diz que poderia ser, caso apenas seguisse prescrições oficiais.

Faltando um ano e meio para concluir o mandato do governador Franco Montoro, ela deixou a divisão e foi substituída por Gabriel Figueiredo, que queria transformar o prédio do Caps em um serviço para atendimento de epiléticos. O mesmo casarão também foi cobiçado pelos engenheiros da secretaria para ser a divisão de obras – “*aquele casarão estava no metro quadrado mais caro de São Paulo, um casarão fantástico*”.

O casarão foi foco de um projeto que Ana Pitta desenvolveu a pedido de Marcos Ferraz. Mas, antes, ela nos leva para sua jornada como professora docente de saúde preventiva à Nicarágua e Cuba, anteriormente.

Na Nicarágua, extremamente pobre, ela viu a experiência de uma equipe coesa atuando em uma *“casinha singela”*. A pobreza estava na falta de itens básicos, como caderno de anotações e café. O primeiro item Ana Pitta emprestou seu caderno para que as receitas e relatórios pudessem ser feitos, já que não havia papel. O segundo, a bebida, só pode ser feita depois que ela e o psiquiatra da equipe, a quem ela descreve como *“lunático”*, fossem colher grãos de café.

*“Em italiano, também em espanhol, Centro de Atenção Psicossocial é separado, ‘Psico’ e ‘social’. Por isso é CAPS e não CAP.*

Ana Pitta retoma dizendo que constituiu um grupo de profissionais da saúde, Willian Valentini, Uraci Simões Ramos e Lauro Andreato, para compor o projeto de formalização do primeiro Caps. Com a proposta escrita por ela e os participantes concordando, a ideia é que o centro fosse diuturno. Esse primeiro centro seria nomeado CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, a quem ela homenageia: *“a pessoa que fez talvez a primeira mudança expressiva na política da saúde mental no Brasil”*, com a eliminação de leitos psiquiátricos “chão” e introduzindo a terapia ocupacional como proposta de cuidado.

Digo a ela que é de Cerqueira o livro onde resgato o capítulo sobre Psiquiatria Social e os profissionais da saúde que trabalham nesse novo modelo – um texto que funciona como uma baliza.

Pitta conta então uma história de encontros que inclui um dos nomes mais destacados da luta antimanicomial brasileira, a médica Nise da Silveira. Na residência médica no Rio de Janeiro, em Engenho de Dentro, Pitta conheceu o Museu do Inconsciente e foi convidada por Nise para trabalhar na Casa das Palmeiras. No meio daquele ano, aconteceu o Congresso de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental, em Brasília, onde ela ia apresentar uma exposição fotográfica, *“porque a Nise atraía para si muitos artistas”* – ela cita Maria Bethânia e Fauzzi Arapp como colaboradores frequentes de Nise.

Na coordenação da mesa onde Pitta apresentou o trabalho fotográfico da Casa das Palmeiras, estava Luis Cerqueira<sup>44</sup>, com quem ela desenvolveu uma amizade duradoura, até o seu falecimento em 1984. Luis Cerqueira, figura emblemática da

---

<sup>44</sup>CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

reforma psiquiátrica no Brasil, manteve uma postura crítica ao modelo hospitalocêntrico ao longo de sua vida, implementando propostas de serviços comunitários de base territorial.

A proposta dela para um Caps com o nome de Cerqueira foi formalizada e assinada por Marcos Ferraz e João Yunes, já que o casarão – o belíssimo prédio no metro quadrado mais caro de São Paulo – era motivo de disputas. Para a equipe do Caps, Pitta convocou Jairo Goldberg, Sandra Fischetti, Sandra Georgia e Silvia Pereira, além de uma auxiliar de enfermagem que havia ajudado com o patrimônio da divisão de ambulatorios – o nome custa a chegar, mas vem: Nerce Repach. Além deles, Pitta chamou os “*desgarrados*”, afastados de seus cargos por defenderem a diferença antimanicomial, entre eles Jonas Melman, ex-coordenador do ambulatório de Saúde mental da Brasilândia, e Silvio Yasui, coordenador do aprimoramento FUNDAP do Juqueri com mais de 19 psicólogos.

De volta à descrição de como montou o Caps, Pitta diz que o projeto “*é uma das coisas mais vivificantes que eu pude experimentar*”. O temor de perder o espaço foi motivador de um início “*épico*”, pois a falta de estrutura e o ineditismo a fizeram criar tudo do zero. Ela foi a primeira psiquiatra a atuar no Caps, mas não por muito tempo, pois seu vínculo como professora da USP não permitia que ela assumisse a função externamente. Jairo então assumiu, segundo ela, com grande dedicação e fidalguia.

Ana Pitta pontua a descrição do trabalho em equipe com notas sobre o companheirismo e confiança presentes entre todos os profissionais que se juntaram nas empreitadas. Com Jairo, ela viajou pelo país e exterior, e Ana Luisa Aranha, saída de um período difícil no Hospital das Clínicas, juntou-se ao grupo. Um pouco depois, alunos da Escola de Enfermagem/USP começam a fazer estágio no Caps, acompanhados por Sônia Barros, que estava na Escola de Enfermagem da USP. Outros professores que passaram a levar alunos e estagiários foram da Terapia Ocupacional também da USP.

Disso derivou o projeto de Atenção Docente Assistencial e os participantes ficaram, como ela define, generosos e geniais. Jonas Melman é, segundo ela, o profissional que melhor trabalhou a relação dos pacientes com as famílias e dessas com o serviço. Silvio Yasui coordenava oficinas de música, incluindo violão,

desenvolvendo as mais criativas oficinas terapêuticas. Citando também Carlos Videira, Sonia Pereira, Edson, Arnaldo... ela destaca como aquelas pessoas que nutriam, criavam e se envolviam com o projeto

Pitta diz que foi Jonas Melman, no Projeto Multiplacidade quem conseguiu atrair o estilista Alexandre Herchcovitch para participar de um desfile de moda dos usuários e dos profissionais do Caps (Regina Bichaff).

O trabalho conjunto nesse Caps não ficava, portanto, apenas na esfera clínica, medicinal. Pitta discorre sobre como as ações eram éticas, políticas e estéticas. Ela recorda que atuou como primeira supervisora clínica-institucional, mas que, por estar envolvida em outros aspectos do trabalho, não deveria ser a supervisora externa disposta a escutar as demandas da equipe. Vários Supervisores externos assumiram posteriormente essa função

Isso porque a ideia do grupo era de trazer pessoas de fora, *“um elemento externo”*, para ir até o Caps, partindo de sua concepção do que deveria ser a supervisão clínico-institucional: *“Sempre defendi que fosse alguém externo, se possível eleito pela equipe, reconhecido pela equipe, como alguém que possa dar conta das angústias e do trabalho interno”*.

Quando passou a Coordenadora Nacional de Saúde Mental (1998/2000), Pitta elaborou um projeto de supervisão clínico-institucional para todo país, mas não encontrou recursos financeiros para implantá-lo.

Ela atuava como Consultora de Saúde Mental desde a gestão de Domingos Sávio Nascimento Alves. Seguiu consultora de Pedro Gabriel Delgado, que conseguiu promover o primeiro edital nacional para Supervisão Clínico-Institucional no país. As conversas para um projeto de Supervisão clínico-institucional em nível nacional começam com “uma cervejinha” no Pelourinho em 2003. Tento situar o primeiro edital em 2005.

Nessa experiência, entre 2005 e 2011, foram publicados oito editais para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial nos diários oficiais. Em 2012, um edital de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais.

Relata que, por exemplo, na Bahia, foi possível realizar a supervisão clínico-institucional nos 82 Caps existentes na época, tanto no interior quanto na capital. Nesse momento, Ana Pitta estabelece um paralelo, comparando o período do início da publicação dos editais ministeriais e o período em que esteve na Coordenação de Saúde Mental do estado de São Paulo, onde foi possível a realização da supervisão clínico-institucional em 22 ambulatórios do interior e da capital. Houve dificuldade para encontrar supervisores para cidades distantes como Registro, no sul do estado de São Paulo.

Ela afirma ser a supervisão clínico-institucional, da forma ampla como se deu e dá, uma iniciativa brasileira de inspiração argentina. Para ela, a reforma psiquiátrica brasileira é filiada à italiana, *“mas eu não tenho dúvidas de que a maior reforma psiquiátrica no mundo é a brasileira, que tem 2730 CAPS<sup>45</sup>. Não tem lugar nenhum que tenha isso. Os Estados Unidos tentaram fazer 2000 Centros de Saúde e não chegaram lá”*. Comenta que a tentativa norte-americana ocorreu numa época em que Robert Castel falava sobre modelos, possibilidades e avanços na sociedade psiquiátrica com intervenção e reformas possíveis.

Ana volta a dizer que o trabalho que realiza é necessário pela documentação, reconhecimento de determinadas influências que são importantes para pensar a saúde mental (*“Pichón Rivière, José Bleger, Emilio Rodrigué, o próprio Antonio Lancetti, Osvaldo Saidon, Gregório Barembilit [...] Fernando Ulloa, não esqueça dele”*). Para ela, essas pessoas não imaginavam que o projeto de supervisão clínico-institucional pudesse ter essa dimensão de estratégia construtivista e para formação permanente das equipes.

Em relação à educação permanente e à supervisão clínico-institucional, ela diz: *“Uma coisa não exclui a outra porque a supervisão clínico institucional é uma estratégia dentro de um programa de educação permanente”*. Comenta que, no final dos anos 1980, quando era coordenadora estadual de saúde mental de São Paulo, em parceria com o Instituto Sedes Sapientae, ofereceram o curso de capacitação de terapeutas infantis. Foram realizadas supervisões clínicas no anfiteatro do

---

<sup>45</sup>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>. Acesso em: 25 set. 2021.



Ambulatório Centro, à noite, com 120 lugares: “o auditório ficava cheio e eram discutidos casos da área infantil e adulta”.

“Eu acho que a educação permanente tem que ser muito plástica”, pois “não é feita de cursinhos”. Ela entende que o formato ideal para a formação se aproxima do modelo das especializações. Nesse sentido, em 2000, ela estruturou e implementou, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo, a primeira turma de especialização em saúde mental, posteriormente absorvida pela Escola de Enfermagem, com a Professora Dra. Sônia Barros. Tendo sido aluna desse curso, da primeira turma, pontuo o orgulho que sinto. A primeira turma pertencia ao projeto Docente Assistencial do Caps Professor Luis da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva).

Falando sobre o que a SCI traz para a educação permanente ela pontua a afetação, afeto, a implicação, “Não era uma educação antisséptica, burocrática, era uma educação erótica, no sentido de implicada, afetada. Eu considero Lourau, Paulo Freire figuras importantes porque é um processo construtivo, construtivista de formação, que me pareceu extremamente rico e era um processo em que você aproveitava o saber da cozinheira, o saber da auxiliar de enfermagem. O saber do psiquiatra era, às vezes, o menor saber, pois ele estava arrogante e não permitia trocar, mas há muito psiquiatra legal. Todos os saberes eram saberes importantes.”

As estratégias de educação permanente estão ancoradas em uma lógica essencialmente freiriana: “Eu sou ‘paulofreiriana’ até a alma [...]. Quando fui à Nicarágua, Paulo Freire estava em alta, porque as pessoas aprendiam embaixo da árvore, eram alfabetizadas embaixo da árvore com coisas que faziam parte de seu cotidiano. Era legal estudar psicanálise, estudar no Sedes, mas eu precisaria decodificar qualquer dos saberes, e olha que eu sou radical nos saberes, vamos levar a sério o aprendizado desses saberes. E o mais interessante é quando a gente consegue falar simples [...]. As coisas verdadeiras são simples [...]. É interessante que uma das coisas que crescem muito com a democratização das políticas de saúde mental no Brasil é a utilização de teorias grupais, trabalhos grupais – grupo operativo, grupo de atividades, grupo de família.”

Encerramos a entrevista com Ana Pitta comentando sobre o fato de a filha de Lourau ser atualmente sua minha chefe: “é antropóloga, mora aqui na Bahia,

*coordena, graças à minha campanha, o programa de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica – Julie Sarah Lourau. Casou com um negro, tem filhos aqui na Bahia e fica muito emocionada quando eu falo da importância de seu pai da qual ela não tinha a dimensão.”*

## APÊNDICE F – NARRATIVA Nº 2: PEDRO GABRIEL DELGADO

DIA 11/02/2021

Começo a entrevista comentando que fiz um resgate histórico significativo e uma revisão bibliográfica na qual o identifiquei como referência já nos primeiros documentos do Ministério da Saúde. O entrevistado teve uma participação importante para a institucionalização da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) em 2005, ao trabalhar na definição do ofício supervisor e nos processos dos editais.

Pedro Gabriel relembra que, em meados de 1990, já era professor da UFRJ e foi convidado para ser supervisor do CAPS II Herbert de Souza, em Niterói, Rio de Janeiro. O Herbert Souza, antes de ser CAPS II, era segundo ele um tipo de serviço dia. Ele diz que começou a supervisão semanal e depois quinzenal, o que possibilitou que ele acompanhasse a transição do serviço ofertado ao hospital Jujubá, na época em que foi transferido para o centro de Niterói, onde se constituiu como CAPS.

*“A equipe era muito boa, tinha pessoas muito competentes, muito experientes, mas a gente trabalhava fundamentalmente a ideia de construção de um serviço territorial e trabalhava sempre em cima de casos clínicos. [...] era um pré CAPS, digamos assim. Tinha uns casos que eram muito difíceis, casos muito complexos, casos de manejo muito intrincado [...], eu via a minha função como alguém que quase estava ali como suporte para a equipe. Algumas vezes, a gente saía da reunião de equipe de supervisão e ia diretamente conversar com o paciente, porque o paciente estava no serviço naquele momento. A gente não tinha muito uma configuração, um ritual muito preciso”,* discorre ele, sobre o cenário da ocasião.

Pedro Gabriel explica que, depois dessa experiência, atuou como gestor no estadual do Rio de Janeiro durante um ano e então assumiu a coordenação nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde. Por volta de 1996, acompanhou a construção do CAPS Irajá, participou diretamente da construção do CAPS Pedro Peregrino de Campo Grande e do CAPS Simão Bacamarte, na região oeste, ambos no Rio de Janeiro. Ele relata que a experiência foi difícil e que, na época, era o mais experiente de todos ali. Então já se discutia a função de supervisor e havia formulações sobre qual deveria ser o papel do supervisor, mas ainda não se sabia como definir o que eram os CAPS: *“Eu diria que pra mim, foi uma experiência muito importante [...] Não tinha uma política sobre o CAPS [...] ninguém sabia direito o que*

*era. Tinha aquela Portaria 224, da época do Domingos Savio. Ela nos servia de baliza”, recorda.*

Pedro Gabriel não era vinculado ao quadro de servidores municipais na época, e na década de 1990, atuava como professor da faculdade de medicina da UFRJ, no departamento de psiquiatria, mas não era algo formalizado: *“Eu não era um funcionário da prefeitura [...] Eu entrei na universidade tardiamente, em 1989. Nos anos 90, eu era professor da faculdade de medicina da UFRJ, professor do departamento de psiquiatria e isso certamente me servia, embora não fosse uma coisa formalizada. [...] mas não era um trabalho formal. [...] Não era um projeto de extensão. [...] A outra autorização extremamente importante era do Instituto Franco Basaglia. Ele foi criado no início dos anos 90 como instituto dos direitos dos usuários, e depois ele assumiu essa função de também ajudar na construção da REDE”.*

Ele trabalhava, na época, num contexto em que os serviços de saúde mental no Rio de Janeiro não estavam ainda definidos, padronizados. Por isso a importância do material disponibilizado pelo instituto: *“O Instituto Franco Basaglia publicou um pequeno guia que foi chamado de Guia dos Serviços Alternativos em Saúde Mental no município do Rio de Janeiro. [...] O que eu quero dizer para você que talvez interesse é que, nesse momento, a gente não tinha uma configuração acabada do que seriam esses serviços territoriais. Aliás, não se falava muito na questão do território. Eu me lembro que nós trabalhamos muito o conceito de território no CAPS Pedro Peregrino. Chegamos a produzir um estudo sobre o território - O que é o território em Campo Grande?- que foi um documento de trabalho do CAPS Pedro Peregrino”.*

A supervisão entrou na prática quando Pedro Gabriel se viu atendendo o CAPS Pedro Peregrino e o CAPS Simão Bacamarte, um dia da semana para cada – única forma de encaixá-los em sua agenda e, mesmo assim, reduzia o tempo do Simão Bacamarte por já haver uma pessoa que assumia essa tarefa lá. No CAPS Pedro Peregrino, ele participou da implantação da equipe e a princípio seu papel ali era para ser temporário, mas se estendeu por cerca de dois anos. Tanto a equipe quanto a experiência em si ele classifica como muito boas.

Comentamos que é interessante a construção do conceito de cuidado em liberdade, do território e da Rede no processo de constituição da SCI. Refletindo sobre a narrativa que ele vinha construindo, identificamos, Pedro e eu, um viés, no sentido de que a supervisão é nomeada como “clínico-institucional”, mas que isso diz de determinados compromissos e parâmetro, não sendo qualquer supervisão.

Ele pontua algo interessante, sobre eu estar dizendo algo que não é consenso sobre a SCI e sobre concordar comigo nesse sentido. Pedro então discorre sobre a existência de modos de concepção da supervisão que não são os de um serviço aberto em território, substituto do centrado em hospitais e voltados para o cuidado em liberdade, com cultura, cotidiano, dia a dia incorporados. Na década de 1990, o conceito de supervisão mais tradicional já existia, segundo ele: *“Já existia nessa época, nos anos 90, o conceito de supervisão como ele é tradicionalmente concebido pela prática clínica da psicanálise, da psicologia. [...] da própria psiquiatria. Existia um outro conceito de supervisão que é o conceito da enfermagem. Algumas vezes, a gente teve que dialogar com esse conceito da enfermagem, que trabalha com um instrumento de trabalho chamado supervisão, que é o monitoramento, a orientação, mais pontual, mais direta. [...] Por que eu estou lembrando disso? Porque esse diálogo existiu. Quando se falava em supervisão, se pensava que tinha que ser assim ou assado. Aí existia um modelo de supervisão estritamente clínico, que é um modelo que existe ainda. [...] Restrito ao caso clínico, de certa maneira desterritorializado”*.

Para Pedro Gabriel, ao fazer o que ele chama de “recuperação histórica”, no período citado acima, a SCI não era discutida como uma questão central, “algo decisivo”: *“A gente precisava disso criado. Aqui [Rio de Janeiro] a gente usou muito ‘serviço alternativo’ durante um tempo. Essa palavra ‘substitutivo’ ganhou mais força e mais contorno depois, uns 10 anos depois. O trabalho em Niterói se chamava supervisão e eu era o supervisor. [...] Ponto. Não era clínico-institucional, era supervisor. [...] Para fechar essa parte da ideia da supervisão, de como ela entra no meu histórico profissional e de militância também [...] eu fazia porque achava que tinha que criar esses serviços”*. Ele relata que no Guia Serviços Alternativos não existiam os serviços de todas as regiões do Rio de Janeiro, como por exemplo na Zona Oeste. O material contemplava um mapeamento pela Zona Sul e a chamada Zona Norte do município, onde existem serviços da UERJ e o CAPS Engenho de Dentro, hoje o Nise da Silveira.

Então ele conclui que, naquela época, a implantação realizada já era um trabalho de supervisão clínico-institucional, a qual ele coordenava junto à equipe. E mantendo uma ideia de supervisor como aquele *“a figura de sujeito ativo, ativo na sustentação de um serviço no território”*.

Pedro Gabriel também que acredita que a supervisão então realizada seria uma

sustentação do campo reflexivo para a equipe fazer a construção. Ele fala sobre a situação em Campo Grande: “[...] era uma equipe de implantação do serviço [...] em Campo Grande, em uma área cedida pelo Ministério da Saúde, uma área do antigo Inamps, que tinha ambulatórios [...] casas alugadas [...] em uma praça do centro. A gente olhou aquela pracinha e pensamos ‘vai dar jogo’, mas nos reservaram um espaço muito pequeno. [...] Muito apertado [risos]. Mas a gente pensou ‘é muito apertado, mas tem a praça aqui na frente, então vamos nos virando’. Foi muito interessante. No dia que eu ficava lá, que era o meu dia, eu ficava o dia inteiro. Eu ficava montando e já começava a receber os usuários. Lá não existia ambulatório de psiquiatria, nesses ambulatórios todos de Campo Grande. Santa Cruz também não tinha. Mas existiam pacientes que frequentavam outros serviços, como clínica médica, que circulavam por ali. Isso fez parte da negociação que fizemos com o diretor naquele conjunto de ambulatórios. Aquele conjunto de ambulatórios era um PAM – Posto de Assistência Médica – do antigo Inamps[...] A negociação envolveu a gente assumir imediatamente algumas situações de pacientes que frequentavam os ambulatórios clínicos e eram pacientes com transtorno mental, que davam um certo trabalho, que iam em outras clínicas. A gente gostou daquilo, a gente achou aquilo bom, porque não teríamos problemas em começar, mas eram pacientes meio difíceis porque não eram tratados em lugar nenhum e ficavam entrando e saindo do posto de saúde. Como foram nossos primeiros pacientes, nós fizemos muitas atividades territoriais, muitas reuniões, reuniões em igrejas, reuniões na própria praça, reunião com a associação de moradores para explicar o que é o CAPS. Isso foi algo muito legal. Naquela época, a gente já chamava isso de construção do território”.

Ele conta que essa experiência ocorreu entre 1996 e 1998, pois em 1999 ele saiu da função de supervisão para ser Coordenador de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Nesse período de três ou quatro anos, ele vivenciou uma mudança de cenário com a eleição, quando Benedita da Silva, do Partido dos Trabalhadores, assumiu como vice-governadora de Anthony Garotinho, na ocasião do Partido Democrático Trabalhista. Havia otimismo, uma expectativa positiva, mas, segundo o próprio relata, rindo, a realidade mostrou que não era bem isso: “Não digo que foi um erro, porque não tem esse negócio de erro, as coisas vão se construindo. Aqui no Rio de Janeiro, a gente nunca tinha tido um governo de esquerda estadual. Era sempre o pessoal do Chagas Freitas, do MDB Chaguista, ou o pessoal da direita, Moreira Franco etc. Ou aqueles ultra-fisiológicos, que era o pessoal do Chagas Freitas. O fato

*de ter entrado um prefeito de uma cidade do interior como governador, o Garotinho, tendo como vice a Bené, a Benedita da Silva, despertou um certo entusiasmo e eu fui ser coordenador por causa disso. Eu não tinha ideia que eu sairia nesse tipo de ação. Eu estava muito feliz dando aula na Faculdade de Medicina, feliz no sentido que aquilo era um desafio – o ensino de graduação e esse negócio de construir a Rede através do trabalho do IFB. Mas quando teve essa circunstância, isso construiu a possibilidade de eu ser coordenador e acabei virando gestor de saúde mental porque fui convidado por razões de ligações políticas de esquerda. O secretário de saúde não era do PT, era do PDT, era o Gilson Cantarino. A vice-governadora era do PT e eu fui convidado pelo grupo da saúde do PT, porque eu participava da formulação de programas de saúde mental. A Bené tinha sido candidata a prefeita um pouco antes e a gente fez um programa de saúde mental para um município”.*

Ele pensava em realizar uma tarefa estratégica como Coordenador de Saúde Mental do Estado, relacionada à sustentação, formulação e enfrentamento dos serviços de saúde mental. A formulação a cada momento, coletivamente, e o enfrentamento dos desafios específicos eram completamente diferentes. O Rio de Janeiro era um local com presença forte de hospitais psiquiátricos e uma cultura de que esses dispositivos eram a melhor solução para usuários em crise.

*“Por exemplo, naquela região, a gente tinha a presença forte [...] do hospital psiquiátrico de Itaguari [...] era uma clínica pequena porque aqui no Rio tinha muito hospital psiquiátrico e enfrentava a pressão direta dos hospitais psiquiátricos como um caminho mais fácil para as crises. Lá a gente tinha que se virar um pouco em relação à crise. Eu já tinha formulado, mas não sei se tinha escrito, eu não escrevia muito, mas a ideia de que uma função, que não era estritamente a supervisão clínica, mas que não era uma função da gestão, mas era uma função conexa à condução política institucional do serviço, que era a supervisão, ela se tornava necessária. Essa concepção eu já tinha. Eu já tinha também um diálogo em relação a esse modelo de supervisão estritamente clínico, pelo fato de ser estritamente clínico”,* recorda. Pedro Gabriel então pontua que há uma característica na supervisão que ele considera imprescindível: *“Eu sempre achei que a supervisão tinha que ser clínica para discutir caso ou ela não é supervisão. Tinha muito modelo, eu vi isso quando eu fui gestor nacional, esses modelos pedagógicos de supervisão, estritamente pedagógicas, uma supervisão pensando muito na educação em saúde. Eu achava que tinha que partir*

*da situação clínica mesmo e abrir para as questões institucionais e territoriais, etc. [...] a partir do cuidado, totalmente a partir do cuidado”.*

Em sua perspectiva, há um modelo de educação mais rígido por ser de formação permanente – clínico e psicanalítico – e se aproxima da supervisão como a enfermagem a compreende, com uma ação de checagem, verificação e certificação de que as ações foram realizadas corretamente, para auxiliar a gestão. No Rio de Janeiro teria se constituído certo modelo de “*supervisores de territórios*” que ele não pode acompanhar pois tinha Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde, em agosto dos anos 2000.

Sobre esse modelo de supervisor no território ele afirma que viu essa figura se transformar em algo mais próximo da gestão, a partir de algumas conversas na qual tomou parte. Eu o questiono se esse modelo de supervisão não seria o que foi denominado de apoio institucional em Campinas – São Paulo, e ele concorda, mas diz que no interior paulista ocorria uma ligação administrativa mais clara, além de existir um supervisor do próprio serviço: “*Acho que tem essas configurações colocadas aí. Acho que em síntese eu respondi a tua questão*”. O tema da SCI é “*um tema intrínseco [...] ao processo de reforma, ao processo de construção de serviços territoriais, de serviços comunitários*”, avalia Pedro.

Em 2001 houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental e foi aprovada a Lei 10.216, grandes marcos da reforma psiquiátrica brasileira. Pedro estava na coordenação nacional desde 2000 e, nesse cenário, quero saber como ocorreu o processo que culminou na definição do ofício supervisão e nos editais de contratação de SCI, em 2005. Como ele participou? Como o Ministério da Saúde foi se apropriando e configurando a SCI? Como ocorreu a construção das diretrizes, os documentos, como foi esse processo de implementar, de oficializar a SCI enquanto política pública?

Ele explica que o congresso de CAPS em 2004 foi um momento chave para essa construção da SCI como política pública, mas não se lembra se o relatório de gestão 2003-2006 já apontava nesse sentido: “*Esse congresso foi, em termos de coisas que eu coordenei, em termos de atividades de debate coletivo, foi pra mim, o que teve melhor rendimento, participação, apesar de problemas logísticos, mas a gente estava em uma conjuntura governamental muito boa. [...] Tudo ajudava. Nós*



*incluímos o tema de um [...] Era um grupo de trabalho sobre SCI, que foi uma das coisas mais importantes do Congresso de CAPS, que era destinada a responder isso que você está perguntando... vai ser uma política? Vai fazer parte da política? O que sustenta? Qual a direção estratégica? O que queremos com isso? Como definir? Eu me lembro que a Alice criou um dispositivo que nós tínhamos discutido previamente na nossa equipe, no Ministério, que é o dispositivo da escola, da Escola de Supervisores. A palavra escola é muito danada porque ela é apropriada por muita gente. Ela é muito apropriada, por exemplo, pelo pessoal da psicanálise porque na psicanálise existe escola. Mas existe escola dentro de tudo aquilo que o Bourdieu chama de campo de força, que é o campo de força de afirmação de conhecimento, do predomínio, de modelo etc. Existe escola desde a antiguidade. A palavra escola, a gente tinha pensado a palavra escola, ela surgiu lá também e eu gostei de ter saído a coisa de Escola de Supervisores. Claro que é um nome pedante [risos], mas eu acho que ele faz referência ao sentido clássico, que é algo que é uma construção, um processo. Estamos instaurando um processo e a Escola de Supervisores passou a ser uma certa linha de ação. Não foi uma coisa que se possa dizer que foi muito bem-sucedida, no sentido de sua implantação em vários lugares. [...] No período que eu fiquei na gestão [...] foi muito bom até as crises políticas, que a mais grave começou no final de 2004, 2005, mensalão etc. [...].*

A continuidade do trabalho foi seriamente afetada pelas crises políticas citadas por Pedro Gabriel. O Ministério da Saúde passou por mudanças relacionadas ao partido que o comandava, com a saída do PT e entrada do MDB, segundo ele, em 2006. Essa mudança trouxe uma mudança de linha política muito intensa e “o pessoal de saúde mental penou um pouco”. Pedro segue descrevendo como a figura do ministro da saúde da época alterou o trabalho na pasta: “Embora quem tenha entrado tenha sido um cara da saúde pública, que foi aquele cara de Minas Gerais, um cara legal da saúde pública, que era um deputado federal, que foi secretário de saúde de Montes Claros. Digamos que ele é um aliado do SUS, mas era um deputado do MDB, colocou pessoas do MDB.

Concordo com ele e digo, nesse momento, que isso não dói à toa. Compartilho minha experiência, já que também trabalho como supervisora clínico institucional de uma equipe em um Centro de Convivência (CECCO) no interior de São Paulo. Relatei que acredito que o CECCO é crucial para a atenção do território para o CAPS não

ficar encapsulado. Pedro Gabriel diz, sobre o CECCO, que “*era um serviço, naquele momento, em 2005, que a gente já tinha avançado tanto, que era o momento de dar esse salto, no sentido de transformar o Centro de Convivência em uma experiência que não fosse só de Campinas, Belo Horizonte e de São Paulo capital. A gente fez um seminário, uma oficina em Belo Horizonte, e isso tem muito a ver com a ideia de supervisão clínico institucional. As razões eu não me lembro quais, mas as razões são sempre práticas e políticas. Em São Paulo nunca foi fácil, em São Paulo depende muito de quem está no governo. Em Campinas também tinha toda aquela confusão, teria que puxar muito diálogo para o modelo do Candido Ferreira. Já estou te respondendo porque que foi em Belo Horizonte [risos]. Porque lá não se tinha uma imposição de um modelo de Centro de Convivência. Foi uma oficina maravilhosa. De trabalho, acho que foi um dia só, um dia ou dois. Foi dessa oficina que surgiu o subsídio para fazer a Portaria que instituía a política de Centros de Convivência e Cultura. Eu não sei se já se chamava Centros de Convivência e Cultura, depois nós passamos a adotar esse nome. Recentemente, há uns 2 ou 3 anos, tem uma pessoa que acabou de terminar o doutorado, que fez um estudo sobre Centro de Convivência e ela fez uma entrevista comigo e ela partia dessa Portaria como sendo uma espécie de início do esforço de construir o Centro de Convivência como uma política de âmbito nacional. Ela foi simplesmente revogada. Eu sei exatamente quem revogou, mas não interessa quem trabalhou para revogar, mas foi justamente esse perfil meio autoritário e burocrático que existia na saúde mental PMDB - era pró SUS, mas como não sabia o que era Centro de Convivência, como era um dispositivo que era uma inovação, essas pessoas tremem de medo diante desse negócio. Como? O que é isso? [...] E tinha passado por conselho nacional, estava validado, ninguém foi contra. Isso foi quando entrou essa gestão. Por que eu estou fazendo essa digressão? Estou fazendo para dizer que a Escola de Supervisores oriunda de 2004, embora a gente tenha feito de fato uns 3 ou 4 editais de supervisores. [...] E depois na gestão do governo Dilma com Tykanori teve outra de supervisão”.*

Para ele, a Escola de Supervisores poderia ter interferido mais na construção e consolidação do modelo de supervisão, porém acabou enfrentando o que ele chama de “vicissitudes da gestão”. Pedro Gabriel diz que por isso usou o exemplo e que, quando deixou o cargo no ministério, o ministro era Temporão, do PMDB, mas ele “foi uma maneira de lidar com essa pressão do MDB”. Ele então diz que que é preciso

considerar algumas coisas sobre gestão quando se fala disso, mas se interrompe para me perguntar onde atuei como gestora. Informo que em Rio Claro, interior de São Paulo, de 1997 a 2000: *“É um período em que as coisas aconteciam realmente”*, ele reflete. Comento que nesse momento havia uma colisão do PV com o PMDB: o prefeito do PV; o vice-prefeito do PMDB. Porém, a saúde tinha ficado com o PT; além do social e das políticas públicas. O prefeito era do PV, mas ele tinha um histórico no PT muito importante, de vida. Relato isso a ele e Pedro Gabriel segue a falar sobre gestão e como as Escolas de Supervisores avançaram menos do que gostariam, não por recuo da gestão, mas por adversidades: *“Esse nome não passa bem na burocracia do SUS. [...] Tinha uma resistência ao nome supervisão que eu encontrava entre os colegas da gestão do SUS. Por que supervisão? Por que supervisor? Eu encontrei isso desde a época em que eu trabalhava também dentro da UFRJ, que a gente instituiu, no hospital Geral do Fundão, a supervisão para as interconsultas, para a supervisão dos pacientes internados no Hospital Geral. Supervisão é algo normal em um hospital de ensino, é rotina, porém gerava desconforto. Se perguntavam por que tinha que haver uma supervisão específica da saúde mental. No entanto, todas as especialidades davam supervisão aos seus alunos. Podiam dar outro nome, mas davam. Isso para dizer que o termo supervisor, supervisão, eles não passavam”*, discorre.

Quero saber como é a leitura de Pedro Gabriel sobre essa dificuldade e essa coisa que ficava entalada numa intolerância com o nome, mas ele já responde dizendo que sua *“hipótese não passa pela questão da palavra propriamente, eu não sei dizer o porquê da palavra supervisão causar esse efeito”*.

Ele se alonga ao discorrer do ponto de vista do gestor: *“As inovações que a saúde mental trazia nem sempre eram bem recebidas, no sentido de que fugiam um pouco do que se construía usualmente nos atos normativos da gestão. Eu acho que supervisão, a ideia de Escola de Supervisores, até porque o nome “Escola” é mesmo pedante [risos], não foi muito bem acolhida pela gestão, exceto a saúde mental. Recordo um colega, Eduardo Passos, professor da UFF e ajudou muito na época, dizendo ‘vamos deixar esse nome (Escola) e depois a gente ‘equivoca’ o nome, a gente mostra que não é uma escola, magister dixit (a fala do mestre), é o processo’. Isto é: trata-se de um processo de transmissão, é um processo permanente de transmissão, que vai dar sustentabilidade aos serviços e ao novo modelo”*. De acordo

com Pedro, a Escola de Supervisores não avançou tanto devido às dificuldades de gestão, já que nem sempre o que é posto como prioridade é implantado. Pedro também cita a complexidade e tamanho do país como fatores que contribuíram para esse cenário. “Estávamos *enfrentando coisas mais graves, outras situações, como, por exemplo, desinstitucionalização, álcool e drogas, depois em 2008 e 2009 começou a crise política do crack e todas essas coisas foram tomando, atravessando e você vai tendo que construir prioridades*”, diz.

E retoma o tema da palavra “supervisão” como problema, inclusive apontando algo que é bastante delicado, a confusão entre “gestão” e “supervisão”: *Eu não tenho uma hipótese para te dizer por que eles não gostam da palavra supervisão. A gestão geral do SUS, mas pode ser até que essa minha impressão pode ser enviesada, que não tenha sido bem assim, mas eu já ouvi isso em vários lugares: ‘Por que que tem que ter supervisor?’. Depois, quando o gestor assume a supervisão, às vezes ele toma a supervisão como uma extensão da gestão, como aconteceu aqui no Rio e eu também encontrei em alguns estados, onde as pessoas eram nomeadas supervisores por conta dos editais e que não tinham ou a experiência ou a capacidade de transmissão para cumprir essa função. Não é uma função para um recém-formado assumir. [...], Mas tinham muitos recém-formados nomeados como supervisores, experiências pontuais. [...] Pensa em uma pessoa que é nomeada como supervisor clínico institucional com uma pequena bagagem de experiência, ela vai executar apenas a tarefa normativa, apenas a tarefa da gestão. Mas isso faz parte do processo. Por isso que tinha a ideia de Escola de Supervisor. Quem é o supervisor, como deve ser”.*

Pedro Gabriel diz que na Bahia ocorreu uma experiência positiva com supervisores e me questiona sobre isso, sobre eu ter encontrado material a respeito desse trabalho no estado, mas eu não havia encontrado nada até então - encontrei um bom material referente ao Maranhão e Rio Grande do Sul. Ele me indica um nome para pesquisar: “*Tarcísio Andrade, que escreve sobre álcool e drogas. Ele conduzia a Escola de Supervisores da Bahia. Cada um fazia com um formato próprio. O da Bahia foi muito boa enquanto durou*”, diz. E completa informando que Ana Pitta participava desse trabalho.

Me interessa muito compreender como foi o processo de construção dos editais, em que a SCI é encomendada enquanto uma função. Peço a Pedro Gabriel

que me conte sobre o momento da escrita do edital, de descrever as tarefas associadas ao ofício da SCI. Aqui deixo seu extenso relato, pois considero Pedro Gabriel excelente ‘cronista’ e seu começo, meio e fim são essenciais para compreensão do contexto e da atmosfera vivenciadas: *“Considero a turbulência em 2006, 2007. Você está perguntando o que essa encomenda significava. A partir de 2004, nós seguimos discutindo. De que maneira a gente construía a gestão? Tínhamos uma equipe, que não era uma equipe grande. A nossa equipe tinha menos de 20 pessoas e algumas muito jovens que a gente conseguia recrutar. Não tínhamos uma equipe de 50 pessoas, como foi possível depois do governo Dilma. Nós tínhamos uma equipe pequena, mas tinha mecanismos sistemáticos de interlocução coletiva. Não eram reuniões de perder tempo, eram reuniões para tarefas específicas. Na supervisão, por exemplo, a reunião de colegiado (Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde), conseguíamos fazer duas por ano, só duas. Nem todo ano conseguíamos fazer duas. Ela também discutia e ia construindo essas linhas de ação, que são as linhas de implantação da política. A supervisão clínico institucional foi vista pelo Colegiado Nacional<sup>46</sup> como um instrumento, como um dispositivo estratégico decisivo e importante, como absoluto consenso. Portanto, era importante fazer uma encomenda clara, que competia algumas coisas para esse supervisor clínico-institucional, que era uma tarefa que tinha atribuições que precisavam ser definidas claramente. Era uma tarefa e essa tarefa tinha atribuições. Sem colocar em ordem hierárquica, essa tarefa consistia em: primeiro um trabalho com o coletivo de trabalhadores do CAPS – acolhimento, de manutenção da integração da equipe, de facilitação do diálogo da equipe, quase como se fosse uma coisa de um certo gestor, no sentido de gestor das relações da equipe”*.

Aqui o interrompo para perguntar sobre a palavra “gestor”. É na função de gestar, no sentido de gestação? *“Isso, das relações da equipe, de manutenção em relação as crises da equipe. O que se espera de um supervisor? Eu sempre achei que isso era decisivo para o supervisor, porque as equipes estão frequentemente em conflito, os casos são muito difíceis. Esse nosso campo da saúde mental é sempre muito cheio de controvérsias. A tarefa da supervisão é manter uma certa unidade da equipe, mas uma unidade criativa, uma unidade que respeite a diversidade. A segunda*

---

<sup>46</sup> PORTARIA Nº 3.796, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2010. Com a participação e coordenadores de saúde mental estaduais e municipais com 300 mil habitantes ou mais.

*tarefa é que ele tinha que lidar competentemente com os desafios clínicos colocados. Ele tinha que ter uma competência estabelecida e acreditada pela equipe, tinha que ter uma certa legitimidade. A competência era construída na legitimidade com a equipe. Também achávamos que a forma, para essa função, de definir essa competência, era ela se afirmar com a equipe, menos do que com os critérios de títulos acadêmicos ou profissionais. Mas para se afirmar com a equipe, ela se afirmaria ancorada em uma competência técnica, na tradição do conhecimento, porque as equipes eram formadas assim. Eu sempre tive um orgulho muito grande de ser gestor no campo da saúde mental porque as equipes eram muito exigentes em termos da construção do conceito, do argumento, da sustentação da sua prática, da ética, da ética da intervenção. O supervisor tinha que saber dialogar com a equipe, ser legitimado pela equipe, por uma competência que vinha do saber oriundo das tradições do saber do nosso campo e oriundo da capacidade de manejar situações complexas. Terceiro ponto – ele tinha que ser capaz de direcionar, para o que nós chamamos de atenção psicossocial, a situação clínica, que é território, cultura, cotidiano etc. Se ele fosse ‘clínicista’, se ele tivesse um reducionismo clínico, ele não cumpriria bem essa função. [...] Ele não faria muito essa função. Sabíamos disso pela experiência. Até hoje, se você tem uma supervisão reducionista clínica, os pacientes não ficam nos serviços, os pacientes são encaminhados. [...] Esse terceiro ponto é extremamente importante. Tinha que ser psicossocial, um modelo psicossocial. Sendo essas 3 coisas aí, ele cumpriria essa função. Vamos colocar uma quarta função. Com tudo isso, ele deveria ser aquela pessoa que, nos serviços, deveria assegurar a sustentabilidade da política de saúde mental, da política de atenção psicossocial. Ele não podia ser uma pessoa que não fosse da política de atenção psicossocial. Na seleção e no recrutamento dos supervisores, isso tinha que ser levado em conta. Não há aqui um consenso, mas considero decisiva esta vinculação ao campo da atenção psicossocial. Porque há supervisores que não são do campo da saúde pública, porém podem estar comprometidos e alinhados com os princípios do SUS e da atenção psicossocial. Os supervisores iam ajudar a assegurar a sustentabilidade da atenção psicossocial, o futuro da atenção psicossocial.*

Digo a Pedro Gabriel que o primeiro item me remete à conceitos como autoanálise e autogestão do campo da Análise Institucional e, quando ele diz que tem que ser alguém legitimado pela equipe, eu fico pensando na questão da análise da

oferta que precede a análise da demanda. Para mim o supervisor clínico-institucional deveria ser alguém com recursos teóricos, conceituais e técnicos, mas também ter um compromisso ético-político com os parâmetros da atenção psicossocial e não comprometido com uma lógica manicomial.

Ele complementa que também não poderia ser alguém que trabalhasse *“com uma lógica de clínica privada, mesmo que fosse uma clínica de consultório, porque isso também não sustentaria a demanda”*.

Pedro conta que, quando foi ao Ministério da Saúde para atuar na coordenação, em 2000, já sabia que desejavam um certo modelo lá, que é o dos supervisores, mas com essa palavra sendo usada de modo genérico: *“As pessoas que vinham enviadas pelo Ministério da Saúde - isso desde os governos conservadores também - para ir principalmente para os estados do Nordeste, do Norte para dar palestras, orientações, etc., tinham muito essa ideia. A partir disso, eu incorporaria aí um outro elemento que eu tenho certeza de que foi das nossas preocupações porque fizemos essa reflexão. Não nos interessava fazer com que o supervisor clínico institucional fosse um grande mestre, que seguisse o modelo do mestre, ou fosse um grande especialista, que viesse, que reproduzisse a inequidade regional do país”*.

Intervenho dizendo que, se fosse assim, o supervisor teria uma atuação muito semelhante à função de jesuíta. E concorda e diz que isso acontecia, quando o ideal seria que a Escola de Supervisores oferecesse uma formação descentralizadora e sensível ao loco-regional: *“É claro que é muito importante que uma pessoa vá em um determinado lugar, faça uma palestra, faça uma supervisão, uma orientação, mas o modelo da Escola de Supervisores era um modelo que formaria supervisores ligados ao contexto sociocultural regional. Não é local, é regional. Isso era uma ideia mesmo. Tínhamos a ambição da Escola de Supervisores ser cada vez mais regionalizada, cada vez mais descentralizada, cada vez mais local, cada vez mais vinculada com a cultura local. Porque isso é a ideia de formação mesmo. Por exemplo, um supervisor no contexto amazônico, com os ribeirinhos, com os indígenas, o ideal é que ele fosse se formando ali, mas é claro que ele teria que cumprir as outras 3 exigências anteriores, mas que fosse indo para as outras regiões do país. A ideia da Escola de Supervisores é formar supervisores oriundos da cultura loco regional, formar mesmo novos supervisores”*.

Encerro a entrevista explicando a ele como serão as análises das entrevistas, que haverá a construção dessa narrativa e que, a partir dela, e em um segundo tempo, vou realizar uma devolutiva para que ele, enquanto participante, possa autorizá-la, corroborar, acrescentar ou modificar o que foi narrado aqui.

Após a finalização da entrevista, conversamos um pouco sobre como ficaria a SCI em um governo de extrema direita. Pedro Gabriel ressaltava a importância de me manter atenta sobre como a SCI é usada, para analisar o atual contexto político brasileiro, ele diz *“é muito importante que você esteja estudando isso no teu doutorado porque a possibilidade de uma apropriação indevida desse conceito pelo modelo hospitalocêntrico, do modelo biomédico etc., está colocada”*.

E assim encerramos a entrevista, ampliando os contatos, tecendo novas possibilidades para pensar o processo histórico de construção da SCI brasileira.



## APÊNDICE G – NARRATIVA Nº 3: SANDRA FAGUNDES

Data: 26/01/2021

Mobilizada pelas contribuições da banca de qualificação, que indicou a importância de evidenciar fontes de relevância nacional, busco contato logo nos primeiros dias de janeiro com possíveis entrevistados, dentre eles Sandra Fagundes do Rio Grande do Sul. Muito rapidamente, tenho a resposta de Sandra Fagundes, solicitando que sua entrevista fosse realizada no final do mês de janeiro. Impactada pela generosidade e prontidão de Sandra, que explicita de pronto seu entendimento da relevância da pesquisa sobre a supervisão clínico-institucional, um dispositivo disponibilizado para o serviço substitutivo, para fazer avançar a experiência da saúde mental brasileira. *“É uma alegria saber que está sendo pesquisado todo esse processo.”* Sandra inicia a entrevista apontando a supervisão constitutiva da formação dos profissionais de saúde mental, psicólogos, psiquiatras e terapeutas nos seus núcleos de formação, compondo seu processo de aprendizagem e qualificação profissional.

Nos avanços históricos da política pública de saúde mental, Sandra enfatiza a oferta da supervisão clínico-institucional e o financiamento desta prática, como um eixo fundamental para a consolidação dos serviços substitutivos e, em especial, nos CAPS, onde é potente um terceiro que escute, assessorando e acompanhando a sustentação do exercício da construção do cuidado em liberdade.

Sandra destaca que *“É o nosso desejo - digo nosso, porque me sinto parte dessa construção assessorando, acompanhando, apoiando a política nacional - era que a supervisão fosse ofertada para o conjunto dos serviços substitutivos, no mínimo para o conjunto dos CAPS. Acho que teve uma tensão e isso nem teve tempo de amadurecer.*

*E ainda temos a dimensão da concepção e prática da supervisão Clínico-Institucional, na qual o supervisor com experiência profissional reconhecida pelo coletivo da equipe do serviço, lugar de suposto saber, lançado como ferramenta transferencial no trabalho da SCI. E também há outra possibilidade que é a covisão entre pares. Processos diferentes que podem ser concomitantes”.*

Pedro Gabriel Delgado, enquanto coordenador Nacional de Saúde Mental, é *“quem implanta a SCI como parte da política pública através de editais com financiamento federal”.* Depois, Roberto Tykanori Kinoshita na coordenação Nacional de Saúde Mental, substituiu a SCI pelo intercâmbio entre os CAPS, nomeado de *Percursos Formativos, experiência referida por alguns profissionais como marcante e decisiva para a suas práticas”.* Para Sandra, tratou-se de outra oferta à disposição, mas que não substitui a SCI, sendo complementares e potentes para a aprendizagem.

Cita o processo em andamento, desde o início de 2021 no estado de Minas Gerais, onde a SCI é ofertada para o conjunto dos CAPS, legitima a RAPS a partir da oferta universalizada de SCI como conquista do controle social e dos espaços de trabalho articulados na Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde.

Sandra reconhece o dispositivo da SCI como “*algo valioso*” por proporcionar às equipes um campo reflexivo onde podemos interrogar as práticas, no cotidiano dos serviços, das equipes, dos cuidados, e dos descuidados. E esse tema não deve ser negado, mas, ao contrário, deve ser explicitado para se modificar. Esse é o próprio tema da institucionalidade do cuidado em liberdade. A criação dos CAPS é também a invenção de cuidados, dispositivos e metodologias. Posteriormente há um amadurecimento e por outro também a emergência do problema da cronificação. “*O fantasma presente, é sempre o manicômio.*” Então a supervisão é fundamental.

Ao assumir a secretaria estadual de saúde do Rio Grande do Sul, em 2014, trabalhou o cofinanciamento do SUS pelo estado, incluindo o fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial. Trabalhou na inclusão da saúde mental na atenção básica, como dispositivo para os municípios de menor porte, visto que eles reivindicavam essas ações nas conferências de saúde e de saúde mental. Dessa forma, criou-se projetos de oficinas terapêuticas na Atenção Básica (AB) em Saúde Mental, onde o trabalho dosicineiros ocorria na lógica da integralidade, não sendo necessariamente profissionais da saúde mental, mas de arte, educação física, entre outros. Assim, se implementavam os Núcleos de apoio à Atenção Básica (NAAB) em Saúde Mental.

O Cofinanciamento incluía os custos efetivos dos CAPS, a supervisão, os leitos em Hospital Geral, equipes de redutores de danos, dentre outros recursos citados no livro<sup>47</sup>. Dessa forma, passa a incluir o financiamento dos CAPS dividido entre Estado, Município e União. Os leitos em Hospitais Gerais tiveram um desdobramento inverso: o Estado já financiava antes da gestão, que participava e manteve essa proposta, sendo que depois o ministério ampliou os recursos para leitos nos HG.

Afirma que em seu percurso pela supervisão clínico-institucional teve a possibilidade de trabalhar com a elaboração da proposta de supervisores dos CAPS, salientando várias possibilidades e importâncias nesse processo, como a qualificação, o olhar de fora que ajuda e a possibilidade das equipes em escolher seus supervisores. Esses são aspectos que demonstram que a relação está sendo priorizada e firmada através de um vínculo de confiança entre a equipe e o supervisor, fundamentando então a discussão da prática clínica.

No Brasil se constituíram Escolas de Supervisores, abrangendo a diversidade de arranjos de implementação da SCI, para sistematização dos modos de fazer e

---

<sup>47</sup>FAGUNDES, S. *et al.* **Atenção básica em produção**: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS. Porto Alegre: Rede Unida [Série Atenção Básica e Educação na Saúde], 2014.

ensino. Sandra destaca que no Rio de Janeiro e na Bahia houve experiências precursoras de um movimento de crescimento da SCI. Em Porto Alegre, entre 2005 e 2006, baseada em uma ética e uma política do cuidado em liberdade, Sandra participou dessa elaboração. As Escolas de Supervisores no Rio Grande do Sul se tornaram espaços de troca e amadurecimento das práticas da SCI na RAPS. No ano de 2011, em Porto Alegre, houve o I Encontro Nacional das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais do SUS, com a presença de trabalhadores da Saúde como Ana Pitta e Fernando Ramos, o que estimulou a multiplicação desse dispositivo em todo território nacional.

A implementação da Política Nacional de Saúde Mental iniciou na década de 90. A SCI veio contribuir com esse processo a partir de meados dos anos 2000. Foram as experiências iniciais dos municípios que fomentaram a política, o instituinte precede o instituído. Sandra enfatiza que a política se cria a partir de processos instituintes municipais. Como exemplo, cita o programa “*de Volta para Casa*”, que surge a partir de uma iniciativa do município de Volta Redonda/RJ, os NAPS em Santos; o CAPS na cidade de São Paulo; os CERSAM em Belo Horizonte; os CAIS Mental no Rio Grande do Sul e, mais tarde, a Escola de Supervisores. Dessa forma, as supervisões foram tecendo suas características.

*Os “CAIS” Mental, foram experiências importantes, cujo termo, enfatiza Sandra, trazia justamente a semelhança com um cais, no qual se ancora e dá segurança. O CAIS, Centro de Atenção Integral à Saúde Mental já dispunha de um experimento de supervisão, ofertada pelo Estado, ocorrendo regionalmente, tanto para a saúde em geral quanto para Saúde Mental, na qual usava ferramentas de planejamento, epidemiologia, grupos e clínica.*

Em algumas situações, os municípios enfrentaram “*alguns problemas de gestão, de frequente alterações na gestão, a troca das coordenações, às vezes os supervisores assumiam a função de gestor da equipe. E também tinham uma certa continuidade, quase perpetuação desses supervisores. Mudava a equipe, mas o supervisor continuava naqueles CAPS.*” Isso acarretou, por sua vez, um questionamento sobre o serviço, que em parte se beneficiava por certa constância e modo de gestão, mas, em relação à função própria de supervisor, ficava desviada em sua finalidade, gerando uma “*certa cronificação*”. Relata Sandra, a função do supervisor como um terceiro, “*que estranha e que desnaturaliza, corria riscos de ser naturalizada e cronificada. Eu lembro bem de um dos problemas, que é diferenciar a atribuição de supervisor e de gestor*”, visto que havia um sobreposição em relação a esta prática. No Rio Grande do Sul, relata que sobre a questão do supervisor, “*a gente procurou dar uma rotatividade. A Escola de Supervisores pretendia isso, ir*

*sistematizando a SCI*", e possibilitar que o supervisor não permanecesse por longos períodos no mesmo Caps.

No período em que Sandra trabalhou como secretária de saúde (2011 a 2013) e como diretora das ações de saúde (2013 – 2014) ela investiu no cofinanciamento e no redimensionamento da Rede do Rio Grande do Sul, favorecendo as ações de SCI, Matriciamento e a construção de estratégias que respeitassem as singulares e as necessidades de cada município.

Enquanto supervisora, ela investiu na ampliação do diálogo entre as equipes dos CAPSs e da Atenção Primária, por meio do matriciamento, da negociação dos projetos e processos de trabalho. Desenvolveu a temática "*desencapsulando*", nome dado pelas próprias equipes supervisionadas. Esse nome expressava um exercício de mudança em relação ao movimento das equipes dos CAPSs que atuavam muito "*dentro do serviço, sendo absorvida tanto pelos mesmos pacientes como pelas mesmas práticas nos seus horários dentro do CAPS. Tinha um diagnóstico correto de encapsulamento, [do ponto de vista de Sandra], cápsulas tanto dependentes do remédio como da própria situação - e então, como desencapsular?*". Diante disso, como supervisora, Sandra fomentou as discussões sobre os processos de trabalho, no sentido de que as mudanças na equipe favorecessem o cuidado territorializado, pautado em ações comunitárias e não ambulatoriais. "*Daí o clínico-institucional, que considero supervalioso, pois além de discutir caso, ou a partir da discussão de situações clínicas, se propicia o cuidado àquela pessoa no serviço e nas redes comunitárias e familiares*".

Sandra comenta ainda que, em sua experiência como supervisora dos CAPS, "*muitas vezes teve uma tensão e um conflito com os psiquiatras*", pois alguns psiquiatras agiam como "*inimigos da reforma e outros não*". Assim, uma das questões a serem enfrentadas nos CAPS enquanto movimento da reforma psiquiátrica era "*o poder psiquiátrico*". Por exemplo, as agendas eram praticamente inflexíveis em relação aos horários de atendimento. Ela relata isso quando fala da "*consulta com psiquiatra, isso em quase todos os CAPS, [...] os CAPS acabavam oferecendo [...] 90% de medicamento e consulta com psiquiatra. Desde 1987(Bauru e I Conferencia Nacional de Saúde Mental), identificamos a necessidade de enfrentar a questão psiquiatricocêntrica. Essa necessidade permanece, muitas vezes, deslocou-se o poder psiquiátrico do hospital o CAPS*". Dessa forma, ocorre a "*ambulatorização*" dos serviços substitutivos. Pelo olhar do serviço, a oferta de tratamento para o psicótico e para o paciente grave era apenas a consulta psiquiátrica, relata a entrevistada, de forma que o dia do usuário e suas atividades no serviço ficavam em função do horário da consulta com o médico psiquiatra, e que, antes de tudo, deveria se garantir a consulta, ocorrendo depois o grupo, a oficina e em seguida a saída.

Sandra indaga, *“Como se rompe com isso? Com esse modo de funcionar em que o psiquiatra fica aprisionado em só atender?”* Dessa maneira, discutia com os profissionais da Atenção Primária as questões da Saúde Mental e os convidava para as ações de matriciamento e os primeiros que aceitavam eram os psiquiatras. Isso acarretava uma *“diminuição do poder que a consulta exerce sobre o cotidiano do serviço e do próprio tratamento do usuário”*.

Na época em que se propôs a Reforma Psiquiátrica, *“a presença e participação do psiquiatra se deram de forma mais aberta e menos delimitada, na qual estes profissionais dispunham de mais liberdade dentro dos serviços”*. E mais à frente *“[...] a medida em que se multiplicaram os CAPS, se contrataram equipes de profissionais, cada um sem essa experiência e sem essa militância, e neles foi se estereotipando ações e reproduzindo práticas manicomialis ou pobres, empobrecidas em relação à criação, a sociabilidade e convívio”*.

Para ela o Matriciamento, como dispositivo Antimanicomial é um instrumento de provocação, pensamento e de mudança no processo de trabalho nas equipes, uma forma de abrir espaço para atividades que não sejam apenas as consultas psiquiátricas.-

Sandra descreve o início de sua formação através de sua função como membro da Atenção Primária na cidade de Porto Alegre, no bairro Paternon, que tinha por objetivo criar Saúde Mental na Atenção Primária, na década de 1970. Dentre os membros da equipe, compunham seu corpo médicos, enfermeiros, estagiários e residentes de formações multidisciplinares da própria Saúde Mental. Eram equipes que delimitavam seu território junto a comunidades, nos morros e vilas, recebendo supervisão de especialistas, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, pediatras, ginecologistas e veterinários.

Descreve que a supervisão tinha o objetivo de discutir situações, individuais, familiares e comunitárias. O prontuário elaborado pelos membros da equipe tinha como objetivo o olhar comunitário, sobre a família, ao qual dissertavam sobre. O diferencial dessa forma de elaboração de prontuário, relata a entrevistada, é que os prontuários ficavam com as famílias, e não com o serviço.

Ela foi coordenadora da Política de Saúde Mental do Rio Grande do Sul (1987/1991) e desenvolveu uma política de educação permanente, criação de serviços garantindo SCI às equipes. O objetivo no período que esteve na coordenação era trabalhar na lógica da liberdade, proporcionando a desinstitucionalização de pacientes *“cronificados”* nos manicômios. Descreve suas memórias sobre o manicômio através do cheiro que o local exalava, a intransitabilidades do banheiro, a inexistência de privacidade, a má qualidade da comida, a impossibilidade de se

escolher o que comer e a inexistência de um espaço de convivência. Dessa maneira, os novos serviços se propunham a construir outros registros, histórias e memórias.

Demonstrando a horizontalidade das relações entre membros da equipe e usuários do serviço, por exemplo com o uso de um mesmo banheiro, comida e espaços, tanto para a equipe de trabalho, quanto para usuários do serviço. E declara: *“O banheiro do CAIS era um só, usado pelos usuários e pela equipe porque a lógica era que o banheiro que eu quero para mim é aquele para o usuário também. Com a comida era a mesma coisa: a comida que eu quero para mim é a comida dos usuários. Era a melhor comida, era a garantia de direitos iguais.”* Sandra diz: *“A questão que marcava o manicômio era o cheiro, o banheiro intransitável, a falta de privacidade, a comida ruim e a impossibilidade de escolha da comida e não temos um espaço de convivência. Então quando a gente criou os primeiros CAIS, os primeiros serviços, o que é que a gente olhava? O banheiro. E hoje a vigilância não permitiria isso”*.

Enquanto o Ministério da Saúde investia com financiamento, construção de portarias e criação de serviços, Sandra, enquanto supervisora, lançava mão das tecnologias leves no cuidado e trabalhava os temas, já referidos, da *“ambulatorização”, “manicomização”, “desencapsulação” e “desbravamento de territórios”*. As dimensões da supervisão e da gestão, atuam na cultura, em um processo histórico de construção da legitimação de práticas instituintes. Tanto a supervisão contribui para a legitimação do serviço, quanto a gestão contribui na legitimação de práticas instituintes. A supervisão vai dando consistência ao serviço e legitimando-o junto à sociedade, centralizando o trabalho das equipes nas necessidades do usuário, na integralidade do cuidado. A gestão legitimando a lógica de mudança do paradigma do cuidado.

A prática de supervisão de Sandra fez intercessões com os campos conceituais da Esquizoanálise e do trabalho de Milton Santos, compreendendo e desenvolvendo a história dos territórios existenciais. Tarefa essa que permitiu aos trabalhadores do serviço conhecer e reconhecer o território físico e existencial no qual os pacientes e usuários se movimentavam, elaborando mapas sobre onde, como e o que viviam. Os trabalhadores do serviço acompanhavam e faziam o mapeamento, identificando essas necessidades, a partir das quais buscavam a construção de dispositivo de cuidado.

As primeiras supervisões se fundamentaram na lógica de incluir e horizontalizar as relações de cuidado nos CAPS, para viabilizar e reconstruir a existência do usuário. Nas supervisões incluíam-se motorista, cozinheira, auxiliar administrativo, estagiário, profissionais de nível superior, todos juntos, com seus saberes sobre o usuário na construção do projeto terapêutico individual (PTI) e posteriormente, do projeto terapêutico singular (PTS). É a liberdade da invenção, *“quem cuida de quem, quais são os recursos que cada um tem. Todos têm um potencial terapêutico”*.

Um dos temas centrais das supervisões era um certo “desencanto e [...], um desgosto por ser coordenador/a do serviço” que produzia o esvaziamento na função de gestão. Ela diz que “Nos primeiros serviços, as pessoas queriam ser coordenador, não tinham problemas em ser coordenador, pegavam junto, estavam inventando, eram autores, protagonistas [...] pra mim isso é um marcador”. Mas que, com o passar do tempo “um dos temas da supervisão era como se produziu tanto desgosto e tanto esvaziamento nesta função de coordenação”. As questões apontadas nas supervisões eram de que a gestão “é um cargo de confiança, onde o governo indica alguém, embora, em muitos municípios houvesse se conquistado que a coordenação fosse ocupada por indicação da equipe [...] Não se implementou um plano de carreira para quem é coordenador, as vezes é, e às vezes nem é função gratificada”. Para Sandra, a partir dos anos 2000, ninguém queria ser coordenador da equipe de saúde mental no CAPS: “o problema é que ninguém queria ser coordenador” e isso parecia um “marcador de conflito”, é um “analisador”.

Coloca em questão que as relações de trabalho em equipe são um permanente campo de tensão, marcado por conflitos. Seria “a história dos grupos e aí vale luta e fuga etc. Bion.... Às vezes o motivo para brigar é não ver a gravidade do assunto [...] E não modificar o processo de trabalho. Como se faz o acolhimento? Por que os pacientes graves não são vistos? A culpa inconsciente por não sustentar o cuidado dos casos graves, o não investimento nos pacientes?”. Então, é necessário convocar os trabalhadores para “rever cada um e ainda o que é a equipe”.

No início essa liberdade de invenção se expressava mais. Trabalhadores e usuários decidiam o uso dos recursos em assembleias, considerando o desejo dos usuários, inspirados nas comunidades terapêuticas europeias, a partir de relações horizontais. Um exemplo, dado por Sandra, foi na utilização de verba para alugar moradia, recurso repassada pelo Ministério da Saúde para o município, eram como “pré-residências terapêuticas”, onde ali se fomentava a cogestão. Nas palavras de Sandra isso seria possível “só naquela época” pois se feito agora seria inquerido pelo Ministério Público.

Nesse processo de liberdade de invenção, a supervisão possibilitava certa ancoragem, certo empréstimo de poder de contratualidade. Os trabalhadores realizavam o acompanhamento terapêutico, por exemplo, com a clareza de que estava contribuindo para fazer caber a loucura na cidade. Sair para comprar um brinco, por exemplo, era tanto fazer o exercício de autonomia junto ao usuário quanto produzir uma intervenção no território. Então, a “supervisão tinha essa função da radicalidade de apoiar esses projetos emancipatórios e de contratualidade”.

Atualmente (2021), o CAPS está em “processo de ambulatorização, de cronificação, cristalização dos processos de trabalho e da divisão do trabalho”. A

função da supervisão é “*recuperar a capacidade instituinte de produção de vida*”, o que pode se fazer com o Matriciamento. “*Hoje, praticamente inexistente assembleia com a participação dos usuários com possibilidade deliberativa*”. Além disso, “*o ideal de acolhimento seria que as pessoas chegassem em um lugar de conversar, com chá, com chimarrão*” na companhia de trabalhadores e de outros usuários, “*isso em si já é um espaço terapêutico*”.

Em certa ocasião, Sandra relata que, em um trabalho de supervisão de equipe, os trabalhadores trouxeram o caso de um homem que incomodava, que vestiu o jaleco branco para atender as pessoas. A equipe dizia “*é um psicopata [...] precisa ser desligado*”, mas a supervisora vem com outro olhar e sugere que se tratava de “*uma recusa do que o serviço oferecia para ele [...] Quem sabe ele estava procurando [...] uma função e um trabalho que ele valorizasse*”. Com a discussão desse caso, a supervisora pode colocar questões para a construção de “*projetos que incluam e aumentem essa contratualidade [...] Não precisa ficar no CAPS, estão pedindo trabalho, estão pedindo pista para a vida, para trabalho, para convivência*”. Esse foi o período em que a SCI contribuiu para a desinstitucionalização.

Após 2014 houve uma intensificação do sucateamento nos CAPS. Não se investiu em prédio público, nas condições de trabalho, as equipes não precisavam mais ser concursadas. O gerencialismo trouxe metas de atendimentos, uma perspectiva “*manicomial biológico centrado no especialista*”, o CAPS virou especialidade, se tornou ambulatório. A proposta original era outra, de um cuidado transversal, da produção de saúde mental integral e em rede. Mas, “*na caixinha de financiamento*” ou nomeia-se especialidade ou atenção primária. A armadilha foi aceitar o nome “*especialidade*” dentro do Ministério da Saúde. Na prática, virou “*marca consulta e vai*”.

Sandra relata que foi superintendente do Grupo Hospitalar Conceição (2015 – 2016), quando convidou o Gastão Wagner dos Santos para “*discutir o ambulatório*”, afirmando a necessidade de “*densidades tecnológicas diferentes [...] para ampliar e qualificar a clínica*”. É preciso ampliar o cuidado para além da consulta. E tentou-se essa lógica em Campinas – São Paulo, em Minas Gerais, na rede. Sandra relata que há experiências de clínica ampliada no Brasil. No Rio Grande do Sul (SES de 2011-14) com financiamento do Estado, criou-se o “*ambulatório de referência para recém-nascidos prematuros que tinham problemas graves*”, viabilizou-se a inclusão de ginecologista e pediatra no parto de alto risco. Incluiu-se o Matriciamento e o interconsulta, para ampliar a discussão dos casos de gestação de alto risco com as equipes de atenção primária.

Com o programa dos Mais Médicos, “*os médicos cubanos gostaram das agentes comunitárias*”, mas relataram que “*o acesso aos especialistas é muito*



*complicado*". Sobre isso, "não houve tempo de reformular uma outra proposta, [...] teve golpe e a PEC do congelamento". Pós coordenação de Valências e Quirinos "na saúde mental, reforçou-se a ambulatorização dos CAPS. Com a pandemia piorou, agravou". Enquanto alguns CAPS estão produzindo "questões ótimas de cuidado", mantendo atendimento presencial para quem precisa e à distância para outros, em alguns CAPS houve o "fechamento das portas".

Sandra relata que, nesse contexto da pandemia, voltou a fazer SCI em um CAPS que a convidou por iniciativa própria. Sandra relata que encontrou um cenário de "violência institucional", onde os psicólogos estavam "afogados na consulta", a "divisão do trabalho e do cuidado estava fragmentada e burocratizada, e que isso é um analisador". "A enfermagem faz o acolhimento tipo triagem e na reunião de equipe encaminha para os psicólogos. O coordenador das especialidades olha para o Caps na perspectiva de quem faz consultas; as agendas estão informatizadas e quem as organiza é o coordenador administrativo. Se há três faltas ocorre o desligamento e alta administrativa, o terapeuta nem fica sabendo". Sandra diz que "Isso é passível de processo ético. É muito grave o que está acontecendo". Hoje o que vale é o financeiro, o "quantitativo de consultas, não é a necessidade do paciente, muito menos pensar o vínculo".

Sandra avalia que no cenário atual a "revogação da portaria já está acontecendo de fato no cotidiano dos serviços, mas ainda têm profissionais que estão lutando para manter um cuidado". Ela enfatiza que outra fragilidade do CAPS atualmente é que alguns profissionais [...] não têm noção do que é uma pessoa psicótica [...] ninguém atende um psicótico na sua integralidade apenas dentro de um consultório, um psicótico transborda um consultório". Ocorre que, no consultório, sozinho o trabalhador não encontrará recursos para criar projetos de convivência. Nesse sentido, o Caps perde sua função de continência e acolhimento.

Durante a entrevista, Sandra trouxe a inter-referencialidade, indicando autores como Lourau, Pichon, Bion, Mário Testa, Regina Benevides, Eduardo Passos, como autores fundamentais do campo conceitual que sustenta a SCI. É a psicanálise, psicanálise institucional e grupos. Destacou os conceitos da Análise Institucional, o pensamento estratégico, a tarefa, a dinâmica de luta e fuga dos grupos. São conceitos relacionados a produção de sujeitos, das relações de poder político, técnico e administrativo, pois são conceitos-ferramentas para lidar com "a produção de sujeitos e com essa questão da autoria e de poderes, lidar com o poder político técnico e administrativo. Então tem um referencial de politização da prática, que é a clínica-política. [...] Na clínica a questão também da psicanálise, de trabalhar com resistência, trabalhar com conflito, com sua lógica de transmissão inconsciente. [...] Essa questão da menos valia, do fracasso, do boicote...".

Sandra aponta que o professor pode acompanhar o processo do aprendiz, despertando nele o curioso gosto pela experiência de problematização que caracteriza o trabalho do cartógrafo. Em lugar de centrar o ensino do conteúdo trata-se de cultivar e compartilhar processos de problematização, envolvidos na atenção ao mundo e na atenção a si. Mas, quando questionada se é possível uma “*Escola de Supervisores*”, ela enfatiza que poderia ser outro nome “*Fórum*”, que “*Escola*” é muito formal, que precisamos de espaços abertos, que possibilitassem troca, aprendizagem, registro e pesquisa.

Durante esse período de pandemia, Sandra tem se cuidado. Mas, mesmo realizando rigorosamente o isolamento social ao longo de um ano, por ser população de risco, ela diz o quanto tem investido na SCI. Relata que há dez anos tem realizado SCI em municípios menores no interior do Rio Grande do Sul. Ela entende que a SCI é uma ferramenta, um dispositivo de ação micropolítica. Com a possibilidade dos encontros virtuais, tem desenvolvido ações de educação permanente, Matriciamento e saúde mental em outros municípios. Construiu uma agenda com temas para a supervisão, incluindo assuntos como cuidado e cuidador, acolhimento, situações críticas, crise, suicídio e plano terapêutico singular.

Os temas foram discutidos a partir das vivências dos trabalhadores e, em um dos municípios em SCI remota com Sandra, surgiu uma situação importante: “*O município é pequeno, tem duas situações gravíssimas, que era aquela senhora acamada e uma pessoa que mora no meio do mato e estava adoecida*”. A equipe de saúde do município: gestão, saúde mental e ESF conseguiu e recursos por meio do Ministério Público, par remunerar uma cuidadora para as duas pessoas. Não foi com dinheiro do SUS. Incluir essa ação no PTS é inédito.

Esse foi um exemplo de resistência no atual cenário necropolítico, fascista, uma resistência pautada na responsabilização pelo cuidado, de identificar e falar dos impasses do cuidado. E a possibilidade de um outro olhar da supervisão, de enunciar que essa conquista é inédita. Os trabalhadores “*não se davam conta, não tinham essa dimensão*”. E foi a co-visão que possibilitou isso.

Lembrei de um texto da Cecília Coimbra, que é o primeiro texto que eu identifiquei sobre supervisão, que é de 89, em que a autora já aponta críticas à nomeação de supervisão, como uma visão além do alcance, como um lugar de onipotência de saber. Sandra lembrou que nas publicações do Ministério na Política Nacional de Humanização do SUS, foi incluído esse termo “*co-visão*”.

A SCI possibilita a indissociabilidade entre gestão e atenção. “*Precisa fazer a gestão do serviço para aproximar a atenção às pessoas, dar assistência às pessoas*”. Sandra relata que, pelo seu histórico na gestão e pelo seu olhar para esse campo, muitas vezes foi convidada para intervir nos espaços de gestão, para “*criar ou*

*participar com determinados temas, ou fazer uma mediação entre a Secretaria de Saúde, o secretário de Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial*". Essa fala da Sandra me fez pensar durante a entrevista sobre a análise da demanda, pela leitura de Baremlitt. Ele diz que o que a gente oferta precede a análise da demanda, subsidia a análise da demanda [...] o que o outro identifica que nós podemos ofertar tem relação direta com a demanda. A análise da oferta precede a análise da demanda. Entendo que, ao ser convidada para esses espaços a ela é dirigida uma demanda, de que uma questão possível é o modo de gestão para operar o cuidado.

Caminhamos para um encerramento da entrevista. Compartilho com Sandra minha opinião, que acho fundamental que não haja uma padronização do supervisor, do seu currículo básico, de exigências mínimas. Me lembrei de Pedro Gabriel, em um texto onde ele vai elencar o que é demandado, o que é dirigido, o que se dirige ao supervisor como uma demanda para RAPS. Sandra concorda e se lembra de outra experiência.

Um convite, uma estagiária a chama para supervisionar o CAPS. Ela acordava às 06h00 e ia quinzenalmente. Relata que aprendeu com Benedetto Saraceno e Bleger, que a práxis tem que estar centrada no usuário. E ela diz "*Quando eu conheci o CAPS, eu amei o CAPS. O banheiro era único, a comida era de todo mundo, eram iguais, eu comia ali junto. Tinha uma pessoa dependente de crack e grávida que estava sendo acolhida. Perguntei qual era o projeto e era o projeto de manter o filho com a família [...] Era um CAPS, que mantinha o fôlego*". Sandra relata o caso em que a equipe não conseguiu enxergar o menino para além do uso de substâncias e uma simples pergunta: "*Vocês já pensaram em ofertar pra ele uma atividade cultural? Pronto*" disparou novos olhares, onde só se via problema e não soluções. O menino? "*Tinha uma banda, com oficina, com música, com tambor e ele está lá*". A equipe só ouvia o sintoma, não via o sujeito. "*Isso faz diferença numa supervisão, que parece tão simples, mas não é*". Assim encerramos nossa entrevista.

## APÊNDICE H – NARRATIVA Nº 4: ANA MARTA LOBOSQUE

Dia 03/03/2021

Comecei a entrevista após um breve relato sobre os objetivos de minha pesquisa, dizendo-lhe que a considero um personagem importante na história da institucionalização da Supervisão Clínico Institucional (SCI).

Ana Marta iniciou sua fala comentando a atual experiência de trabalho como supervisora clínico-institucional, realizada remotamente, com uma equipe de CAPS de um município no interior de Minas Gerais. Trata-se de um município de 55 mil habitantes que conta com dois CAPS. Ela foi contratada há alguns meses para a função de supervisora clínico-institucional, com recursos próprios do município.

Recentemente, houve *“uma conquista inesperada que está na mão dos gestores municipais, mas que até agora nenhum conseguiu ainda agilizar”*. Surgiu outra fonte de financiamento pela Secretaria de Saúde do Estado: trata-se de *“um dinheiro bom para a supervisão [...] para todos os municípios que quiserem”*. Mas aponta que alguns municípios exigem processo seletivo, de modo que não se pode indicar os supervisores, e, nesse sentido, há alguns impasses jurídico-administrativos que impedem a efetivação da contratação.

Explica que tem desenvolvido o enfrentamento da questão da institucionalização psiquiátrica ajudando a sustentar o atendimento de casos graves sem internação. Então, o surgimento do financiamento levou a administração municipal a propor continuidade no trabalho dela como supervisora, mas agora com a possibilidade de ampliação do trabalho, configurando uma equipe de supervisores. A equipe alternaria supervisões para os dispositivos da RAPS, bem como a sua articulação com a rede: hospital geral, Atenção, Básica: *“Como já estou no município faz algum tempo, estou mais a par de alguns problemas, mas elas vão se inteirando e pretendemos fazer essa experiência que é nova para todos nós, que é o trabalho de uma equipe de supervisão. Nós vamos alternar a discussão de casos clínicos com a discussão de textos, com discussão de processos de trabalho, de fluxo etc. É o que está mais me instigando, é o que me ocorreu quando você me perguntou”*. Infelizmente, tal experiência não pôde ser concretizada até hoje, pelos impasses jurídico-administrativos do financiamento pelo Estado.

Ela informa que a capital mineira, Belo Horizonte, um município muito maior do que o município que supervisiona no interior de Minas Gerais, também deve receber verba para o mesmo fim, e que ela faz parte de uma articulação com a comissão de reforma psiquiátrica para apresentar demandas sobre supervisão na capital.

Ao ouvi-la, me ocorre que já há certa clareza do método da supervisão, como uma consequência do amadurecimento desse ofício. Então pergunto como ela entende a história de construção da SCI.

Ela relata que, por um período, o Ministério da Saúde tentou formalizar a SCI com a criação de uma Escola de Supervisores. Porém, Ana Marta diz que sua experiência como supervisora antecede essa tentativa de formalização, tendo se estabelecido no trabalho com as demandas municipais, dos serviços e da rede que se construía.

Ela conta que uma de suas primeiras experiências como supervisora clínico-institucional foi em um hospital psiquiátrico em Brasília, quando não havia serviços substitutivos no município. Era um processo de reestruturação e humanização de um local que não podia ser fechado, naquele momento, mas os diretores do hospital estavam a fim de radicalizar a relação com os usuários, oferecendo *“abordagem singularizada para cada caso, na medida em que um local como o hospital psiquiátrico o permite, e que não é muito”*. Ela diz que, naquela ocasião, a experiência valeu a pena, porque os serviços abertos ainda eram poucos no Brasil. Hoje, já não se justificaria dar supervisão em um hospital psiquiátrico, e complementa: *“só aceitaria dar supervisão em hospital psiquiátrico na condição de acompanhar o processo de fechamento responsável, considerando a construção de projetos de desinstitucionalização, a reinserção social e resgate da cidadania dos usuários etc.”*. Enquanto militante do movimento antimanicomial, defende o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de atenção psicossocial.

Em outro município, no estado do Pará, Ana Marta supervisionou um CAPS que estava num contexto de início de rede de atendimento, mas a equipe não recebia usuários em crise. Casos graves eram encaminhados para internação e, embora a SCI interrogasse essa conduta, havia uma resistência para mudar esse fluxo. Nesse contexto, o papel do SCI, segundo Ana Marta, é *“mostrar o caminho de como trabalhar”*, mas, *“quem faz a decisão por esse caminho são o controle social e a gestão. [...] Quem implementa a lógica de trabalho é o gestor [...] SCI pontua, mas quem fala ‘Isso aqui não vai ser um ambulatório, vai ser um CAPS que atende casos*

*graves' é o gestor", ancorado nas diretrizes definidas nas políticas públicas e no controle social.*

Ela deixa muito claro que repassar a demanda de gestão para a supervisão é algo comum e nada benéfico para o serviço: *"Há uma coisa que eu acho importante relatar em relação ao supervisor. Não adianta o gestor contratar um supervisor para mandar a equipe fazer o que o gestor tem que mandar fazer. Isso é uma demanda muito comum, e que não leva a lugar nenhum".*

Comento que sua fala me fez pensar que o compromisso do gestor com o projeto de cuidado em liberdade é fundamental. E Ana Marta complementa, dizendo que a gestão pode até não entender inteiramente esse projeto, mas tem que haver a sensibilidade para a compreensão: *"O gestor não pode esperar que o supervisor convença a equipe a fazer oficinas, por exemplo. Ele tem que falar para os funcionários dele: Vocês têm que fazer oficina, isso é uma atividade necessária ao serviço".*

Comento com ela que estou entendendo que o gestor não pode ter medo de ser gestor. Para ela, o gestor não pode pedir que o supervisor assume o papel de convencer a equipe a fazer oficinas. Se as oficinas já ocorrem, então o gestor deve atuar no intuito de melhorá-las, aprimorá-las com a equipe. Ser chamada de forma equivocada para atender demandas de atuar no lugar do gestor é um aspecto ruim de algumas de sua experiência, ela diz.

Pergunto como, na opinião dela, o supervisor entra em cena quando o trabalho do gestor é sustentar as diretrizes do cuidado. Ela volta a dizer que não é parte do papel do supervisor o convencimento da equipe a fazer essa ou aquela atividade, mas que, entre muitos métodos possíveis, o supervisor tem o dever fundamental de abordar o caso clínico – algo que ela chama de ponto de partida.

Ana Marta discorre sobre como propõe essa abordagem: *"Ah, a pessoa quer discutir um caso que está complicado. Eu falo ok, mas tem que escrever o caso. Quem é referência do caso vai escrever o caso. À medida que o caso vai se colocando, você vê que o trabalhador fica mais desarmado do que quando você está discutindo princípios [...]. A partir desses pontos de embaraço, você vai mostrando para a equipe, para o trabalhador, o que é uma clínica antimanicomial, o cuidado antimanicomial".*

Ela dá dois exemplos muito interessantes sobre cuidado e a conscientização da equipe a partir de pontos simples. Os dois casos são do município no interior de Minas Gerais no qual ela realiza SCI atualmente. Em um deles, a pessoa atendida

pela equipe tem consumido grande quantidade de álcool e, embriagada, acaba se expondo publicamente, com quedas nas vias públicas. A equipe não tem dado conta do atendimento. Ana Marta pergunta à equipe como se deu a morte dos pais do jovem e como era ou é o trabalho dele, mas os profissionais da equipe dizem que não falaram disso com o usuário, não pensaram em conversar com ele sobre estes assuntos – assuntos, no entanto, de grande importância para o sujeito. O efeito desse questionamento é imediato, como ela relata: *“Acho engraçado que, a partir dessas perguntas, a gente consegue produzir um efeito na equipe, eles ficam pensando ‘nossa, é mesmo. Por que é que nós não perguntamos?’ Você consegue fazer isso de uma maneira tão tranquila que a equipe não se sente melindrada”*.

O outro exemplo é o de um homem psicótico que se expunha muito quando em fase delirante, permanecia muito tempo na rua, não ficava na casa de acolhimento. Segundo ela, em períodos críticos esse homem era levado para uma instituição fechada, como um hospital psiquiátrico, de onde saía melhor, procurava o atendimento no Caps, mas voltava ao período crítico: *“Embora o CAPS represente um lugar que faz um laço, um lugar na vida dele... ele é um usuário muito solto, um morador de rua, a gente tenta respeitar isso”*. Porém, nesse caso, a situação dessa pessoa atingiu níveis críticos, a ponto de ele se machucar, se expor demais, se arriscar, deixar de tomar a medicação, segundo Ana Marta. A equipe tinha pruridos em ficar brava com ele, carinhosamente brava, e dizer: *“Olha, assim não pode ser, tá ficando perigoso; por enquanto, você tem de passar o dia com a gente, tem de pernoitar no hospital geral”: Ou seja, em alguns casos você não peca por tomar medidas autoritárias, como internar, mandar para a comunidade terapêutica, mas a equipe peca por omissão, vai-se deixando e daí alguém pega ele e leva para uma instituição excludente e corta tudo o que se podia ter construído até então”*.

Para Ana Marta, o “laço” da equipe com o usuário não pode existir apenas quando o usuário aparece na unidade de atendimento. Pergunto se ela estaria falando de uma certa convocação para a implicação da equipe no cuidado e liberdade. Há, segundo ela, uma responsabilidade da equipe com aquela pessoa: quando ela vai e é atendida de forma satisfatória, que bom; mas e quando ela não vai? *“Tem de saber o que houve, cadê a pessoa, se ela de fato não está precisando do serviço, ou se está e não dá conta de procurar”*.

Em muitas situações o problema de uma equipe é não aceitar o usuário difícil por este tornar-se alvo de raiva e preconceito, inclusive em situações em que os

gestores são coniventes. Mas, para além da aceitação, tem de haver o “*desejo de ficar com o usuário*”.

*“A equipe aceitar o usuário difícil, grave, chato, é uma coisa importante, mas não basta aceitar, é preciso que você deseje ficar com o usuário. É preciso um bem querer nesse sentido. Acho que essa posição é uma das coisas mais importantes que o supervisor tem que incentivar na equipe”*, pontua.

Pergunto se, no entendimento dela, o supervisor opera vivendo, construindo aquela equipe, “*fazendo com que o trabalho tome corpo*”, analisando sua posição diante da própria tarefa, e se isso acaba sendo um convite para a equipe operar o cuidado com o sujeito. Ao que Ana Marta responde: “*Eu acredito que sim. Se o supervisor consegue colocar esse ponto de desejar tratar, ele conquista a equipe de algum modo e consegue fazer algo com o trabalho da equipe. Tem uma coisa engraçada que a gente sabe, que toda equipe sabe, de qualquer serviço, de qualquer lugar do mundo: há aqueles que são mais flexíveis, aqueles que são mais duros, há aqueles que têm mais vocação para o cuidado em liberdade, e há aqueles que, consciente ou inconscientemente, boicotam. A supervisão on-line introduz uma novidade para mim pois é mais difícil perceber essas posições de cada pessoa. Quando você está presencialmente, você sente com o corpo, você vê que um olhou meio torto, um cochichou com o outro, você vê e identifica as tensões literalmente no ar. Quando você está on-line, isso não acontece*

Segundo Ana, o critério para avaliar a potência do processo de trabalho da equipe em supervisão é a melhora do cuidado que vai aparecendo”. Quanto ao trabalho desenvolvido com as equipes dos Caps do interior de Minas Gerais, ela diz que a qualidade do cuidado aumentou. E que os pontos de retrocesso são identificados. Ela dá como exemplo a negação de um profissional para a ideia de fazer uma oficina com seis pessoas, pois cada uma tinha um projeto terapêutico diferente. Ana Marta explica que esta é uma falsa questão, como se as diferenças entre as pessoas as impedissem de empreender coisas coletivamente.

Ela também cita como dificuldade própria realizar supervisão de processo de trabalho, organização de plantão, horários de oficinas, realização do acolhimento. Há questões que ela chama de “bobas”, mas que precisam ser solucionadas e oferece um *modus operandi*. A questão de como fazer uma oficina com seis pessoas com projetos diferentes é um exemplo de uma questão “boba”. “*Todas as questões bobas têm que ser levadas em conta. Você não tem que responder como foi perguntado,*



*mas tem que levar em conta a pergunta que foi feita. Como vamos abordar isso? Vou discutir com eles um texto, não sobre oficinas, mas sobre como deve ser um CAPS, um texto falando o que é um CAPS, falando quando um CAPS funciona legal, como ele é e como as oficinas, as assembleias, são importantes no CAPS”.*

Para ela, a experiência do supervisor pode ser oferecida de diferentes maneiras, já que, por exemplo, alguns não têm tanto domínio para casos clínicos, mas têm para questões gerenciais, ou de processos de trabalho, ou de fluxo na rede como casos que estão na Atenção Básica, mas deviam estar no Caps e vice-versa. Por isso, ela ressalta a importância do projeto proposto para o município onde dá supervisão, e também para Belo Horizonte, de ter uma equipe de supervisores que se alternem nos serviços de uma RAPS, abordando diferentes aspectos. Esse município mineiro está tentando compor uma equipe de supervisores neste molde, segundo proposta de Ana Marta. Mas, até o presente momento, ela segue sozinha realizando o trabalho de SCI nesse município.

A partir da fala de Ana Marta, começo a entender que ela está trazendo perfis diferentes de supervisores. Pergunto a ela se isso faz sentido e ela confirma, dizendo que *“não tem como existir um super supervisor”*, com domínio pleno de gestão, de portarias do Ministério da Saúde, políticas públicas, experiência clínica, cotidiano do serviço. Ela se coloca como exemplo por desconhecer números de portarias do Ministério da Saúde e outros pormenores nesse sentido.

Então compreendo o motivo pelo qual Ana Marta disse, com um certo entusiasmo, com encantamento, sobre a possibilidade de um coletivo de supervisores em seu atual trabalho de SCI em Minas Gerais. Uma de suas colegas ali atende ao perfil ideal para gestão, tem conhecimentos sobre financiamento, políticas públicas, portarias, mas não têm o perfil clínico. Outras duas colegas atendem ao requisito de serem boas gerentes de serviço, tratando de horários, plantões – algo que ela também não atende: *“Eu estou gostando dessa ideia por causa disso. Você faz uma equipe de pessoas competentes e que têm traços que se complementam para poder fazer uma abordagem bacana”*, explica.

O percurso formativo e a questão da educação permanente estão em minha pergunta seguinte, e peço que ela me fale sobre seu entendimento disso na supervisão. Ana Marta explica que sempre usou o recurso de reflexões teórico-práticas a partir de textos, alternados com casos clínicos. Porém, há um problema atual que fez com que ela diminuísse a frequência dessa dinâmica: *“Agora é um*

*recurso que eu tenho usado menos, porque o problema de trabalhar com texto atualmente é que ninguém lê. Um ou outro leem. Quando eu acho que determinado texto é importante e eu quero que o assunto dele passe, aqueles assuntos que o supervisor fala e a equipe não acredita muito que é verdade”.*

Ela relata um caso ocorrido no Caps I, onde a equipe estava em conflito com a equipe de um abrigo para crianças e adolescentes. A questão, segundo ela, estava relacionada à vocação tutelar nesse dispositivo intersetorial. Então ela ofereceu ali um texto de Cristina Ventura e Pedro Gabriel<sup>48</sup> sobre o histórico das políticas de inclusão da infância, desde a Proclamação da República até os dias atuais, mas se decepcionou com o pouco interesse na leitura. Segundo ela, é inútil perguntar às pessoas ali o que acharam do texto se não o leram. Noutros casos, quando a leitura do texto pela equipe realmente acontece, a discussão é sempre produtiva

Apesar da evidente e compreensível irritação, Ana Marta diz relativizar o uso de textos para seu trabalho como supervisora de equipes e serviços de saúde. Ela não aboliu o uso de textos porque acha *“impossível a gente trabalhar sem ler”*. *“A discussão do caso clínico, nesse sentido, implica mais as pessoas do que o texto, mas continuo achando [o texto], um recurso importante”*. Mas, quer se trate de um texto ou de um caso, é preciso que as pessoas se impliquem no debate; não se pode simplesmente “conversar fiado”, pois o que se diz na supervisão tem consequências.

Convido-a a explicar sobre o que quer dizer quando afirma que o que se diz em supervisão *“tem consequências”*, pois achei uma afirmação forte. Ela então explica que, apesar de poder haver no ambiente de trabalho, atmosfera e espaço para riso, descontração, brincadeiras, é preciso ter argumentos para embasar o que é dito: *“As pessoas não podem responder ‘eu não quero, eu não vou, não é assim’. Principalmente agora, em que estamos nesse momento da erosão da palavra, que qualquer um pode dizer qualquer coisa, depois diz outra, depois desmente. Essa dimensão da erosão da palavra no espaço público é uma das coisas mais violentas que a gente tem sofrido nesse processo de Bolsonaros da vida. Entendo que é humano conversar fiado, eu também gosto, mas minha função como supervisora é não deixar dispersar”*.

---

<sup>48</sup>COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica** [online], v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.

Digo a ela que, com essa afirmação, neste contexto, ela reforça o porquê de a supervisão ser clínico-institucional, assumindo uma dimensão clínica e política. E pergunto quando a supervisão, historicamente, sai desse lugar da supervisão clínica e assume esse corpo do clínico-institucional, que também chamo de clínico-político. Ana Marta é enfática: *“Nunca trabalhei com supervisão apenas clínica. Nunca, nunca. Quando você é contratada como supervisora para um município, para um serviço, você não vai apenas, nem principalmente, ensinar psicanálise, psicoterapia. Necessariamente precisará saber como o serviço está se organizando para acolher a população, acompanhar certos indicadores do serviço, acompanhar, mesmo que não seja diretamente, alguns aspectos do processo de trabalho. A minha própria concepção de clínica no serviço público não é a clínica com ‘c’ maiúsculo, é uma clínica que tem essa dimensão política como constitutiva. Sob esse aspecto, usar o caso clínico é uma forma de acesso ao político, porque o político sempre vai aparecer, seja na questão singular, própria do sujeito, nos impasses que causa para ele, seja na forma como a equipe lida com isso, e você vai encontrar aí todas as coisas do serviço”*.

Ela então usa como exemplo o Caps i-j de um município no interior mineiro, serviço que ela afirma tinha um “ranço de ambulatório especializado”, pois ali um paciente pode ser encaminhado para terapia ocupacional, ou ser atendido por vários profissionais (terapeuta ocupacional, psicopedagogo, psicóloga) dentro do que ela chama de *“lógica da especialidade”*. Segundo Ana Marta, há uma tentativa de desconstruir essa lógica. No exemplo dado, o usuário recebeu atendimento de uma psicóloga e uma psicopedagoga por ter problemas de aprendizado, mas que não estavam relacionados com psicopedagogia e sim com o que ela classifica como *“questões subjetivas, de relação com o saber, com certos laços com a escola que eram complicados”*.

Para Ana Marta, a psicopedagoga era a pessoa para quem as questões estavam sendo endereçadas; ela não era necessária ali como psicopedagoga, mas como alguém que podia exercer uma certa escuta. E se as questões eram endereçadas para ela, se ela as escutava bem, *“o que a psicóloga estava fazendo ali?”*. Nessa situação, ela pontua que o conceito técnico de referência é primordial na clínica antimanicomial, e é algo que tentou trabalhar nesse Caps. Ela detalha: *“Pode ser qualquer pessoa da equipe, a psicopedagoga, ou a psicóloga, ou a assistente social; um trabalhador que responde e tem o lugar de acolher aquele sujeito, de pensar*

*as coisas mais importantes de fazer no momento, que precisa escutar, ao mesmo tempo, o impasse da relação dele com a mãe, mas também precisa saber que ele precisa ir ao dentista, marcar o dentista pra ele e o psiquiatra... E, para isso, não importa se você é psicólogo, psiquiatra, psicopedagogo. É uma atribuição exercer esse papel, dentre outros; é uma função de todo o profissional da equipe. Nesse caso, por exemplo, ficou muito claro que a psicopedagoga não estava atuando como psicopedagoga, mas como técnica de referência. Se ela estava fazendo isso, o papel do psicólogo era totalmente supérfluo, e ela, a psicóloga, podia deixar aquele paciente e ser a referência de um outro. Quando fica esse trem de três, quatro, atendendo o mesmo paciente... ninguém responde por ele. Aí o que gerava? Fila de espera, as agendas estavam cheias. Isso é uma coisa que tem que ter uma supervisão de processo de trabalho mesmo. O paciente chega e é encaminhado para a terapeuta ocupacional. Por quê? Quais são os critérios? E como é isso de fila de espera? O CAPS não pode ter fila de espera. Serviço de saúde mental não pode ter fila de espera. Eu acho interessante abordar por dois lados. Clinicamente há um impasse”.*

Escuto que a questão do técnico de referência tem relação com o lugar de transferência, e indago a entrevistada sobre o que ela pensa a respeito da decisão burocrática sobre quem vai ser o técnico de referência, pois, a meu ver, essa decisão é atravessada pela posição desejante e história do sujeito, de alguma forma ele também elege com quem ele estabelece esse elo. Na minha perspectiva, isso não pode ser uma decisão burocrática.

Ela discorda, contrapondo que em serviços muito amplos, com uma equipe muito grande, não é possível que seja da forma como propus. Então, até que o paciente consiga eleger alguém, é preciso que um técnico de referência seja nomeado. Ela diz acreditar que um bom critério para essa nomeação é a “microárea” e que, em Belo Horizonte, são chamadas de subdivisões do distrito sanitário: “A equipe se organiza, A e B atendem a área x; C e D atendem a área y. Se houver algum desacerto de técnico de referência eleito por esse critério, que é um critério burocrático, a gente vê depois, na supervisão. Não é engessado, e eu acho legal também porque coloca um desafio para cada técnico, que é assim: ‘poxa, eu não gostei desse paciente, ele não gostou de mim, mas será que eu não posso aprender a gostar, será que eu não posso fazer com que ele goste de mim?’ Esse desafio clínico é muito importante”.

Ela pontua que a lógica deve ser “aprender a gostar de quem você atende” e não atender apenas quem você gosta, pois isso seria uma receita para uma “posição clínica muito infértil”. É uma questão clínica e ética, manejar e garantir o acesso a todas as formas de subjetivação.

*“O próprio caso clínico aponta para o impasse clínico, nessa perspectiva psicossocial, de uma clínica em movimento. Não tem como você atender um caso clínico sem que ele te mostre vários impasses que são da ordem do funcionamento do serviço. O paciente sumiu e só voltou dois anos depois. Era um paciente grave e ninguém foi lá ver o que estava acontecendo com ele”*, avalia.

Questiono se a supervisão clínica é inspirada na psicanálise. Ana Marta diz que, em Belo Horizonte, sim. Para os gerentes do serviço, os bons gerentes, não é preciso que surja um supervisor cobrando a realização de oficinas, ela afirma: *“O bom gerente já está falando ‘cadê a oficina?’ O supervisor clínico de Belo Horizonte... eu brinco, falo que os psicanalistas de Belo Horizonte estão aprendendo demais sobre psicose porque realmente aparecem aqueles casos que eles nunca viram antes. Quando os psicanalistas veem psicose, eles veem aquelas paranoias schreberianas; aquelas ‘esquizofrenias graves, hebefrênicas’, isso para eles é uma novidade total. Como eu gosto muito de psicanálise, gosto dessa supervisão. Acho que ela conta coisas interessantes. Eles aprendem com os casos e nós aprendemos*

Ana Marta diz que a gerente com quem trabalhou quando era psiquiatra de um CAPS possuía uma visão clara sobre o que deveria ser um Caps. Porém, ela pensa que não é suficiente a interlocução com pessoas de dentro e fora da rede, e aposta em um projeto a ser construído com o pessoal da reforma no município, para supervisão clínica em Belo Horizonte – algo que realmente funcione. Ela acredita que ali seria difícil constituir uma equipe de supervisores, mas pensa em, pelo menos, a existência de um colegiado de supervisores que considerem os aspectos políticos-institucionais, pois um psicanalista na supervisão não consegue abordar questões institucionais: *Eu acho que também seria interessante que esse projeto pudesse trazer os supervisores para uma discussão mais político-institucional”*.

Nesse momento da entrevista, me pergunto como Ana Marta veria o lugar da psicanálise no processo da reforma e na construção desse ofício de supervisor institucional. E coloco essa questão para a entrevistada. Ana Marta diz que, na supervisão, ela assume uma *“posição de amor briguento”*. Ela discorre então sobre como a psicanálise a auxilia na vida pessoal, na atuação na clínica do serviço público,

no consultório e como a psicanálise ensina a oferecer tratamento a alguém – “o que é desejar tratar de alguém”. Nesse ponto deixo sua fala fluir, em razão do interessante fio de raciocínio que ela constrói sobre a implicação da psicanálise na clínica pública: “Vou dizer como os lacanianos, a ética da psicanálise te convoca desse lugar, do desejar tratar. Eu acho que há grandes contribuições e que a rede de Belo Horizonte deve muito a essa conversa com a psicanálise. Lembro de um encontro em Bauru, em 2007; eu estava dando uma “lacaneada” na mesa e o Lancetti ficou bravo e disse ‘Eu não entendo como vocês, em Belo Horizonte, que tem um 18 de maio tão maravilhoso, ficam falando de Lacan’. Eu disse assim: ‘eu não sei se a gente não falasse de Lacan se a gente teria um 18 de maio tão maravilhoso’. Não é que Lacan é responsável pelo nosso 18 de maio, mas tem toda uma participação da psicanálise na construção da rede de Belo Horizonte, inclusive o 18 de maio, que é muito significativa. O problema da psicanálise, de qualquer saber em si, é que eles querem em pouco tempo ser o fundamento. A psicanálise começa a querer ser o fundamento do serviço. Todo mundo vira psicanalista, que é uma coisa enjoada. [...] Acho legal que todos da equipe – e eu trabalho a supervisão desse sentido –, que todos treinem o ouvido para uma escuta da questão inconsciente e todos podem fazer isso, não precisa passar por uma instituição psicanalítica. O problema é quando você começa a fazer só isso. Havia um lugar onde eu trabalhava em que, de repente todo mundo virou psicanalista. A terapeuta ocupacional não fazia oficina, ninguém fazia mais oficina, era só a questão do sujeito com ‘s’ maiúsculo, do desejo com ‘d’ maiúsculo, da clínica com ‘c’ maiúsculo. Isso é muito antipático, é muito arrogante. Vai todo mundo para dentro do consultório. Tem paciente que não rende nada em consultório. Você leva um adolescente com psicose grave para um consultório e ele não suporta ficar três minutos ali, ele não tem nada para te dizer... Simplesmente se diz: ‘ele não se implica’. O problema mental dele é justamente isto, é que ele não consegue se implicar no que ele diz; mas o problema que faz o sujeito entrar em sofrimento é tratado como se pudesse ser objeto de um julgamento moral. E serve de pretexto para a exclusão do sujeito do campo da psicanálise: certos psicanalistas dizem que não vão atender porque ele não se implica. Acho bonito como a psicanálise te ajuda a captar mesmo a singularidade de cada um, o tipo de coisa que demanda. Tem dez pacientes que vão toda hora na sala de plantão pedir dez mil coisas. ‘É assim por causa disso, é uma questão dele. O outro é por causa disso, disso e daquilo’”. Embora

haja o mesmo comportamento, o jeito como esse comportamento se constrói e se origina é próprio de cada um.

Complemento dizendo que a psicanálise ajuda a singularizar a escuta. E Ana Marta concorda, e acrescenta que, no campo da esquerda, a política pública posta em prática mostra como existem diferentes questões em diferentes ordens: justiça, igualdade, universalidade. E que é preciso atender a todas as demandas que estão aí, não necessariamente dentro de um consultório, e promover a singularização do atendimento: *“Uma usuária nossa de Belo Horizonte, eu lembro que ela usa a expressão ‘é território’, não é ‘consultório’. O consultório é um recurso para mudar o território, mas ele está subordinado ao território, não o contrário”*.

*Ela dá um exemplo: “É quando você chega para o teu paciente no consultório e fala ‘oi, Daiana, como você está hoje? Menina, aquele negócio que você me falou, eu fiquei pensando. Você me falou que tinha um filho e que ele foi tomado de você’ – era um delírio de uma paciente minha. ‘Então, me conta’. E daí ela diz: ‘eu não quero falar sobre isso’. E daí eu falo: ‘tudo bem. Nós vamos lá para fora e vamos escutar música\_ Sair do consultório e ir escutar música, este é o atendimento necessário neste momento – a gente não pode se afastar do paciente, deixar de atendê-lo porque ele não cabe naquele modelito de atendimento que você propõe, como o atendimento do consultório.\_Ao mesmo tempo que o espaço coletivo, do social, é indispensável para a pessoa com sofrimento mental, se você não singulariza, aquilo não é mais um coletivo, é uma massa de gente, é uma massa amorfa de gente, que ninguém sabe quem é quem, ninguém responde por ninguém. Eu acho isso muito ruim. O processo de singularização é uma coisa muito importante”*.

Para ela, é preciso encontrar o caminho na supervisão para orientar a escuta pelo técnico de referência e estimular a equipe a criar e executar oficinas e assembleias do usuário. Ana Marta diz que essa assembleia contribui de maneira significativa no Caps para criar um modelo de convívio enriquecido, onde a palavra tem lastro – que estejam presentes e ofertados o tempo todo.

Pergunto a ela se faz parte do papel do supervisor trazer para essa equipe o que é uma assembleia, até mesmo do ponto de vista histórico, como se configurou esse dispositivo, participando do processo formativo dessa equipe. Ela acredita que sim e relata que, em muitas oportunidades, como supervisora, descobriu que não se faziam assembleias no serviço quando perguntava se esses dispositivos eram usados pelos pacientes. Ana Marta diz que a ausência de assembleias é tão comum que

sequer é tema de queixas das equipes que ela supervisiona: *“Eu queria discutir isso na supervisão, mas nunca tive essa demanda. Aí varia muito de equipe para equipe. Por exemplo, esse CAPS-IJ, que tem esse ranço de ambulatório especializado, ele não tem nem como se colocar a questão de uma assembleia. Um serviço que praticamente não trabalha com o serviço de permanência dia, nem tem como se colocar. É muito difícil [encontrar] os CAPS onde as equipes apostam que a prática da assembleia é realmente importante”*.

Para ela, há sempre um momento em que aspectos do serviço serão discutidos um a um, para saber se estão funcionando: estadia, convivência com a equipe, passeios, festas e eventos etc. O papel do supervisor, segundo Ana Marta, é questionar sobre isso, mas demandar que haja assembleia é papel do gerente. Enfática, ela diz que *“é inconcebível ser o gerente de um CAPS e não se perguntar sobre a assembleia. CAPS com uma gerência boa, a gerente é a primeira a chegar na assembleia”*.

*“O gestor bom já está se havendo com suas funções”*, ela pontua quando lhe pergunto sobre se deve haver aporte para os gestores se haverem com suas funções, e é minha vez de pontuar que os gestores não nascem bons. Para ela, *“há algumas qualidades que são gerenciais”*, e diz em seguida que não as possui (organização, atenção aos detalhes, paciência) e que são qualidades que não serão atribuídas pela supervisão a nenhum profissional nessa função.

Para Ana Marta, há um certo perfil de gestor ou gerente que é muito difícil para a supervisão, que é aquele que quer estar sempre bem com sua equipe: *“É uma praga da supervisão ter um gerente assim. Geralmente, é o mesmo gerente que te pede para convencer a equipe de determinada coisa. [...] acho que o gestor não nasce pronto, que tem muito o que aprender, mas tem um certo perfil de bom gestor que não é o supervisor que cria. [...] Desse ponto de vista, a supervisão da RAPS, a supervisão de processo de trabalho, focaliza muito a gerente. E acho que é fundamental. A gente tem gestores que têm boa vontade, têm perfil gerencial legal dessas qualidades natas, mas que precisam de ajuda, e acho que a supervisão pode ser um aporte inestimável”*.

Pergunto-lhe se essa supervisão da RAPS, no interior de Minas Gerais, é direcionada ao coletivo de gestores ou se é aberta para representantes da equipe, e peço para ela explicar como estão estruturando essa proposta: *“Em princípio, ela é para o coletivo de gestores, mas, à medida que se sentir necessidade, pode-se ampliar. É para delinear com os gestores [...] as diretrizes de uma RAPS. [...]*



*Conceitualmente. [...] o supervisor mostra pontos em que se está afastando dessas diretrizes e pontos que a RAPS pode fazer [trabalhar] para cumprir essas diretrizes. Uma discussão que acho que vai ser interessante é a questão do Hospital Geral. Eles estão nessa parceria com o Hospital Geral, mas é uma conversa muito difícil. Há pacientes que o Hospital Geral já não quer. [...] É necessária toda uma negociação. [...] Mesma coisa a Atenção Básica. O supervisor que vai ficar mais focado na Atenção Básica não vai convencer as pessoas que elas têm que atender pessoas em sofrimento mental, o gestor é que faz isso. O diálogo é assim: 'Vocês vão atender, então vamos discutir quais são as dificuldades'. Daí voltamos naquela questão, nunca aceite uma encomenda de supervisão em que o gestor não tem culhão para a gestão e quer que você convença a equipe de coisas que ele teria que fazer. É importante essa distinção dois papéis. O gestor pode até não ter muita clareza do que é uma RAPS, mas que ele queira fazer uma RAPS, que esteja disposto para trabalhar. Se o gestor é inexperiente, se ele tem lacunas, isso não é problema. Isso nunca foi problema em campo nenhum".*

Nesse sentido, me vem outra questão, que diz respeito à escolha do supervisor. Pergunto à Ana Marta por quais caminhos essa escolha passaria. Pela equipe ou pela gestão? Como seria sustentar esse lugar de supervisão na relação com a equipe?

*"Acho que tem que ter um certo perfil que tem que ser definido, pelo gestor, a partir dos princípios da RAPS. Por exemplo, já ouvi cada sugestão de nome de supervisor que é absurda. Você chamar para supervisor da RAPS um psicanalista que trabalha em hospital psiquiátrico. É um perfil que não tem cabimento. Um psicanalista que trabalha em hospital psiquiátrico já é suspeito. Outro problema do perfil é chamar professor de universidade, que são bons academicamente, mas... Você chamar para dar supervisão para um CAPS I uma pessoa da universidade que trabalha com desenvolvimento infantil, que trabalha com desenvolvimento psicomotor. Pode ser um ótimo teórico, mas não serve para o CAPS".*

Digo a ela que acredito que esse supervisor pode até ser acadêmico, mas deve ter um percurso no SUS, por exemplo. E Ana Marta continua: *"Sim, que ele saiba minimamente o que é uma RAPS, o que é o SUS. Nós já tivemos vários desses problemas. Eu me lembro quando eu dava supervisão para outro município [...] A gente aprende um monte de coisa. Lembro que naquele município eles chamaram para o CAPS I uma professora da universidade que trabalhava com psicanálise, muito boa professora, muito boa psicanalista. Ela ficava impaciente porque ninguém da*

*equipe sabia nada de psicanálise. Mas por que as pessoas teriam que saber? Por que um terapeuta ocupacional teria que saber de psicanálise? Por que o serviço social teria que saber de psicanálise?*

*Aqui, ela faz uma pontuação significativa: “A pessoa que tem um perfil muito acadêmico não dá conta de lidar se não tem vivência teórica nem prática de SUS. A pessoa fica muito impaciente com essa imprecisão de fronteira entre as disciplinas que a gente trabalha. Por exemplo, quando a gente fala em técnico de referência, eles se horrorizam e dizem: ‘Não, não é todo mundo que pode fazer psicoterapia’. Mas atuar como técnico de referência não é fazer psicoterapia – aliás, uma palavra que não me agrada. Escutar alguém levando em conta que há um sujeito do inconsciente ali, isto não é fazer psicoterapia, é coisa que um trabalhador da saúde mental, qualquer trabalhador, pode aprender a fazer. Esse perfil apenas acadêmico é muito ruim. Experiência clínica é um critério importante, mas a gente teria ... posso dar exemplos de importantes nomes da nossa Reforma que eu gostaria de ter, alguns deles, como supervisor, mas que a experiência clínica de RAPS é muito pequena. Por exemplo, Pedro Gabriel Delgado, Paulo Amarante, eles não atendem a RAPS. Nem por isso eu os descartaria como supervisores, porque eles têm um conhecimento conceitual do que é a RAPS, do que é o SUS, tem uma experiência de gestão ou de militância, não são pessoas alheias à RAPS. Se essa pessoa já trabalhou em RAPS, se ela conhece o cotidiano, melhor ainda.*

*Ana Marta finaliza a conversa com um alerta a partir de sua experiência como supervisora e como trabalhadora da RAPS: “A gente tem que tomar cuidado e distinguir o que é condição indispensável para um supervisor daquele atributo que seria legal ele ter, mas não é necessariamente imprescindível. Aí acho a ideia da equipe de supervisores legal, porque se pode casar uma coisa com a outra. Você pode misturar os perfis. Acho legal você escutar a sugestão da equipe, os nomes. Se a equipe tem um nome que tem um perfil, pode ser interessante você aceitar aquele nome, até renunciando a um ~~gestor~~ outro que você, como gestor, preferisse um pouquinho”.*

## APÊNDICE I – NARRATIVA Nº 5: LUCIANO ELIA

Dia 19/03/2021

Iniciei a entrevista informando o objetivo da pesquisa – compreender a configuração da supervisão clínico-institucional no Brasil. Luciano Elia foi indicado como um dos protagonistas desse processo, importante para um resgate histórico no âmbito das portarias, das experiências e práticas etc. Dentre as várias regiões do país, Luciano comparece, então, como um porta-voz da experiência carioca.

Ele agradece a oportunidade de dialogar sobre o tema e enfatiza que aceitou o convite não apenas por uma questão formal, mas pelo desejo e prazer em explanar sobre o assunto (sic). Luciano relata que *“começou na saúde mental muito cedo”*, por volta dos anos 1980. Diz ter se encantado com *“a possibilidade de trabalhar institucionalmente com a psicose”* já antes da reforma psiquiátrica, quando estagiou na clínica Vila Pinheiros – Clínica de Orientação Psicanalítica, iniciativa privada que tinha uma proposta interessante, com hospital-dia, oficinas, reuniões da equipe de profissionais incluindo estagiários estudantes de psicologia, medicina e outros cursos, e comenta que *“o poder público [...] tinha iniciativas isoladas em alguns hospitais”*. Ali, ele já queria articular a saúde mental e a psicanálise, campo teórico que entende como uma influência importante para a SCI: *“A supervisão dá uma direção ao trabalho e essa direção era assegurada por esses princípios da psicanálise. Não é a psicanálise, convencional, não é a psicanálise engessada, não é a psicanálise como ela é aplicada no consultório. Eu vejo que, às vezes, os colegas transpõem, querem fazer como se estivessem no consultório, de cunho individualista e privatista, e não é assim que eu entendo que a psicanálise seja decisiva na Saúde Mental”*.

Em 1987, ocorreu a inauguração do primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Professor Luiz Cerqueira, na Rua Itapeva, em São Paulo (por isso conhecido como “CAPS Itapeva”), e, no mesmo ano, realizou-se a *“Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental na UERJ, no Rio de Janeiro. Era um momento muito fértil”*, diz Luciano. No mesmo momento iniciavam-se os NAPS em Santos, sob a firme direção do incrível David Capistrano, Secretário de Saúde de 1988 a 1992, quando sucedeu a Telma de Souza (que havia sido eleita em 1988 numa memorável vitória do PT) na prefeitura da cidade.

Em 1988, Luciano participou das comemorações do 1º aniversário do CAPS Prof. Luis Cerqueira. Ele relata que havia no CAPS *“um clima indescritível, só quem estava lá pode entender o que era aquela equipe, o entusiasmo, o desejo que atravessava aquelas pessoas. Inesquecível a palestra de Peter Pál Pelbart – “Um desejo de asas”, belo jogo de linguagem e poesia com o magnífico filme “Asas do desejo”, de Wim Wenders, de 1987, ano do nascimento do CAPS. Eu acho que o Sílvio (Yasui) estava lá. Ele já me disse que estava nessa equipe, mas eu não o conhecia, fui conhecê-lo depois”*.

*“Em 1994 foi criado o primeiro CERSAMI (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil, em Betim, Minas Gerais). As políticas estavam em construção, não existiam “os princípios e diretrizes do CAPS”, então “eles deram outra terminologia”*.

Luciano conta que continuou trabalhando, até que, por volta de 1998, ele e outras duas pessoas propuseram e supervisionaram a criação do CAPSI Pequeno Hans, o primeiro CAPS voltado para questões infanto-juvenis no município e no país. Esse CAPSi ficava na zona oeste e Luciano diz que *“a prefeitura depois nos confessou, pelo coordenador de saúde mental, que eles não acreditavam que psicanalistas iam para a zona oeste”*. Ele diz ter muito orgulho dessa experiência. O CAPSi Pequeno Hans, no dizer de Luciano, *“é muito peculiar [...], é uma experiência que não vai se repetir [...], que aderiria simultânea e articuladamente a todos os princípios do SUS e das políticas públicas – que eram políticas vigorosas de saúde mental” – e, ao mesmo tempo, aos princípios e coordenadas da psicanálise, sem ver nesses dois campos qualquer contradição. Hoje é tudo bastante diferente, há uma política “devastadora” em todos os campos, e, claro, na Saúde Mental.”*

No CAPSI Pequeno Hans, a prática clínica *“não era baseado em um modelo de consultório”, acolhiam-se “as crianças que eram evitadas nos outros serviços” e a equipe “sustentava” que viessem “todos os autistas que tinham que vir, crianças gravíssimas eram encaminhadas”*. Mas, para isso, foi necessário criar o *“Dispositivo Psicanalítico Ampliado (DPA), inclusive foi até um projeto de inovação na UERJ, na parte de patenteamento, mas que não foi para frente”*. O DPA foi uma forma de colocar em prática os princípios da psicanálise em atendimentos coletivos com crianças. As crianças *“chegam, saem correndo, começam a fazer coisas e os técnicos acompanham na tentativa de [...] ter uma relação [...] singular [...] que permita que as intervenções vão sendo feitas de modo o mais sintonizado com os ditos e/ou atos das*

*crianças*". De acordo com Luciano, essa experiência necessitou de *"uma supervisão muito decidida"* e os psicanalistas envolvidos na supervisão surpreenderam a gestão municipal, porque *"a gente não foi de salto alto, a gente foi decidido para a zona oeste"*.

*"Como é essa supervisão?"*. Nas palavras de Luciano foi algo construído *"na prática, na marra"* para dar certo. Segundo Luciano, a supervisão *"clínico institucional"* advém da antiga *"supervisão institucional, sem o hífen, sem o clínico"* que operava *"para verificar se o serviço estava trabalhando nos moldes pactuados pelos gestores com o serviço, os moldes estabelecidos"* com certo *"valor de controle, de fiscalização"*, é a ideia de que o serviço tem que estar sob *"supervisão da prefeitura ou do órgão gestor central"*. *"Quando passa a ser clínico-institucional [...], vamos discutir a clínica, as práticas clínicas, as dificuldades clínicas"*, mas a SCI continua *"guardando certo ranço de institucionalidade do controle institucional"*. Além disso, na perspectiva de Luciano, a supervisão clínico-institucional *"deve ser renomeada para supervisão clínico-territorial, em vez de clínico-institucional, espécie de binômio que faz uma formação de compromisso com duas lógicas distintas, a clínica e a institucional. Não é um trabalho que se restrinja à discussão de casos"*, pois *"o trabalho do CAPS [...] não se limita a uma atividade de clínica, intramuros [...]. O CAPS é uma célula inclusive política, não só clínica, uma célula clínico-política de presentificação no território de uma política nacional. Ele tem que se articular com várias instâncias do território o tempo todo, não pode apenas ficar tratando dos seus casos. Inclusive, os casos, no caso da infância, exigem que a gente faça muitos enlaces intersetoriais"* no sentido formal e informal. Foi preciso, *"no caso do Rio de Janeiro, [...] falar com o tráfico, com o morro, com a igreja"* E *"a gente não podia ficar com medo, ou pelo menos deixar que o medo nos paralisasse, já que o medo é muitas vezes inevitável e protetor."*

Ele conta o caso de um menino de 14 anos que tinha sido jurado de morte *"porque dizia que ia acabar com o mal da humanidade matando o Celsinho da Vila Vintém, um conhecido e violento chefe do tráfico. [...] Ele tinha um delírio [...], ele falava isso para todo mundo. A gente teve que chamar o Celsinho da Vila Vintém. É claro que o Celsinho da Vila Vintém, que é importante demais para vir falar com a gente, mandou um preposto [...]. A gente explicou para ele o que é o delírio em termos que ele pudesse entender e o que estava acontecendo, que o menino não queria realmente matar o chefe dele, que aquilo era um personagem do delírio dele [...]. No final, o cara falou que ia proteger o rapaz ao invés de matá-lo, que ele ia explicar isso ao Celsinho. [...] Às vezes, é necessário mudar de território para proteger, mas ele*

*pediu para não mudar o rapaz de lugar que eles iam protegê-lo e fizeram isso”. Luciano comenta que há uma diferença importante entre os traficantes e os milicianos: “Hoje em dia, com miliciano, isso não aconteceria – não aconteceria porque com miliciano não tem conversa, mas com traficante tem. Eu não estou elogiando traficante, estou dizendo que tem uma diferença importante a ser considerada. Isso foi para dar um pequeno exemplo de como nós não tínhamos frescura”. De acordo com Luciano, no trabalho da SCl se entendeu rápido que “as crianças não podiam ser tratadas só dentro do CAPS”. Ele cita outro exemplo, em que “O Conselho Tutelar fazia um monte de besteira o tempo todo, como tirar a criança de casa porque a vizinha denunciou um suposto abuso sexual”. Nessa ocasião, “a gente intervinha, a gente dizia que não é assim, que a gente precisava ouvir o que aconteceu, conversar com a criança, conversar com os pais, com o abusador – que em geral era o padrasto, o quinto, o sexto companheiro da mãe, que muitas vezes nem sabia quem era o pai”.*

Nesse contexto em que Luciano trabalhou como supervisor clínico-territorial, a única atividade clínica que ele “fazia diretamente com os usuários era uma reunião mensal com os pais, da qual não abria mão porque era um lugar importantíssimo [...] Eles traziam suas próprias fantasias “teóricas” em relação aos motivos pelos quais os filhos teriam adoecido. Eu escutava, intervinha e fazia questão de ser o coordenador dessa reunião. Então esses pais, além do atendimento clínico com cada técnico, mas participavam também comigo nessa reunião, mas com um claro limite à dimensão clínica, ao qual eu ficava atento para não ultrapassar o coletivizável e o que seria frutífero trabalhar entre eles”. Além dessa reunião de pais, eu participava de momentos contingentes, não planejáveis, como no caso do Celsinho da Vila Vintém, e formais, como na Vara da Infância, nas reuniões de equipamentos do território, realizadas muitas vezes no próprio CAPSi, com o Conselho Tutelar, com as professoras das escolas, etc. Ele relata que “recebeu das escolas muitas crianças com queixas de problemas de disciplinas, de aprendizagem com demandas ora de laudos diagnósticos, ora de tratamento e intervenção “clínica” que na verdade eram disciplinares. Nossa estratégia nesses casos era um trabalho clínico-territorial com as escolas, professores, coordenadores e eventualmente diretores, pois era essa demanda - - e não as crianças – que demandavam atenção psicossocial territorial. Tínhamos muitas crianças autistas e dos psicóticos graves para tratar, e essas crianças indisciplinadas ou com problemas psicopedagógicos não eram nossa prioridade, mas nem por isso deixávamos de tratar da questão, através do trabalho

*com os sujeitos (e não com os “objetos referenciais” da demanda. Este é um bom exemplo de clínica no território”. Nesse sentido, o trabalho com a escola foi fundamental “para alterar a realidade daquele território”. Para Luciano, “Essa supervisão é territorial. O supervisor não pode ser o supervisor da equipe, ele é o supervisor no território”. Há uma relação com a equipe “que era de uma intimidade que foi construída no tempo, em que eles começaram a entender que sem supervisão, sem esse lugar de fala da equipe e de endereçamento transferencial, tudo ficaria muito mais difícil. Não era por causa dos meus belos olhos, nem por causa da minha competência, era o lugar da supervisão. O lugar-supervisor produz um efeito na equipe”.*

*Na perspectiva de Luciano, “uma equipe só se forma verdadeiramente quando ela perde a ilusão de ser autônoma, a psicanálise interroga isso. Uma equipe tem que passar pela subtração da unidade. O supervisor é um extrator da unidade, mais do aquele que estaria ali para ensinar como se deve fazer. Nunca entendi o supervisor como quem vai dizer como fazer nem como quem tem o saber, pois quem está no frente é quem está com a sua pele, com o seu corpo em jogo, e muitas vezes levando porrada, lidando com adolescentes muitas vezes agressivos, lidando com situações difícilíssimas. Não é o supervisor, que está protegido porque “fora” destes encontros, que sabe o que fazer, mas ele é fundamental para ser um polo de endereçamento da angústia, esse fulcro, esse ponto vazio dentro da equipe. Quando a equipe reconhece que ela tem um furo no meio, mais parecido com uma cebola do que com um abacate, da qual tirando as cascas não se chega a um caroço, que ela é muito mais um monte de camadas e esse supervisor pode ocupar o lugar desse vazio central, daí ela é verdadeiramente uma equipe. Ela reconhece que existe o lugar que a gente vai chamar de castração em psicanálise. O nome é esse – a equipe é castrada. Ela primeiro sabe que nenhum técnico vai dar conta do caso, nem a equipe vai dar conta do caso sozinha enquanto grupo, nem ela e os outros equipamentos, ninguém vai dar conta completamente de um caso. Por isso é preciso o outro. É necessário o outro que é meu colega, precisa-se do outro que seja outra equipe inteira, precisa-se do outro que é outro serviço, precisa-se do outro que são os equipamentos do território. Quando a equipe reconhece que os outros equipamentos são decisivos para ela, ela começa a funcionar como equipe. Eu acho que sem a figura do supervisor, entendida não como quem sabe, mas como quem sustenta a extração dessa ilusão de unidade o tempo todo dizendo “vocês são furados, ninguém dá conta de tudo”, esse*

*reconhecimento se torna muito difícil, e a equipe, no rigor em que entendo essa categoria, não se forma”.*

De acordo com Luciano, a SCT, nessa perspectiva, radicaliza a diferença que é preciso fazer entre um simples trabalho em grupo e um trabalho em equipe, isto é, que se opera na lógica do coletivo, no sentido de *“extrair esse narcisismo grupal. Freud mostrou isso, o narcisismo não é individual. Na Psicologia das Massas e na Análise do Eu, é nítido que o grupo funciona narcisicamente”* e diz que *“estamos vendo isso no Brasil, o gado teleguiado pelo “pastor” diabólico”...*. Ele diz que a SCT assume uma *“função mais interrogativa que eventualmente fala afirmativamente, intervém de uma maneira mais diretiva, mas isso não é o essencial da função do supervisor. A função do supervisor é fazer as boas perguntas e de lembrar a todos os integrantes da equipe, o tempo todo, que ali tem falta, no sentido que não vai haver completude, não vai haver todo o saber. Em relação a “ah, eu fiz tudo o que eu podia”, só se pode responder que não fez – ninguém faz tudo o que podia – e eu falo isso sem isso tomar um tom egóico, superegóico ou acusador”.*

Luciano coloca que precisou *“fazer a rede para pescar o peixe”*, pois *“não tinha nenhum autor de referência, nenhuma bibliografia que ajudasse porque não existia e ainda hoje tem muito pouco”*. Posteriormente, no âmbito universitário, ele orientou dissertações e teses sobre o assunto. Citou a tese da Cleuse Barleta, que versou sobre a *supervisão clínico territorial (SCT)*, como ele propõem. Nessa construção, ele diz que o conceito de transferência foi fundamental. *“A transferência da equipe com o supervisor, dos usuários, pacientes – como a gente costuma chamar – com a equipe. O estabelecimento do laço transferencial é muito importante e a supervisão também cuida disso. E cuida de uma transferência com o território porque há transferência. Esse rapaz do Celsinho da Vila Vintém, ele fez transferência com a gente porque ele mudou a posição dele, ele ficou interessado no delírio, isso tocou ele”.*

Luciano trabalhou treze anos como supervisor no Capsi-j Pequeno Hans, sem rodízio, entendendo que *“uma função como essa não deve ser substituída de tanto em tanto tempo, como um mandato [...] o supervisor não deve ser um empregado, um funcionário do estado, do município, e isso é muito importante. [...] Existe uma tensão saudável entre o supervisor e a chamada “gestão” – termo de que não gosto por ser demasiado neoliberal. Eles têm que estar alinhados, uma supervisão não pode ser contrária à gestão e nem a gestão pode deixar de lhe dar respaldo e sustentação. É muito difícil para uma gestão suportar uma concepção de supervisão assim – eles*



*ficam com medo, acham que o supervisor vai ter mais poder do que devia, que vai contrariar o gestor; tem uma paranoia complicadíssima*". Comenta que, além dele, "vários supervisores passaram por isso".

No Rio de Janeiro, houve a peculiaridade de que foi o Instituto Franco Basaglia (IFB) que "construiu a rede e ele tinha gestores que tinham sido gestores federais, inclusive o Pedro Gabriel, o Domingos Sávio" e, como uma ONG, o IFB se "submete às diretrizes públicas" ao contrário das "Organizações Sociais de hoje em dia, que privatizam a gestão dos CAPS". "O IFB estabeleceu que todo CAPS do Rio de Janeiro teria um supervisor. Acho que foi a única cidade que colocou a exigência de que todas as equipes de CAPS tivessem um supervisor". Durante 6 anos, de 2004 a 2010, fui "consultor do ministério da saúde" e visitei "muitos CAPS Infantojuvenis Brasil afora e poucos tinham supervisor" enquanto no "Rio todos os CAPS tinham supervisor". Mas, naquela época isso fazia muita diferença, hoje não faz tanta, porque os supervisores do Rio viraram funções de carreira, contratados e cabrestados pelas OSs, como aliás todo trabalhador da rede de saúde mental, modo de impedir sua organização como trabalhadores, fragilizando seu vínculo e fazendo, assim, uma espécie de "terrorismo empregatício": se não andar na linha, é demitido.

Em determinado momento, Luciano foi "tirado pela gestão". Ele relata que "entrou um secretário, um coordenador de saúde mental completamente avesso à lógica da Atenção Psicossocial, que ele entende como apenas um pequeno sub-campo da Atenção Primária, das Clínicas da Família, que são o foco privilegiado deste gestor. que hoje é o secretário de saúde municipal, e ele na época ele me tirou sob o pretexto de que o supervisor teria que ser, como eu disse acima, um empregado contratado por OS com carteira assinada, ou seja, facilmente demissível. Como ele sabia que três dos antigos supervisores, os mais críticos e experientes, eram docentes de universidades públicas que, como eu, estavam impedidos de ter outro vínculo trabalhista, valeu-se disso para afastar os três...". Nesse sentido, diz ele, "O supervisor, como todo mundo que é contratado hoje, se sair da linha, é sumariamente cortado".

Nessa altura da conversa, ele assinala que as funções da gestão e da supervisão são diferentes, mas que o "fato de a gente estar alinhado com a gestão não quer dizer que não tenha tensão [...] que é preciso que a gestão reconheça que há coisas que são da supervisão. Quem coordena uma reunião da equipe só pode ser o supervisor, não pode ser alguém que a gestão manda para controlar o que se passa

*ali dentro, não tem cabimento. Eu vejo isso em alguns lugares, um membro da gestão estar em reunião da supervisão”. E complementa que “Há lugares no Brasil onde acontece isso – vem alguém da prefeitura na hora da supervisão, puro exercício e controle.”.*

Então, ele ressalta que a forma de contratação e remuneração do supervisor é uma questão importante, para que o supervisor não fique refém das relações de poder e tensões estabelecidas pela gestão. Diante dessa problemática, ele diz que, quando era consultor do Ministério da Saúde, propunha que fosse concedida uma *“bolsa supervisor, como tem bolsa CAPES, bolsa CNPQ. Uma bolsa não tem as implicações de imposto de renda, não tem vínculo empregatício de carteira. Para alguns supervisores, isso parece uma perda de direitos trabalhistas, mas não é”*. De acordo com Luciano, é por isso que o supervisor não pode ser *“alguém com 25 ou 30 anos, que está começando a carreira. A função de supervisor é coisa de gente mais velha, de gente cascuda tem que ter uma experiência ter sua vida econômica resolvida, carreira profissional resolvida, estabelecida”*. Hoje a maioria dos supervisores são muito fracos porque são pessoas mais jovens, sem experiência e estão ali querendo fazer sua carreira e ganhar o seu dinheiro (que aliás é mínimo, mas permite ascensão posterior de carreira), muitos fazendo todas as concessões que você imagina para não perder o emprego.”

Nesse sentido, Luciano acredita que não se trata da supervisão se opor à gestão, pois *“Sem a gestão nada é possível, o serviço é público”*; diz que a proposta não é uma *“autonomia privatista dos serviços. Autonomia no sentido de ser independente da gestão. A gestão é pública. A gente quer um serviço totalmente público”*. Pareceu-me, então, que há certa confusão entre a função de apoio institucional, que tem um alinhamento com a gestão, e a função de supervisor. É preciso compreender que não é a mesma função, não é o mesmo lugar, um não substitui o outro porque são distintos. Quando coloco isto para Luciano, ele concorda, enfatizando que *“o supervisor não é um apoiador”* e lembra-se da experiência carioca, em que se tem *“a figura do apoiador de território que não é o supervisor”*. Para ele, *“O supervisor não pode se comprometer com esse apoio. O supervisor está alinhado, mas não está apoiando porque ele pode precisar fazer coisas no território que são muito próprias e que, eventualmente, vão entrar em tensão com as intenções da gestão. Ele não pode ser apoiador de uma função tão heteróclita [...] Um gestor, mesmo quando é bom, é gestor. Os critérios, os parâmetros são de gestor. O*

*supervisor tem que estar fora, tem que estar livre dessa tutela. O supervisor não pode ser tutelado pela gestão. [...] um apoiador é tutelado”.*

Ao ouvir isso, perguntei para Luciano se essa ideia se relaciona com a ética da psicanálise, da função do psicanalista a partir de uma posição ética do desejo. Ele diz que sim, que *“Na psicanálise a gente tem uma dimensão inelutavelmente marginal, porque a psicanálise opera com algo que não é da desordem mas também não é reprodução da ordem. Freud escreveu O Mal-estar da Civilização nesse sentido – não é possível estar na civilização sem mal-estar. O que a gente vê no Brasil, hoje, com Bolsonaro, não é o mal-estar. O mal-estar é inevitável, mesmo nos melhores governos. O problema do Bolsonaro é o “pior estar”, é aquilo que você poderia evitar e não evita. Veja as mortes por Covid, 600 mil mortos!. Aí você tem uma política da morte, que é muito diferente da pulsão de morte e do mal-estar inevitável”.* Trouxe ainda outras referências para exemplificar que *“mesmo que a gente não usasse a psicanálise, usasse a filosofia de Deleuze, Guattari ou da esquizoanálise, [...] poderia sustentar isso”.* Ele conta que um colega supervisor em outro CAPS, que é da esquizoanálise e neste caso cita seu nome - Eduardo Passos - porque ele fez uma intervenção bastante importante numa situação de tensão entre a gestão e os supervisores à época (hoje isso nem ocorreria mais), assinalava: *“A gente, como supervisor, tem um olhar e uma escuta diferente da gestão e ela devia fazer melhor uso da nossa escuta. A gente tem uma possibilidade de escuta de algo fino que a gestão não tem”.*

Essa leitura, para Luciano, é mais ligada ao *“Oury que ao Guattari. O Guattari já tomou uma outra rota, mas o Oury se manteve na psicanálise o tempo todo, até morrer”.* Ele destaca que *“Jean Oury é o modelo francês. O Brasil, apesar da desgraça e da devastação atual macabra, é muito inventivo, e a invenção CAPS é uma invenção brasileira. Não é nem basagliana, porque um CAPS é diferente de um Centro di Salute Mentale do Basaglia. Tem uma coisa muito legal na Atenção Psicossocial Brasileira. Por exemplo, o Jean Oury construiu uma experiência incrível em uma clínica em que os pacientes moravam, a clínica de La Borde – é internação do tipo aberta à comunidade e à cidade (em região de campo), não é uma proposta de desinstitucionalização, como é o Basaglia, que é o fim do manicômio. Eles fazem uma psicanálise coletiva [...] é genial, mas é em uma instituição de internação [...] Não é fechada, é aberta. É uma instituição aberta, porém de internação. Eles não são contra a instituição clínica de longa permanência. Eles inclusive acham que, a própria*

*instituição deve ser tratada, psicanalisada etc., tanto que o nome é psicoterapia institucional. O que eu quero dizer é que eles não são desinstitucionalizantes. O Brasil era, a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira era pelo fim dos manicômios e criação, ampliação e potencialização da rede substitutiva, de CAPS. Digo “era” porque, hoje, tudo que fizemos de bom no Brasil “era”, já era, mas foi muito vigoroso, e precisa voltar”.*

Essa fala de Luciano me suscitou uma lembrança. Há muitos anos, em 2002, tive a experiência de conhecer o serviço de Madrid. Conteí ao entrevistado (Luciano) que conheci o Desviat e, em uma conversa, ele falou: “você não devem nada ao mundo, vocês são vanguarda. Eu tenho orgulho de ser pago pela OMS para ser consultor de CAPS no Brasil, porque vocês não têm os pruridos que as práticas europeias têm. Vocês colhem das experiências italianas, francesas e vocês juntam tudo isso e inventam uma outra coisa que é melhor que todas essas juntas. Elas têm pruridos em se comunicar e vocês articularam isso na construção da Atenção Psicossocial”. Ao ouvir isso, Luciano demonstrou espanto “*Caramba! Ele falou isso? Se eu te disser que estou arrepiado você vai achar piegas? É a pura verdade isso que ele está dizendo. Eu não uso a palavra prurido, mas vou passar a usar. Estive em serviços franceses, eles são cheios de pruridos. Não conseguem sair de uma certa rigidez mental, mesmo quando são de vanguarda. Isso que o Desviat falou é muito verdadeiro. Eu não sabia que ele pensava assim. De fato, a gente não deve nada a ninguém, a gente reinventa algo melhor. Que coisa legal ele ter dito isso”.*

Considerando o quanto a questão do pagamento é um analisador fundamental, na minha opinião, perguntei ao entrevistado, retomando a questão, quem paga a supervisão, quem paga tanto concreta quanto subjetivamente. Ele pontuou que o jovem, se assumir essa função, “*Ele vai fazer daquilo uma profissão*”, e ele reafirma sua não concordância, dizendo “*Não, não pode ser assim*”. Coloca que a supervisão “*é uma função, e por isso não pode estar no organograma de profissionais. Claro que essa função tem que ser remunerada, e muito bem remunerada, porque o dinheiro não é só o analisador como o elemento fundamental na relação de trabalho. Quem paga eu acho que tem que ser o poder público, tem que ser o município. Quando falei em bolsa, eu falei isso com o Pedro Gabriel na época. Fazendo um parêntese, quando fui consultor, fiz parte quando o Ministério da Saúde disponibilizou uma verba para a supervisão*”. Luciano conta que foi chamado para trabalhar na avaliação dos editais de seleção de supervisores, e diz: “*Por exemplo, peguei o estado de São Paulo porque*

*eu não podia pegar o meu próprio estado. Analisei muitos editais de São Paulo, não só da capital, mas do estado todo. Esse dinheiro a gente aprovava, via os critérios, mas nunca chegava ao supervisor, muito raramente. No Rio e em outros estados de que eu tenho notícia, o dinheiro chegava na prefeitura, vinha do Ministério, mas tinha outro destino. Conheço supervisor que nunca recebeu um tostão durante o tempo em que exerceu a função.*

Ao ouvir isso, compartilhei uma percepção pessoal de que essa situação expressa um atravessamento jurídico-administrativo da gestão pública. Luciano associou esta dificuldade à “*velha história da responsabilidade fiscal*”, dizendo que isso poderia ser contornado se fosse uma bolsa, como se faz no doutorado e no mestrado, ou mesmo como as bolsas de produtividade dadas a pesquisadores seniores e avançados. “*Poderia haver um programa de cooperação mútua interministerial, entre o Ministério da Saúde e o de Ciência e Tecnologia ou mesmo de Educação, na modalidade de bolsa, o supervisor receberia diretamente do governo federal, até que os estados ou os municípios assumissem esta função de remunerar seus supervisores, podendo esta bolsa ser subsidiada pelas Fundações estaduais, como FAPERJ, FAPESP, etc.*”. Daí não se tem esse problema da responsabilidade fiscal, de onerar a folha de pagamento de um município, de um estado. Defendo isso até hoje. Alguns supervisores ficam putos comigo, dizendo ‘*você está querendo tirar o nosso décimo terceiro, férias*’. Respondo: “*Se você vai reivindicar décimo terceiro e férias na função de supervisor, você está confundindo a função de supervisão com um cargo de carreira, o que faz com que se perca o mais essencial*”. Esse supervisor que quer as férias e o décimo terceiro não está vendo que ele está matando as condições estruturais que o situariam como supervisor. [...] sua liberdade de tensão [...] Autonomia na parceira e não fora dela, porque a gente é parceiro da gestão. A gente não é adversário da gestão, não se trata de luta de classes. A gente está em uma tensão político-discursiva, mas em uma afinidade fundamental que a bolsa contemplaria. Entende?” Ele ressalta então que seria um pagamento direto, sem passar pelo fundo municipal de saúde, “*Seria como uma bolsa. A bolsa da Capes passa pelos programas de pós-graduação, mas ela é do bolsista, vai direto para o bolsista. Eu acho que seria uma solução, mas ninguém me escutou*. Comenta que, para isso acontecer, “*exigiria um empenho, uma articulação política mais ampla dos ministérios, porque teria que implicar recursos*” e que “*já estava começando o declínio da sustentação da lógica da Atenção Psicossocial*. Nesse momento, Luciano pede

cuidado no modo como vamos entender e divulgar essa fala, e é com muito cuidado que diz: *Na passagem da coordenação nacional de saúde mental do Pedro Gabriel para o Tykanori, correlata da mudança de governo de Lula para Dilma, em 2010, houve uma série de mudanças que, na minha opinião, foram muito ruins para a Atenção Psicossocial. Na verdade, já no segundo governo Lula, a Atenção Básica tomou a frente da Atenção Psicossocial, numa gangorra que não existe. Ninguém discute que o orçamento público da Atenção Básica, dos níveis de Atenção à Saúde que compõe a pirâmide que vai da primária, na base, à secundária no meio e à terciária no topo precisa ser infinitamente maior do que o orçamento público da atenção psicossocial, de níveis orçamentários e de abrangência social muito menor, porque não estamos concorrendo com o aleitamento, com a saúde materno-infantil, com a prevenção, vacinação, saúde odontológica, etc. etc. etc. Não se trata de disputar orçamentos, o Brasil tem dimensões continentais e um mapa de disparidade social gravíssimo, e por isso a Atenção à Saúde deve ter um dos maiores orçamentos do governo. Mas isso não significa, por exemplo, que um psicólogo da Atenção Primária (Clínica da Família) deva ganhar o dobro de um psicólogo da Atenção Psicossocial (CAPS) com a mesma carga horária, como acontece hoje no município do Rio de Janeiro, sob pretexto de que o psicólogo da Clínica da Família “lida com várias linhas de cuidado”. Argumento cínico, que se aproveita justamente da falsa ideia de que o profissional de atenção psicossocial é “especializado” numa “linha só”. Ele na verdade lida com várias e complexas questões de vários setores sociais, articulando-os a partir do setor saúde. Orçamentos federais dispares por razões indiscutíveis não justificam disparidades de salários na mesma categoria profissional, por exemplo, não é?*

Essa fala me fez lembrar que, nos anos 2000, tivemos que incluir a comunidade terapêutica na RAPS, que no congresso de CAPS infantil, no Rio de Janeiro, (do qual aliás Luciano foi um dos dois proponentes, junto com Rodrigo Chaves Nogueira, de BH) eu o vi dizer muito fortemente com o Tykanori sobre isso. Ao compartilhar e essa lembrança, Luciano complementa: *“O Tykanori foi um dos grandes responsáveis por isso, inclusive tenho sérias críticas à RAPS por isso. A RAPS é um pouco anti-CAPS e por isso me arrepiou quando você contou do Desviat: o Tykanori deveria ter aprendido com o Desviat. Embora o Tykanori tenha sido um grande e bravo trabalhador da saúde mental, sob a direção política de um David Capistrano em Santos, quando ele era jovem e estava começando, mas como gestor eu não posso*

*dizer a mesma coisa, porque a RAPS burocratiza e protocoliza de uma tal maneira que a Atenção Psicossocial fica enfraquecida.*

*Vou falar uma coisa que talvez você já me tenha ouvido falar, porque sempre afirmei isso aos quatro ventos: Atenção psicossocial e Atenção à Saúde são modalidades diferentes de atenção, e que o termo “atenção” substituiu com muita vantagem o de “assistência” no contexto da criação do SUS e da Constituição de 1988. Mas atenção psicossocial não pode ser inserido na pirâmide dos níveis de atenção, porque ela sofre imediatamente um empuxo falseador para o topo, torna-se falsamente especializada, coisa que ela não é nem pode ser sob pena de sua morte, O CAPS sequer é exatamente ou estritamente um serviço de saúde, ele transborda, transvasa, transcende a saúde.*

*Um CAPS não é um serviço especializado, terciário, de saúde. Depois que o Tykanori entrou, passei a ouvir, inclusive de colegas guerreiros de primeira hora da Reforma, que eu respeito muito, a pergunta: “Luciano, o que você tem contra a especialização dos CAPS?” Tudo, é claro, respondi: O CAPS não é de forma alguma um serviço especializado, ele tem que poder receber todo e qualquer cidadão, toda e qualquer criatura, e que a receber terá que olhar para ela de frente, não de perfil (para definir um “perfil diagnóstico” e decidir se a tal criatura é ou não elegível pelo “perfil especializado do CAPS”. Claro que depois ele vai fazer as articulações de rede, de território, não vai enfiar todo mundo no CAPS, tratar de todo mundo, mas ele tem que ser um polo de endereçamento da população no território. Se o CAPS deixar de ser um polo do território, deixar de ser a principal porta de entrada, de recepção, de discussão, se perde de vista sua dimensão essencialmente psicossocial. Não é um serviço especializado para tratar de maluco, ele não é isso. O CAPS tem um impacto enorme... no próprio tecido social, a partir do território.*

*Se a gente jogar essa invenção brasileira, que o Desviat te falou que é melhor que as invenções europeias, dentro da pirâmide, ela sofre um empuxo para cima e lá no topo: ela vai virar atenção terciária ou mesmo quaternária. Essa invenção brasileira celebrada por Desviat vai morrer, como está morrendo, aliás, antes mesmo da besta ter assumido o (des)governo brasileiro”.*

*A atenção psicossocial compartilha da mesma amplitude dos princípios do SUS (universalidade do acesso e do acolhimento, integralidade da ação de cuidado, etc.) que devem reger o cuidado em um serviço de atenção primária, Os sanitaristas da década de 80, porque tinham uma comunidade de princípios políticos, de*

*concepção de sociedade, com os criadores e operadores da atenção psicossocial, não colocavam nenhuma hierarquia entre essas modalidades de atenção. Com o neoliberalismo fomentado por Fernando Henrique Cardoso, tudo isso foi mudando e chegamos onde estamos.*

*A crise é o assunto de CAPS. O Tykanori criou a Rede de Urgências e Emergências (RUE), ela se cruza com a RAPS em algum lugar, na trama burocrática e protocolar da RAPS, mas quem tem a função principal de receber a crise é a RUE. Fiquei horrorizado quando vi isso. A função da resposta às urgências e emergências é do CAPS, não é preciso criar uma outra “rede” para isso. Acho que os críticos do CAPS tem uma ideia muito preconceituosa de um tipo de CAPS-ambulatório, entreposto de distribuição de remédios, e chagaram até a chamar o CAPS de “capscômio”. Sim, essa tendência existe e é forte em muitos CAPS, na verdade na estrutura inconsciente de um manicomialismo estrutural em nós (como racismo estrutural, machismo estrutural, etc.). Mas não se resolve isso com uma política anti-CAPS, que acaba, inadvertidamente ou não, favorecendo as práticas sanitaristas mais tecnoburocráticas e afeitas ao neoliberalismo. E chamar de RAPS, como se estivessem introduzindo “finalmente”, a dimensão de rede, é inventar a roda, porque a rede existe desde que o CAPS existe, há muito tempo. Desde que eu nasci é rede, porque, com todos os problemas a serem apropriadamente resolvidos, eu nunca vi um CAPS isolado da rede”.*

Questiono se ele quer dizer que se rompe com a lógica horizontal e fica refém da verticalidade. Luciano concorda e complementa: *“Exatamente. Fica-se refém da verticalidade”*. Ao encerrar a entrevista, ressalto os aspectos éticos da pesquisa e os procedimentos metodológicos, segundo os quais o entrevistado poderá revisar a narrativa e editá-la, retirar ou incluir novos argumentos, validando assim o material final.



## APÊNDICE J – NARRATIVA Nº 6: ISABEL MARAZINA

6/3/21

Isabel inicia sua fala com uma pontuação enérgica: “*a clínica é um lugar*”. Ela não vê a supervisão clínico-institucional como ofício e entende que cada profissional atua de uma forma diferente, com seus recursos. Para ela, o trabalho em uma clínica é diferente de um local onde o trabalho é técnico, onde os operadores são treinados para atuarem em um campo bem delimitado. A supervisão e a supervisão-clínica são bastante singulares. É uma experiência bastante singular, segundo ela: “*se você perguntar para uma pessoa o que é a supervisão, ela vai dizer ‘bom, eu supervisiono assim’*”.

Para Isabel, há um risco alto em tentar padronizar as ações realizadas dentro da clínica: o risco de regularizá-la e cristalizá-la.

Conta se lembrar, qual era sua abordagem e o que acreditava ser importante quanto à supervisão: “*A minha posição de supervisora, a meu ver, contraindicava a integração em um lugar de gestão*”. Peço a ela mais detalhes sobre essa afirmação e Isabel ao colocar que gestão e supervisão não lhe parecem coincidentes. Em seguida, define sua ideia de supervisão como aquela em que a pessoa que está neste papel deve ter independência para apontar falhas, erros, necessidade de correções, aprofundamentos, mudanças de rumo – sem ter que fazer a defesa da gestão.

Sofrimento, distorção e cristalização. As três consequências de erros de gestão deveriam ser apontadas por uma SCI independente. Isabel acredita que o papel do supervisor é esse, o de alguém que comunica e discute isso com o gestor, o que é raro.

Digo-lhe que Stella Maris Chebli, supervisora, manteve essa postura comigo quando atuei na gestão, e Isabel lembra que Estela tinha um percurso parecido com o dela própria e que sempre tiveram o entendimento de que o gestor e o supervisor deveriam trabalhar “*em coincidência e não em contraposição*”. Para ela, a cooperação entre gestor e supervisor funciona de forma a corrigir o percurso do trabalho da equipe – o gestor precisa ouvir e o supervisor precisa ter a “*independência de um juiz honesto*”, que ela classifica como sendo uma “*figura rara*”.

Aponta ainda uma contradição entre o que entende como seu compromisso com a ética do seu trabalho e os compromissos que precisam ser assumidos por um gestor:

Em muitos momentos, as equipes sustentaram o desejo de dirigir uma demanda de supervisão a ela, mesmo que dentro do Estado não houvesse dispositivo instituído. Nas palavras de Isabel, *“Dentro do quadro operacional não havia supervisão enquanto instância [...] orgânica na composição da rede de serviços”*. Nessa época, não havia diretrizes e as equipes chamavam os supervisores nos quais reconheciam um saber que pudesse ajudá-los. A equipe assumia os custos, por vezes, apenas do valor correspondente ao descolamento. Houve um tempo em que as equipes sustentavam a supervisão com autonomia, tanto no que diz respeito à escolha de quem seria o supervisor quanto ao meio de remunerá-lo financeiramente.

Pergunto-lhe sobre sua participação em editais do Ministério da Saúde, e ela diz não ter participado, mas não sabe ao certo. Eram, em geral, as prefeituras que pagavam para que ela atuasse como supervisora clínico-institucional de unidades do Caps e, depois de algum tempo, o pagamento passou a ser estadual, com contratos bimestrais ou trimestrais – com renovações de contrato. Ela reforça que parou de atuar como supervisora quando houve a inclusão das organizações sociais na gestão, terceirizando o papel do Estado. A situação era motivo de discussão com Antônio Lancetti, pois discordavam sobre a estratégia do trabalho – ele achava que era preciso oferecer a supervisão e ela acreditava que assim, via Organização Social (OS) pactuar-se-ia com o desmonte do SUS, além de acreditar que não iriam deixar que trabalhassem. *“Quando você está fazendo o contrato com uma organização social, é um contrato com uma instituição privada”*, resume Isabel, que acredita que, desse modo, o trabalho acaba sendo degradado.

Entre os anos de 1982 e 83, uma equipe de profissionais e residentes que atuava em um setor do Complexo Hospitalar do Juqueri solicitou a supervisão, assumiu os custos, sustentando com ela iniciativas de vanguarda. Era o início do processo de redemocratização do país. Nesse contexto, iniciaram-se as supervisões.

Em 1989, Antônio Lancetti e Tykanori foram convocados pelo governo de Telma de Souza (prefeita de Santos) para instalar um programa de saúde mental municipal bancado inteiramente pelo município. Posteriormente, Davi Capistrano, como prefeito, seguiu financiando o trabalho para que fosse expandido – e aí foi instalada a Rede de serviços territoriais comunitário

Ela acredita que essa aproximação das OSs deu início à tentativa de acabar com o trabalho na rede de saúde mental, *“cavando alicerces”*, sem que os profissionais da rede percebessem *“que a privatização estava modificando o teor do trabalho e sua intervenção substancialmente, como de fato foi”*. Comentei que essa mudança para a privatização da saúde faz parte do projeto neoliberal da década de 1990 e 2000. Ela enfatiza que, a partir de 2000, a situação piora, já que esses (OSs.) aparecem em 2005 e 2006. Lembro que os editais do Ministério da Saúde para apoiar os Caps a ter supervisão clínico-institucional aparecem no mesmo período, mas ela diz não se recordar. Entre 2006 e 2012, oito editais foram lançados com esse intuito, mas quando Pedro Gabriel deixou a coordenação de Saúde Mental, esses editais cessaram, eu explico.

Passo então para a questão da relação entre supervisão e a compreensão do mundo da escuta psicanalítica. Cito Tykanori, influenciado pela escola italiana e discordante da supervisão. Isabel me corrige dizendo que, na verdade, ele não concorda com a psicanálise-

Antônio Lancetti outro dos responsáveis pelo programa de Santos propõe a SCI de forma orgânica, diferenciando-se de Tykanori que a aceitou como supervisora apesar de ela ser psicanalista, por conta da confiança política que tinha nela. Antônio era psicanálise, e foi responsável pela flexibilização, a inclusão da psicanálise no trabalho de Tykanori, incluindo a supervisão em Santos. Cesarino, Pedro Mascarenhas e Isabel fizeram parte do grupo de supervisores do programa. Certa tensão ideológica esteve presente, não foi reprimida nem tampouco desconsiderada por Tykanori.

Pergunto a ela sobre seu ponto de partida na supervisão, se é o caso clínico. Isabel diz que, na verdade, inicia o trabalho a partir do que aparece e *“o que acontece em uma supervisão é um caso clínico”*. O início pode se dar com um caso clínico ou um conflito setorial, situacional. Ela diz fazer a leitura possível com elementos psicanalíticos de autores que trabalharam em contextos mais institucionais – uma de suas formações mais fortes, segundo Isabel. E completa que não tem regra a seguir, mas concorda comigo quando digo que o início se dá com a escuta: que *“é o método próprio da psicanálise”*-. Ela expande: *“penso que é muito mais um trabalho de leitura da produção de subjetividade que implica elementos da psicanálise, mas que implica elementos da microssociologia, que implica elementos da análise institucional, implica elementos do trabalho de Foucault”*. Isabel pontua que há um arcabouço que não pode

ser fechado de forma técnica e metodológica. Ela passa, então, a explicar que seu interesse não repousa na Universidade, mas que acaba sendo impelida por interesses que têm a ver com o inconsciente, o trágico, a pulsão de morte. O interesse de Isabel no campo epistemológico, representado pela universidade, é, segundo ela, *“a forma como as instituições se estruturam para se ligar com sua tarefa e com os encargos sociais”*.

Um erro ético fundamental, segundo Isabel, é confundir supervisão com controle. A primeira implica *“abrir espaço”*, já o segundo implica *“fechar espaços e o peso do instituído”*.

Trocamos nomes de pessoas que pensaram a Análise Institucional, como Lourau, Castoriadis, Lapassade, ela pontua que Lourau adotou uma linha mais ortodoxa, enquanto Lapassade não. Chegamos aos nomes de Deleuze e Guattari, que trabalharam com Lourau. Foucault. também é uma referência para pensar as instituições e suas relações de poder

Isabel fala desse fluxo de pensamento, e eu cito a experiência de La Borde como influência para os Caps brasileiros, além da escola italiana. Ela cita Oury e Tosquelles, que vieram antes e abriram o campo da luta antimanicomial – republicanos espanhóis com *“uma definição ideológica fantástica”*, ela diz, citando o livro *O coletivo*, de Oury. E prossegue, pontuando que, ao falarmos dos clássicos estudos sobre Análise Institucional, falamos sobre sócio-psicanálise, associação de psicanálise, esquizoanálise, Guattari e Deleuze e Lourau e a Análise Institucional.

Isabel traz à lembrança Ângela Santa Cruz, que trabalhou na clínica do Sedes. Completou que ela era parte de um grupo da década de 1980, quando o Sedes fez o primeiro convênio com a Divisão de Ambulatórios, desta época, nessa época outro nome importante fodesse convenio foi Cleuza Pavan-

Concordamos que Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado e Sandra Fagundes têm uma experiência de supervisão mais voltada à gestão, à organização: *“É mais pensar a organização do que pensar o que a gente entende como formação de subjetividade, o que a gente entende como trânsito inconsciente, o que a gente entende de como o inconsciente e a pulsão de morte aparecem”*, ela define.

Digo a ela que minhas entrevistas precisam abordar também temáticas como os primeiros convênios, como o do Sedes para a supervisão clínico-institucional, segundo Ana Pitta, no viés da clínica do cuidado que estava sendo construída, se afastando da *“lógica psiquiátrica da exclusão”*.

Isabel novamente cita Cleusa Pavan como alguém importante para essa conversa e conta que, ao chegar ao Sedes, ela e outras pessoas tinham elaborado um projeto clínico ético-político a partir da experiência adquirida na gestão da clínica social.

Concordamos que vivemos, atualmente, um período de grande ameaça, com a possibilidade de revogação da portaria dos Caps. Isabel avalia que a degradação do sistema de saúde mental no país já ocorre há tempos, com precarização e terceirização do trabalho. Isabel acredita que não reconheceria um Caps se entrasse em um, hoje. Reforço que as equipes encontram muitas dificuldades para sustentar alguma prática. Ela define tal prática *“como uma psiquiatrização”*.

Compartilho que acredito que algumas atitudes expressam o *“limite do trabalho da supervisão”* e Isabel destaca que esse trabalho de análise não pode cair no pacto perverso do faz-de-conta. Eventualmente, estamos supervisionando serviços em que parte da equipe não quer sustentar a responsabilidade do cuidado no território, e por isso não há nada a ser feito ali. Digo a ela que isso seria fazer laço com o sintoma e abandonar o desejo. Ela expande, dizendo que não se deve fazer laço com uma *“proposta perversa”* e eu pontuo que seria como quando as pessoas fazem de conta que trabalham. Ela classifica essa postura como, *“em última instância, da ordem da perversão e da razão cínica”*. E descreve a não resolução de um impasse em razão da falta de pessoas que queiram resolver, trabalhar para resolver, pensar o impasse. Então, em uma situação similar, Isabel relata que já adotou a postura do silêncio, inferindo que, enquanto não houvesse disposição para o trabalho da equipe que ela supervisionava, ela não podia fazer nada ali.

Comenta uma intervenção de Camila Radmila Zygouris, psicanalista francesa, que pediu a um paciente devedor que deixasse um dos sapatos no consultório, já que não pagava as sessões por gastar dinheiro com drogas. Ela continua, então, dizendo que o paciente tirou o par de sapatos para deixar na sala, mas Zygouris o corrigiu, dizendo que, se deixasse os dois, a falta não ficaria tão marcada quanto deixando apenas um. *“Foi uma intervenção de corte”*, diz Isabel, na analogia com as intervenções possíveis e necessárias da supervisão clínico-institucional.

*“O lugar da SCI não era um espaço de aperfeiçoamento ou de discussão técnica prioritariamente, mas de acompanhar os avatares de uma mudança de mentalidade. Diferentemente de outros espaços supervisivos, esse aqui nos confronta com a necessária ansiedade persecutória de uma mudança que desdisciplina os*

*saberes tradicionais e constrói o chão para uma possível e imprescindível reorganização desses saberes. Acho que isso não foi, em alguma medida, compreendido profundamente por muitos colegas que não usaram instrumentos que permitissem leituras mais profundas”.*

Por exemplo, quando não se concebe o sujeito do inconsciente e não se tem, portanto, uma escuta psicanalítica, corre-se o risco de atuar mais na vertente da gestão e não levar em conta a resistência à mudança, os mecanismos inconscientes, o encargo como conceito da Análise Institucional do Lourou. A delicadeza na escuta do inconsciente, do não dito, é primordial para fazer uma mudança paradigmática, coerente com os parâmetros da Atenção Psicossocial.

*“Esse exemplo, eu geralmente uso, pois foi marcante para mim. Em determinado momento, em uma supervisão de equipe onde uma psicóloga protagonizou uma cena de amor com um usuário do serviço, proponho que essa pessoa seja transferida para um local mais protegido. Ela, no CAPS, estaria exposta ao contato com o usuário. Se ela quisesse sustentar esse desejo, isso configuraria uma escolha pessoal. Mas, institucionalmente, ela precisaria ser afastada porque existe uma lei simbólica que regula o contrato social: um profissional não pode se envolver dessa maneira com um paciente e continuar trabalhando no mesmo lugar. A gestão, diferente de mim, não concordou, achou que não era para tanto e o desfecho dessa história foi complexo”.* Tratou-se de uma leitura do percurso pulsional, uma leitura do inconsciente, de uma paixão pelo projeto da luta antimanicomial, leitura pautada nas obras psicanalíticas sobre histeria. Mas, se você não está alinhado com essa perspectiva teórica, com esse enquadre, não compreende a complexidade da situação, acha que é um exagero. Então, *“é isso que nomeio como instrumentos, ferramentas e recursos”* para o manejo da SCI.

As disciplinas são espaços identitários em processos cristalizados na identidade profissional. Por exemplo, *“Ser psiquiatra. Deixar de trabalhar como psiquiatra em uma equipe multidisciplinar e aceitar que a cozinheira pode saber mais do paciente do que você”.* Isso é sustentar a horizontalidade nos processos de trabalho, o que exige movimentos e plasticidade que reportam questões identitárias com a profissão

*“Assim, essas recomendações de mudança podem ter ficado como injunções superegoicas nos agentes de saúde mental, que eles transpõem para sua prática cotidiana.”* Ela está falando do mandato superegoico na relação com o ideal de eu, no

ideário 'do que é fazer' Reforma Psiquiátrica. Esse trabalhador fica submetido ao mandato superegoico que escraviza qualquer condição desejante. Por isso, a SCI é um espaço indispensável para se trabalhar com essa injunção. *“A maior parte dos trabalhadores não vem com formação para compreender, então, a SCI está ali para desfazer esse nó, e talvez isso não seja compreendido”*.

## APÊNDICE K – NARRATIVA Nº 7: MARIA

Dia 26/03/2021)

Início a conversa com Maria perguntando o que ela pensa ao ouvir o termo “supervisão clínico-institucional”?

Remete a episódios, situações, momentos em sua história. Ela diz que esse é um tema muito caro para ela. Acredita que a SCI pode contribuir com o processo de qualificação da RAPS. Uma produção acadêmica sobre o tema, mostra-se como uma forma de ampliar a discussão. Para ela, a supervisão clínico-institucional conta com “*histórico de indução, em um determinado tempo, desencadeado pelo Ministério da Saúde*”, e considera que hoje acontece a partir de iniciativas locais.

Maria diz ter maior experiência com um percurso mais longo, no âmbito da gestão. Vem trabalhando com saúde mental desde a década de 1990: “*Comecei na ponta, gerenciando um CAPS II numa dada cidade e, posteriormente, assumi a Coordenação de Saúde Mental de uma capital. Desse lugar, passo a trabalhar com a perspectiva do fechamento de hospitais psiquiátricos, da expansão e qualificação da rede. É neste ensejo que começo a lidar com o tema da SCI, não como supervisora, mas pensando num projeto que pudesse apoiar os trabalhadores no município*”.

Só então a entrevistada responde à pergunta feita no início: “*A primeira coisa a que me remete ‘supervisão clínico-institucional’ é ao apoio às equipes, no sentido de ofertar escuta e, com essa escuta, poder ajudá-las a encontrar os caminhos, seja para lidar com os casos clínicos, seja para lidar com os conflitos no âmbito institucional (desafios na rede; relações entre profissionais, profissionais e gestão, e entre os serviços do território)*”.

A primeira experiência de supervisão clínico-institucional de Maria foi em 2006, em um CAPS-I, numa cidade de pequeno porte. Depois, foi para a capital de um dos estados do Nordeste, onde assumiu a supervisão de um CAPS-III. Posteriormente também assumiu, por dois anos, a supervisão do CAPS-II em uma outra cidade, num estado diferente. Mais adiante, nesta mesma cidade, entre 2014 e 2016, desenvolveu o que chama de supervisão clínico-institucional de rede – “*com foco na REDE. Embora fizesse um mergulho em cada serviço [...] desenvolvia um trabalho com a REDE, composta por três CAPS. Tinha-se uma metodologia muito específica: momentos de*



*supervisão com cada serviço, momentos com a gestão (coordenação de saúde mental e gerentes de CAPS), e oficinas com toda rede. É neste período que o Ministério começa a discutir o processo de qualificação da RAPS a partir do percurso formativo, do intercâmbio entre trabalhadores de saúde mental de diferentes realidades, ampliando o foco: de um serviço apenas, para a rede”. Classifica esta vivência como uma “oportunidade de experimentar diferentes modalidades. Cada experiência foi um grande aprendizado”. Todas estas experiências de SCI aconteceram, segundo ela, “financiadas” por meio de editais do Ministério da Saúde. A supervisão de rede, especificamente, foi vivenciada também em uma outra cidade no ano de 2018.*

De acordo com Maria, essas experiências foram anteriores à sua atuação na cidade onde atua no momento, na qual, como servidora, vem exercendo a função de supervisora clínico-institucional acompanhando três CAPS da rede.

Comentando as duas experiências de supervisão (serviço e rede), ela assinala que ambas lhe proporcionaram “o exercício de pensar sobre o serviço, sobre o apoio aos trabalhadores, no sentido de ajudar a manter certa prontidão em relação à missão que um CAPS traz imbuída na sua natureza (de ser um serviço territorial e substitutivo) e, ao mesmo tempo, poder ajudar as equipes a construir concretamente metodologias de cuidado com todos os impasses e limites que se colocam na realidade”.

Maria então pontua o que considera como contribuição principal da supervisão: “Ajudar as equipes a olhar para o seu fazer, para as suas potências e contradições (são muitas), em prol da efetivação do cuidado na perspectiva psicossocial”.

Ela discorre sobre o processo de reforma, que considera contínuo e permanente, pensando o eixo da desinstitucionalização, e afirma que, neste sentido, as instituições podem ser mais abertas ou mais fechadas, a depender de fatores como o contexto político e a formação de equipe. Por isso, a supervisão ajuda as equipes a pensar e a repensar a prática, promovendo a reflexão sobre o que fazem.

“O trabalho interdisciplinar já possibilita isso, mas, muitas vezes, pela dinâmica dos serviços (situações estruturais e/ou emergenciais), é preciso esse terceiro (alguém de fora). Não para dizer o que tem que ser feito, e sim, muito mais, para uma escuta da equipe – do que ela nomeia como problemas, especialmente daqueles que se repetem em determinadas situações. Para poder ajudar a equipe a enxergar, a pensar e encontrar brechas diante dos desafios cotidianos. Para mim, o grande desafio tem sido pensar a configuração desse apoio, sem reforçar que esse serviço seja uma ilha, que ele seja tomado pelas suas próprias questões e mergulhando para

*dentro. Esse é o grande diferencial. Quando a gente pensa uma supervisão clínico-institucional, diferente de uma supervisão clínica mais tradicional, amplia-se o campo de intervenção para além do caso. Envolve também a dinâmica institucional, sempre em diálogo com os princípios da desinstitucionalização. Dentro de uma instituição, é preciso olhar quais são as suas forças; quais são os papéis dos integrantes da equipe; como circula a palavra; como se configuram os conflitos; como a gestão se apresenta e se relaciona com o serviço; como a demanda de familiares e a demanda dos usuários se colocam; como a equipe estabelece relação com a rede... O desafio está em pensar uma supervisão, em que, ao discutir o caso, que é fundamental, também se possa dialogar com todas essas questões institucionais. O grande desafio é como fazer isso preservando aquilo que é a essência do serviço – a sua missão de ser substitutivo a lógica asilar. Costumo sempre trabalhar com os profissionais na perspectiva de que a equipe tem sua autonomia no processo de trabalho. Ela precisa assumir esse lugar da gestão do seu processo de trabalho, ela precisa ser livre, mas, ao mesmo tempo, tem um enquadramento maior”.*

Ela trouxe como exemplo uma vivência no início da pandemia. Conta que os profissionais relatavam medo do contágio pelo vírus da Covid-19 e descreviam os sentimentos de angústia e ansiedade. O apoio, nesse momento, consistiu em escutar e ajudar as equipes a lidar com estes sentimentos e desenvolver estratégias de cuidado consigo e para os usuários. Neste cenário, assinala que cada equipe lidou de forma diferente. Uma dessas equipes, por exemplo, passou a apresentar muitas dificuldades para trazer e discutir os casos clínicos no espaço de supervisão. Os conflitos de relação exacerbaram-se. *“Nas várias supervisões, a equipe precisou falar muitas vezes sobre suas questões para poder enxergar onde estava a dificuldade. Na colagem com seu próprio desespero, seu sofrimento, não conseguia se debruçar sobre outras questões relativas aos usuários e ao próprio serviço”.*

Para Maria, é preciso ajudar as equipes a distinguir as questões referentes ao seu próprio processo de trabalho daquelas que dizem respeito ao usuário. Dá um outro exemplo: *“Ao fazer a palavra circular, alguém diz que o problema é a porta aberta, ‘porque as pessoas vão entrando e a gente não tem para onde mandar’. Quando começamos a pensar coletivamente por que incomoda tanto essa porta aberta, vamos destrinchando: ‘há receio do quê? O que é lidar com essa porta aberta?’ A supervisão permite fazer esse tipo de reflexão de uma maneira diferente do apoio de gestão. No apoio de gestão, é dito algo que tem que acontecer (o enquadramento)”.*

Nesse momento, complemento a fala de Maria com minha percepção de que o lugar da gestão é falar qual é a diretriz e afirmar “cumpra-se”. Maria concorda e complementa o exemplo que deu: *“A gente retoma isso e, depois de muita escuta, falamos que há um enquadramento maior. ‘O que é um CAPS na sua natureza?’ Os CAPS têm três indicativos que são inegociáveis: a oferta de atenção à crise, a realização do trabalho no território e funcionamento com a porta aberta. É o tempo todo esse movimento d: escutar a equipe, entender, ajudá-la a localizar onde está a dificuldade e, ao mesmo tempo, trazer o que é princípio e o que não pode se perder. Este tem sido o grande exercício. Nesse percurso, tem a minha militância política. A saúde mental é o meu objeto de trabalho, o que eu gosto de fazer, mas também representa a busca por uma sociedade mais inclusiva, respeitosa. Nos lugares por onde passei, alguns profissionais colocavam que eu era antimanicomial, que não tinha muita negociação com algumas coisas. Isso foi muito difícil no começo do trabalho de supervisão, no sentido de que eu sempre retomava: estou aqui para apoiar a equipe, mas há coisas que são inegociáveis. Também fui compreendendo que, para um serviço dessa natureza (territorial e substitutivo), há princípios bem definidos, e a gente, nesse lugar de supervisora, vai tentando facilitar o diálogo da equipe com estes princípios. O meu papel é escutar e ajudar a equipe a ver suas dores, suas limitações, suas potências. Nesse processo, fui vendo que não tem como avançar muito – pensando o trabalho para fora que o CAPS precisa fazer – sem envolver a gestão no processo. É preciso preservar a equipe, mas, se não tiver uma interlocução com a gestão, vai ficando muito difícil. Vivi a experiência do trabalho de supervisão de não ter nenhuma interlocução com a gestão e outras com uma experiência de interlocução, [...] do lugar de supervisora. Numa das supervisões de rede que realizei (em 2018), o pessoal de apoio da residência terapêutica, do centro de convivência era envolvido no processo de SCI. A gente construiu uma metodologia, na qual eu rodava uma vez por mês em cada serviço para ver as questões dos microprocessos de cada equipe, e estava presente também em alguns espaços colegiados, para ajudar na amarração dos acordos de REDE. Fui vendo que essa interlocução com a gestão é importante, mas não no lugar de servir de apoio para a gestão, mas pensando no serviço substitutivo, na articulação de rede. Há muitas questões que não são de governabilidade direta das equipes e que cabe à gestão”.*

Nesse momento da entrevista, pergunto se Maria se refere às questões que são necessárias para disparar a governabilidade do cuidado no território. E ela afirma

que sim. *“Foi um aprendizado pensar que há apontamentos a serem feitos para a gestão, preservando a equipe, especialmente em algumas situações quando a gestão é ambígua...”*. Então a questiono sobre a supervisão na função de “terceiro” para a gestão também, e ela coloca que essa função pode ser feita para a gestão, coordenação de saúde mental e equipe. Maria relata então que, em suas experiências anteriores e na atual, especificamente a supervisão de rede, foi a única supervisora dos serviços ou da rede trabalhando sozinha. Segundo ela, os encontros aconteciam uma vez por mês com cada CAPS, com a equipe da coordenação de saúde mental e, a cada dois meses, com o colegiado de gestores dos CAPS e projetos de saúde mental do município. Ela descreve sua experiência com as equipes: *“Fui fazendo essa costura com as equipes de modo muito transparente no que se refere à interlocução com a gestão. Numa dessas cidades, foi preciso, para iniciar o trabalho, ter anteriormente algum pacto com a gestão, no sentido de qual seria sua proposição, uma vez que o trabalho de supervisão iria trazer uma série de questões para a Secretaria, tensionamentos referentes à existência de instituições asilares no território, que praticavam, inclusive, na época, internação involuntária. Para bancar um trabalho de supervisão clínico institucional de REDE, com a base psicossocial, teria que fazer um enfrentamento dessas questões. A gente estava trabalhando com foco numa das diretrizes que era atenção à crise no território.*

*No momento atual, vivo uma outra realidade. Como em qualquer outro lugar, há avanços, mas também problemas e contradições. Na experiência atual de SCI, o trabalho se dá de maneira mais coletiva, na interlocução com um coletivo de supervisoras. Nós temos um colegiado de supervisoras e isso faz uma diferença muito grande. Quando você está sozinha em uma cidade ou vinculada a um serviço, há uma série de questões que você compartilha com o seu processo de supervisão individual, mas, quando você tem a possibilidade de ter um grupo que pensa junto, que toma cada CAPS como um estudo de caso em seu colegiado, isso facilita muito, e tem sido muito enriquecedor”*.

Quando a ouvi no Fórum mineiro, fui mobilizada pelo pensar no trabalho do supervisor de forma menos solitária. Menciono a ela essa passagem e acrescento que trabalho com supervisão há alguns anos, sentindo com frequência esse lugar solitário, onde a interlocução com a gestão seria fundamental. Ela avalia: *“O mesmo serviço que num dia impõe barreiras, no outro dia faz um trabalho incrível. O mesmo serviço que abre suas portas, é o que também pode boicotar esse processo. Nesse sentido,*

*ficar sozinha nesse lugar de terceiro para pensar, para achar as brechas, é muito difícil. Ter um colegiado, um coletivo pensando junto, ajuda bastante. Várias vezes discutindo nesse colegiado, vimos que uma determinada questão se repete, que estamos mobilizadas e vamos discutindo, e na discussão ‘surtem luzes’ para pensar o processo. Este espaço também é um lugar para se ver no processo, como cada uma das supervisoras está assumindo este trabalho. No caso que exemplifiquei anteriormente, o serviço vinha bem aparentemente e, na pandemia, acirraram-se as dificuldades que já existiam... Foi muito importante trocar impressões, leituras e discutir no espaço colegiado de supervisoras”.*

Eu conto a ela que costumo dizer, de brincadeira, que a pandemia tirou o tapete da sala, aquele tapete sob o qual a gente escondia as coisas – tudo que estava de alguma forma sendo deixado para depois, agora não dá mais. E Maria diz: *“Foi isso o que aconteceu. Além disso, a gente se deparou com uma nova situação – todas as reuniões e supervisões mediadas pela tecnologia. Por exemplo, num dos serviços, houve situações em que as pessoas começaram a discutir em plena reunião virtual. Imagina uma reunião, uma supervisão virtual, com conflitos que já vinham sendo trabalhados, mas que foram exacerbados, e de repente você se vê ali, para mediar. Nesse período de pandemia (2020 até julho de 2021), foram suspensas as reuniões presenciais. A supervisão acontece nas reuniões técnicas. São serviços que têm, em média, entre 15 e 20 profissionais no espaço, as salas são pequenas e fechadas”.* Pergunto se não há um local aberto no serviço para fazer a reunião. Ela diz que não até aquele momento e que a suspensão dos grupos e reuniões foi uma medida tomada em respeito às orientações sanitárias.

Maria acredita que a experiência do colegiado de supervisoras é reconfortante, pois dá margem a discussões sobre pontos que ela poderia não estar enxergando antes. Questões como o lugar da supervisão no serviço, a demanda, sentimentos/conflitos não conscientes: *“Sentamos para pensar o CAPS como estudo de caso, ver a história, como percebo, como as colegas escutam, o que elas apontam. Isso tem sido muito interessante, e acontece na cidade porque existe uma organização neste sentido; desenhou-se, num dado momento, uma metodologia de SCI para todos os serviços”.*

Maria explica que o financiamento para a SCI na cidade onde trabalha atualmente é municipal, mas começou com recursos de editais do Ministério da

Saúde. Isso permite uma continuidade e institucionalidade. Passa pela decisão da gestão em investir neste tipo de trabalho.

Maria relata que as equipes têm colocado a SCI como prioridade nas negociações com a gestão e que, neste sentido, há uma *“institucionalidade independente da gestão”*. Ela descreve: *“Foi criado um projeto de qualificação da RAPS pelo setor da regulação da Secretaria em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental. Este projeto previa o contrato de supervisoras, mas a gestão não conseguiu cobrir todos os serviços com esses contratos e realocou servidoras para complementar essa rede. Esta é minha condição. Então, existe um projeto orientador que define referências, o que é uma supervisão, qual o papel da supervisora, diretrizes gerais da metodologia do trabalho – questões mais gerais”*. Pergunto se poderia ter acesso a esse documento, e Maria se dispõe a solicitar à gestão, pois não é um documento público. Em relação à formação permanente, pergunto se isso se daria a partir de um certo núcleo de formação permanente da Secretaria de Saúde ou do Programa de Saúde Mental, e ela afirma que é a partir de um programa de qualificação da rede. Maria diz que o processo da supervisão acontece há muitos anos e que, entre 2001 e 2004, foi coordenadora de saúde mental e começou a organizar esse trabalho com os primeiros CAPS implantados. Ela relata que, ao longo do tempo, houve a passagem de um financiamento federal para um financiamento municipal da supervisão: *“Nós começamos o projeto em 2004, recorrendo ao edital do Ministério da Saúde. Depois as gestões que vieram foram tomando isso como algo importante na rede e que o município precisaria assumir independente do financiamento do Ministério da Saúde. O processo de insitucionalidade do trabalho de supervisão clínico institucional se deu ao longo do tempo. Começamos, de fato, a partir dos editais do Ministério, por compreender que era importante. As gestões, as diferentes coordenadoras de Saúde Mental subsequentes, foram entendendo que, para avançar com a rede, era fundamental ter essa oferta. No período de 2015 ou 2016 (nesse período eu não estava como supervisora), não havia cobertura total dos CAPS no que se refere ao trabalho de SCI. As supervisoras tinham uma interlocução, mas não existia esse colegiado formatado. Isso começa quando, em 2016, se refaz a contratualização com as supervisoras, e assim se produz um documento para reestruturar este trabalho. É daí que nasce esse colegiado, que é um espaço no qual, em algum momento, a coordenação se encontra com as supervisoras. Em 2020, a gente se encontrava uma vez por mês, mas um mês ficava entre nós, para as*

*discussões mais específicas, e outro, para o encontro com a gestão. Cada supervisora, com sua referência teórica, tem uma forma de conduzir. As equipes têm suas singularidades, mas a gente tenta pensar o que é essencial nesse trabalho e aí cada supervisora vai conduzindo seus processos. Nessa reunião com a gestão, a gente trabalha questões gerais. Por exemplo, teve um período em que a gente foi sentindo que, embora a rede tivesse muitos serviços, era uma rede muito sofrida em relação aos recursos humanos, à condição de trabalho, e teve um momento em que estes problemas se agravaram. Nesse sentido, os serviços foram se isolando e era cada um por si – a gente foi percebendo como era difícil esse compartilhamento de responsabilidade entre os serviços na rede. Começamos a entender, no espaço de supervisão, que tinha algo da própria sobrevivência dos serviços, e que precisariamos ajudar as equipes a pensarem um pacto mais coletivo, a saírem da condição ‘cada um por si’. Esse foi um tema que, com a gestão passada, com a coordenação, foi preciso discutir: ‘Quais são os espaços, qual a negociação possível, como se ajuda a equipe a fazer um pacto mais coletivo em torno dessa RAPS?’. Muitas vezes, a coordenação conduzia alguns processos, decisões que demandavam maior negociação. A gente precisou apresentar isso para a coordenação, tentando refletir, discutir e problematizar, e disso surgiu a realização de um ciclo de três oficinas com os gerentes de todos os CAPS (operacionais, clínicos), para fazer uma pactuação de rede. Nessa pactuação, nós, supervisoras, estivemos como facilitadoras, mediadoras, junto com a coordenação, para construir um pacto de rede (o que era essencial em relação ao compartilhamento de responsabilidade, à solidariedade). Esse colegiado e essa interlocução com a gestão permitiram, naquele momento, que a gente fosse fazendo esse trânsito. Claro que isso precisou ser muito trabalhado dentro das equipes e com muitos desafios. Por exemplo, a gestão, às vezes, achava que a supervisão tinha o papel de apoiar as equipes em um determinado fazer que era diretriz da gestão. Diante disso, a gente precisava esclarecer: não se tratava de estar ao lado da gestão ou da equipe, mas nesse lugar terceiro para poder ajudar os atores a estabelecerem uma relação e um pacto. Existem as confusões, e a gente precisa estar muito atento para não cair em armadilhas. É preciso estar o tempo todo com esse olhar analítico, reflexivo”.*

Retomo o que Maria disse sobre o colegiado ser composto por uma diversidade de referenciais teóricos. Pergunto quais são seus marcos conceituais e teóricos nesse lugar de supervisora e o que ela identifica como sustentação dessa função do

supervisor, do ponto de vista do referencial teórico, conceitual e metodológico. Ela pontua que os princípios do modelo psicossocial são o que têm em comum: reforma psiquiátrica, serviço substitutivos, centralidade no sujeito, vínculo, acolhimento e escuta.

Maria me relata como isso se dá entre a supervisão: *“Isso é o princípio e nós nos movemos em torno disso. Metade das supervisoras são psicanalistas, e a outra metade são todas psicólogas com percursos no campo psicossocial. O primeiro grupo vem dialogando há muitos anos com a Rede, com trabalhos de supervisão clínico-institucional. Em 2016, novas profissionais chegaram com outras orientações teóricas (acho que isso naturalmente foi acontecendo). Por exemplo, eu sou psicóloga e sanitarista, venho da saúde coletiva, diálogo com a psicologia social e política. Como disse, o trabalho é realizado por servidoras públicas e profissionais contratadas. Foi a institucionalidade criada pelo município para este fim”*. Ela conta que a prefeitura não podia mais contratar dentro desse projeto quando ela foi chamada com outra colega. Então foi visto que profissionais da REDE poderiam contribuir: *“Acho que essa diversidade do grupo de supervisoras trouxe uma riqueza. Por exemplo, não sou psicanalista – gosto, diálogo, me identifico e trago para a minha prática profissional algumas contribuições da psicanálise”*. Pergunto o que ela entende por ser psicanalista e ela reflete sobre a psicanálise em seu percurso e no serviço: *“Eu não tenho uma formação psicanalítica, nunca me debrucei para estudar mais profundamente. Leio textos e diálogo. Considero que a transferência é fundamental no processo do cuidado e na dinâmica institucional. Eu me guio por essa referência e acho que a psicanálise me ajuda muito a pensar sobre isso, a entender a dinâmica da transferência, a elasticidade da técnica, quando penso escuta, quando penso singularidade. Posso dizer que diálogo, mas é diferente de alguns colegas que estão completamente mergulhadas na formação, nas suas várias correntes teóricas. Eu acho que, nesse coletivo, essas diferenças trazem uma riqueza. Pela minha experiência, eu trago aspectos da rede e do campo psicossocial, a outra colega traz alguns elementos em relação à escuta, à transferência e, aí, vamos tecendo”*.

Dito isso, Maria passa a discorrer sobre a formatação existente do trabalho atual: *“Cada supervisora contratada assume dois serviços e as servidoras assumem três. Isso acontece porque somos servidoras e temos uma carga horária determinada para cumprir. A gente roda nas equipes e há equipes nas quais a gente roda semanalmente, fazendo 2 horas de supervisão na reunião técnica e há equipes em*



que a gente roda quinzenalmente, fazendo 4 horas a reunião toda. Um outro comum que estabelecemos na metodologia do trabalho foi ter, pelo menos uma vez por mês, uma reunião com o núcleo gestor – a gente junta os gerentes, o administrativo, o operacional e o clínico, que é a configuração aqui. Entendemos que o núcleo administrativo tem uma relação direta com a clínica e que precisa ter uma condução alinhada entre eles. Quando o núcleo gerencial é ambivalente, quando não tem suas estratégias de forma alinhada, isso interfere no fazer das equipes. Temos esse momento com o núcleo gerencial e aí há a singularidade de cada serviço. Usamos esse espaço também para discutir o conteúdo da instituição, o que cabe ao gerente, ao núcleo gerencial, como refletir com o núcleo gerencial a forma de gestão, conflitos, questões diversas. Um problema que identificamos, e sempre é pauta de discussão com as equipes, é que o pessoal de apoio não participa da reunião técnica, da supervisão (estou chamando de apoio o pessoal da vigilância, da limpeza). No início da pandemia, de março a julho de 2020, passei a estar em todas as reuniões com as equipes. Foi uma estratégia utilizada para sustentação destas equipes naquele momento tão difícil. Foi um caos, pois era preciso manter o serviço aberto, mas as pessoas tinham muito medo, era muita angústia, muita ansiedade. Foi algo de pegar na mão e direcionar, fazer um plano: o serviço precisava estar aberto, mas também era preciso proteger, respeitar as referências sanitárias. E daí fomos, de março a junho, com essa sustentação e depois retomamos a rotina. Existe essa flexibilidade, e cada supervisora é muito livre no processo com a equipe para construir os caminhos.

Quando falamos do que fazemos, muitas vezes não explicitamos as contradições e os desafios. Por exemplo, esse espaço colegiado com gestores foi um pouco difícil. A coordenação, num determinado momento, resolveu fazer uma avaliação da supervisão clínico-institucional, o que gerou muitas discussões. Entretanto, foi necessário fazer uma reflexão mais aprofundada sobre isso – supervisoras com a coordenação. Começamos a discutir sobre a diferença entre avaliar a supervisora e o processo de avaliação, o que era mais indicado. Fomos vendo que era indicado avaliar o processo, ver no que ele contribui e quais as suas limitações. Quando a gente avalia o processo, entra gestão, trabalhador, núcleo gerencial, supervisora. A avaliação precisava ter coerência com o próprio trabalho que a gente desenvolvia. Daí, este foi o instrumento utilizado até a gestão passada”.

Quando pergunto se esse instrumento foi construído coletivamente, Maria explica que ele já surgiu como uma proposta da coordenação, mas conseguiram dar

um tom em discussão com a gestão: “O que era uma avaliação da equipe em relação à supervisora passou a ser uma discussão ponto a ponto relativa ao processo de supervisão”. Eu pontuo que, nesse sentido, passou a ser uma avaliação do processo de supervisão e não da supervisora, e ela concorda. Peço a ela que, se possível, eu tenha acesso ao instrumento, e Maria se dispôs a solicitá-lo à coordenação.

Digo a ela que este é um momento importante, pois é a primeira vez que a temática de avaliação do processo de supervisão aparece em minhas entrevistas. Maria explica que, naquele momento, houve uma demanda institucional por parte gestão, e analisa: “É importante, mas é complexo na prática – foi um desafio poder discutir com a gestão. O que poderia ser um terror, no sentido de abrir espaço para atuação, terminou sendo muito bacana, porque foi uma forma de a equipe também olhar o que acontecia no processo, de a supervisora também olhar e ali fazer novos pactos para a continuidade do trabalho. Terminou sendo muito potente. Mas, quando esse instrumento chegou, as equipes começaram a questionar: ‘mas o supervisor é da gestão, da coordenação?’ A gente tem uma transparência muito grande – todo mundo sabe que existe um colegiado de supervisoras, que a cada período há um momento com a gestão, e que as questões tratadas com a gestão não são questões específicas da equipe, que vão expor a equipe, mas, são questões gerais da rede psicossocial. Nesse processo, vamos entrando de acordo com as demandas que vão surgindo, é um lugar que também tem sua flexibilidade. Por exemplo, às vezes, há situações no território, aqueles casos bem emblemáticos, quando as equipes não conseguem mais, e a gente faz uma discussão ampliada envolvendo os serviços que não conseguiram sozinhos mediar os conflitos. Os supervisores entram para ajudar na mediação e na discussão dos casos, dos pactos. Nós chegamos a discutir, entre nós, que talvez fosse importante estarmos em algum espaço colegiado, mas isso não foi muito para frente, e acaba acontecendo quando há alguma demanda dirigida aos supervisores, quando há uma nomeação de fato. Por ter vindo da gestão, vivi algo bem atípico. Como tenho uma militância política e alguns anos no trabalho de gestão como coordenadora (na virada do milênio), quando entrei nos serviços, esse foi o primeiro ponto. Eles falavam que me viam como militante, como gestora, e foi preciso conversar muito sobre isso e ver se ia dar certo ou não. Acho que foi um grande exercício para as equipes e para mim, de estabelecer essa confiança de que eu não sou mais a gestora e que este lugar é completamente diferente. Acho que esse colegiado foi muito importante para sustentar esse novo lugar”.

Na sequência, pergunto como foi feita a escolha do supervisor – se pela equipe ou pelo gestor. Também pergunto sobre como se apresenta a oferta de supervisão para as equipes. Maria diz que isso sempre foi definido pela gestão e que, no início, quem aceitasse o convite ia até as equipes para conversar e, depois desses encontros, havia a elaboração de um contrato: *“No meu caso, a gente negociou uma condição. Quando foi feito o convite, era para eu ir em serviços com os quais não tivesse tido muito contato na minha trajetória e com a condição de aceitação das equipes. Em alguns serviços, houve algumas dificuldades, porque tinha pessoas que me conheciam de outras histórias. Isso foi material do próprio trabalho e conseguimos superar, mas precisou de todo esse processo. É a gestão quem define os convites, mas sempre teve essa condição de aceitação da equipe. Uma das coisas que discutimos no colegiado é a história do enquadramento. Sempre falamos que as equipes são livres, os processos são singulares, mas há um enquadramento, que é esse pacto maior em torno da Atenção Psicossocial. E faz parte desse pacto que a equipe tenha um espaço de reflexão. Ela pode, em um determinado momento, questionar aquela supervisora ou chegar à conclusão de que precisa sair (já aconteceu de uma de nós precisar sair de um determinado serviço porque algo se esgotou), mas sem abrir mão deste espaço, independentemente de quem seja. Na rede, isso precisa sempre ser retomado – se, ao longo do tempo, vai ser essa supervisora, é o processo que vai dizer. Estou falando tudo isso a partir da experiência que tive até agora. Com a mudança de gestão, possivelmente novos acordos e configurações se darão”*.

Volto a mencionar a questão do tempo do supervisor no exercício dessa função e a lembro de que ela disse desenvolver o trabalho há algum tempo. Peço para ela discorrer sobre ‘o que é bom e o que não é tão bom nessa continuidade’ e levanto a hipótese de que talvez tenha a ver com a avaliação que os supervisores fizeram do processo. Ela diz que há os dois lados, já que a continuidade permite o aprofundamento e a estruturação de uma relação de confiança, uma linha de trabalho: *“Também acho que muitos anos de supervisão podem ter uma interferência, porque a gente também vai ficando cega à medida que vai tendo uma relação mais próxima com as equipes. Acho que quando se perde a capacidade de estranhamento, de indagação, aí se coloca o risco. Aqui, temos pessoas que estão há anos no mesmo lugar e pessoas que já rodaram a partir de determinadas situações, conflitos e avaliação da equipe com a profissional, mas a maioria se mantém nos serviços por*

*um bom tempo. Mais uma vez, acho que esse espaço coletivo nos ajuda a olhar, a alimentar...”.*

Pergunto a ela: alimentar esse olhar de estranhamento, da escuta do novo, essa acuidade com o inesperado? *“Isso. E como os serviços também são muito dinâmicos, é uma continuidade, mas muda o tempo todo, pois entra profissional, sai profissional”,* diz, e indago se há alta rotatividade na equipe: *“Aqui a maior parte dos profissionais são concursados nos CAPS e isso é muito bom, mas mesmo sendo concursados... vez ou outra, alguma rotatividade acontece. A continuidade por muitos anos ajuda sim, mas precisa estar com esse alerta o tempo todo. E ter um colegiado, neste sentido, ajuda”.*

Compartilho com Maria que é interessante o fato de eles conseguirem sustentar esse desenho ao longo dos anos e pergunto ao longo de quantas gestões eles conseguiram sustentar a construção desse projeto. Ela diz que o processo de supervisão começou no fim de 2004 e avançou, pois não começou em todos os serviços ao mesmo tempo. Tento situar essa reflexão quanto aos editais do Ministério – o último foi em 2012 – e quanto aos percursos formativos no período do Tykanori. Ela diz que o projeto da prefeitura com essa formatação foi de fato elaborado entre 2014 e 2016, com a visão de ser prioridade e garantir uma institucionalidade: *“Eu cheguei mais recentemente, mas o grupo que estava antes fala que esse formato de hoje foi uma construção ao longo do tempo. Foi uma institucionalidade que foi se dando processualmente e experimentando acréscimos. Por exemplo, a avaliação chegou no ano retrasado, em 2019; o colegiado chegou em 2016, 2017, e, aos poucos, esse trabalho foi ganhando uma configuração diferente”,* recorda.

*“Ah, importante lembrar que as referências das residências terapêuticas, hoje contratadas por OS, participam das reuniões técnicas, por serem as residências vinculadas ao CAPS. Este também é um desafio, e, na SCI, a gente tenta ajudar as equipes a pensarem suas responsabilidades no cuidado aos moradores, moradores e como coparticipantes do processo de gestão das residências terapêuticas”,* finaliza.

## APÊNDICE L – NARRATIVA Nº 8: EMERSON MERHY

04/05/2021

Logo que Emerson se formou em medicina, entre os anos 70 e 80, se inseriu como médico sanitaria e estabeleceu uma relação muito forte com os movimentos sociais e de trabalhadores nos territórios de saúde. Nos anos 89 e 90, no processo de construção do SUS e da Constituição Cidadã, ele participou ativamente do campo do planejamento e da gestão na organização das redes de cuidado no SUS em várias cidades: em Belo Horizonte, em São Paulo, em Santos com David Capistrano como secretário de saúde e em Campinas. Vinculou-se fortemente à experiência da saúde mental, exercendo uma militância cruzada na construção do SUS. As experiências de NAPS em Santos, CERSAM em Belo Horizonte, CAPS em São Paulo, são experiências de construção de redes de cuidado no território, todas *“têm a ver com a organização do cuidado no território, para desmontar manicômios”*.

Emerson foi Secretário Adjunto na gestão de saúde em Campinas/SP nos anos 90. Mas, não se identifica com a função de governante e investe sua vida nos movimentos sociais, vinculando-se aos coletivos, fazendo uma intersecção, um tripé entre o movimento social, a organização dos serviços e a universidade. Nos anos 2000, Emerson faz uma inserção bem mais intensa na rede de saúde mental de Campinas/SP, para apoiar e reforçar a luta antimanicomial, se engajando fortemente, lançando mão de sua longa experiência com supervisão em diferentes níveis nas redes de cuidado.

Ele trouxe toda essa caixa de ferramentas. Na época, em Campinas 90% do cuidado em saúde mental passava necessariamente pelo serviço de saúde Dr Cândido Ferreira que, diferente de Santos não fecha o manicômio. *“Nós construímos uma proposta de mudar o Cândido. Então, o Cândido saiu de um hospital manicomial e foi formar uma rede de serviços saúde e com isso facilitou demais a expansão da rede de cuidado em Campinas. Tanto que até hoje Campinas tem a maior rede de CAPS III do país”*.

Esse momento, se baseou no tripé entre o movimento social, a organização dos serviços e a universidade. O trabalho de supervisão se pautou nesse tripé. Esse tripé autorizou-o na função de SCI, como fonte de alimentação: *“não é uma questão instrumental, mas sim uma questão de alimentação da minha produção de vida”*.

O trabalho de Emerson dentro da pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ, articula-se com ações de extensão. A experiência acadêmica também se baseia no tripé. Ela acontece no campo de onde a vida pulsa. É na função de docente em tempo integral que Emerson seu sustento: *“Estou já na universidade em tempo integral há 40 anos. Fiquei 20 anos na Unicamp e estou na UFRJ desde 2012”*.

No início da entrevista, informo a Emerson que estou desenvolvendo, sob orientação de Silvio Yasui, minha pesquisa intitulada *Histórias, Usos e Costumes da Supervisão Clínico Institucional no Brasil*, voltando para o período anterior à institucionalização pelo Ministério da Saúde e revisando material mais antigo. A partir disso, coloco que decidimos que seria importante conversar com pessoas que tiveram história nesse processo.

Digo a Emerson que gostaria de ouvir suas histórias em relação a esse dispositivo da supervisão clínico-institucional, para conhecer o percurso e a construção feita nesse sentido. Ele discorre sobre como poderá se recordar dos eventos que definem sua atuação e trabalho na supervisão clínico-institucional. Para ele, é preciso parar para pensar, pois os eventos não são lembranças, são de outra ordem da memória. Ele define: *“A produção de memória é fio de novelo repuxado das tranças e entrelaçamentos”*.

Emerson diz que vários eventos o mobilizam e que alguns não estão hierarquizados no tempo e que pedem um termo de produção de memória. Cita a experiência de Caps III ocorrida na região de Campinas, com a construção e experimentação coletiva de ações terapêuticas entre equipe e usuários. Essa e outras situações vividas na supervisão são aquelas que ele diz desejar lembrar.

O conjunto de trabalhadores do Caps III e os usuários, cidadãos e cidadãs, estavam ali num processo de cuidado, como ele ressalta: *“Essa é uma memória forte pra mim”*. E relata, então, que, nesse local, houve o suicídio de um homem jovem, dando início a uma supervisão de grande tensão e complexidade. A intervenção daí ocorrida o levou a escrever um capítulo de um livro, *“sobre alívio e alegria no Caps, exatamente por causa dessa vivência”*<sup>49</sup>.

Emerson passa, em seguida, ao segundo processo de memória, relativo à construção das estratégias de implantação, da construção da saúde mental

---

<sup>49</sup>MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: AMARAL, H.; MERHY, E. E. (Orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 55-66.

antimanicomial em Campinas e sua relação com os profissionais que participavam dessa construção à frente do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Para ele, há uma grande diferença entre a institucionalização da luta antimanicomial em Campinas e em Santos, no Anchieta (refere-se aqui à intervenção corrida em 1989, na Casa de Saúde Anchieta - Hospital Psiquiátrico conhecido, na época, como Casa de Horrores)

A intervenção no Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira ocorreu em 1990 e, para Emerson, deste ano em diante, pelos próximos 25 anos, houve a experiência intervencionista e de relação com o colegiado de gestão que operava essa construção: *“Nas suas transformações, a gente conseguiu, durante esse período (1990 -2012), tentar estabelecer, com esse corpo, uma certa tensão entre agrupamento e coletivo”*. Especificamente, o seu trabalho com o colegiado de gestão ocorreu de 2000 a 2012. Emerson diz que tinha uma relação com o espaço do Caps III muito influenciada e mobilizada pela dinâmica entre agrupamento e coletivo. Ele entende agrupamento como o conjunto de pessoas com funções definidas na instituição e organização; coletivo seria como um corpo de intervenção e ação dentro do território antimanicomial que promovia cidadania para os usuários. A tensão nessa dinâmica durou o tempo todo e era diferente do processo de supervisão clínico-institucional na equipe do Caps. Para Merhy esse é o cerne do trabalho: *“a produção de coletivo e não de agrupamento”*.

A terceira experiência que ele cita foi forjada em seu trajeto de décadas de trabalho e experiência, mesmo que essa não tenha sido muito claramente uma clínica institucional. Ele diz que, partindo do princípio de que todos são pesquisadores no cotidiano do cuidado, a pesquisa tornava-se uma interferência na cotidianidade do cuidado na rede de Saúde Mental.

Questiono se ele fala da ideia de “pesquisa-intervenção”, em que o ato político deve ser intervencionista. Embora concorde, ele diz que não faz uso da palavra *“intervenção”*, porque ela infere que havia uma intenção *a priori*, quando na verdade eles desejavam que os processos disparados no cotidiano produzissem as interferências.

Pontua que não mantém fidelidade nem enquadra ações como clínica institucional, Análise Institucional, abordagem esquizoanalítica, por exemplo: *“Como eu já vivi todos esses conjuntos de experiências, eu sempre me autorizei a fazer experimentações e minha caixa de ferramentas ia se constituindo na medida em que*

*os processos também iam se constituindo*". Ele afirma que, para produzir movimento e fluxo, sua caixa de ferramentas pode incluir diversas estratégias, como é a sua formação no território da análise institucional, se ele achar adequado e instigador de mudanças. Assim, ele também podia, se achasse necessário, usar sua experiência no campo da esquizoanálise, caso quisesse *"disparar dispositivos agenciadores"*. Quando houve o episódio do suicídio, segundo ele, houve um cuidado maior, clínico, para abordar o que estava sendo vivido pela equipe, pois foi um fato desorganizador extremo.

Já com o colegiado, a experimentação é da Análise Institucional, fazendo muitas referências às questões que a análise de viés mais lourauriana traz.

Os três processos que ele descreveu acima foram, segundo Emerson, distintos, mas dentro do campo da experimentação, sem se ater à cronologia dos fatos, ao *"tempo positivo, externo a nós"*. Para Emerson, eles ocorrem no *"tempo do acontecimento"*. Pergunto o que ele quer dizer com essa fala. Ele pontua o desapego à cronologia e eu acrescento: o desapego à linearidade. Emerson segue dizendo que os processos citados estão no *"tempo da constituição da experiência"*, que é outro tipo de observação do tempo e de aprendizado com a experiência vivida ali.

Discorre, então, sobre outras experiências de trabalho em Caps, dessa vez em um Caps AD, no Rio de Janeiro, dentro de um território dominado por uma milícia onde *"o tempo da violência"* era dominante, com o que ele chama de *"exercício do necropoder e da necrofilia"*. Ali, o exercício do cuidado que a equipe do Caps AD tentava realizar era permeado pelo exercício da morte, da agressão, havendo a impossibilidade da luta antimanicomial, mas a possibilidade de uma experiência ocorrendo para isso. Ele comenta que essa experiência no Rio de Janeiro foi única em muitos aspectos, muito diferente dos contextos vividos em Campinas, Santos e Belo Horizonte – marcando em seu discurso cidades que tiveram uma luta antimanicomial mais bem delineada com o próprio município, com estruturas, organização e disputas mais produtivas. *"O Rio de Janeiro não é uma experiência antimanicomial. O Rio de Janeiro tem experiências focais, pontuais e até hoje eu vivencio isso (eu tenho inserção em várias equipes) intensamente"*, define.

Retoma, então, a situação vivenciada no Caps III de Campinas com o suicídio de um jovem naquele espaço. Emerson diz que houve sofrimento também porque ele já era supervisor daquela equipe e havia um vínculo construído com os profissionais ali. Em razão desse vínculo, o trânsito dele com a equipe era mais tranquilo também



para tratar do sofrimento “brutal” dessas pessoas. Emerson teve a percepção intensa de que essa equipe não conseguia “vocalizar” que o suicídio foi resultado de uma ação não intencional, dessa “produção de linha suicidária” da própria equipe.

Ele segue, dando como exemplo outro episódio de morte violenta no contexto do Caps, em uma cidade fluminense. Em episódio psicótico, um jovem desrespeitou a linha hierárquica dentro do Caps e foi expulso daquele espaço. Preso depois de praticar violência na vizinhança, ele foi assassinado durante um surto, dentro da cela, por outros detentos. “Ou seja, uma parte da equipe do CAPS produziu sem intensão o assassinato desse rapaz. Imagina dar alta administrativa para alguém que está em processo delirante, é impressionante”, avalia. Emerson usa o termo “desarranjo terapêutico” para classificar o processo que, embora diferente nos dois casos, acabou dando origem à morte de usuários do Caps.

Sobre o suicídio, ele diz que esse desarranjo não foi percebido dentro da equipe, pela equipe, nem que isso estava agravando a situação do jovem e sua “linha suicidária de construção”. Quando há o suicídio, essa equipe entrou em um processo de culpabilização muito difícil de trabalhar, pois “havia uma dobra de verdade e uma dobra de não verdade” ali<sup>50</sup>.

Para Emerson, responder como a fragilidade produz potência de vida é o grande desafio na luta antimanicomial, pois em situações como as descritas, as equipes ficam destroçadas e buscando culpados e escapes para a culpa, além da depressão e da tensão. “Para mim, é da ordem da clínica”, diz. E daí surgiu a necessidade que ele sentiu de escrever “Alívio e Alegria no Caps”, a partir da constatação, com a equipe do Caps III, de que sem alívio não há ação antimanicomial. “Uma equipe que só vive na cotidianidade de suas relações, tensões, não ditos, não encontros, ou encontros que são desencontros, relações de poderes assimétricas, produção de desigualdade - ela tem a mínima chance de ser antimanicomial”, avalia ele. Acrescento que essa seria a lógica vertical, opressora e manicomial.

Entendo aqui que ele diz que o alívio surge como analisador e a alegria como produto da tensão da culpabilização, a partir do momento em que se destrava isso, ao invés de negatividade, surge a alegria do trabalho com o outro e de todos com todos, saindo a equipe, assim, do aprisionamento no evento do suicídio.

---

<sup>50</sup> DELEUZE, G. **A Dobra**: Leibniz e o barroco. Campinas: Papirus, 1ª Edição, 1991.

Emerson diz que a memorizou em detalhes, tamanha a intensidade da experiência, e eu pergunto se, para ele, essa operação é a clínica. *“Para mim, a clínica se instala exatamente nesse território do desarranjo”*, pondera. Eu pergunto se o cuidado da equipe profissional com os usuários é o mesmo da supervisão com a equipe, e ele responde que sim, mas acrescenta que o cuidado ocorre quando há a desorganização e a existência de um grande campo de sintomas, com perda de referências e lugares não encontrados. *“[A supervisão] é uma noção ampliada da clínica”*, ele diz, pontuando a capacidade de ler sintomas de crises tanto no campo de cuidado da saúde quanto nos campos filosóficos e literários – citando Deleuze em sua obra *Crítica e Clínica*<sup>51</sup>.

Já do lado do colegiado, a experiência, na visão de Emerson, está ligada e pautada pelas forças instituídas e instituintes, não somente das instituições (que são múltiplas). Esse campo de forças existe em razão das funções exercidas por máquinas públicas no território político do Estado, em um contexto específico, social, espacial e temporal, o que nomeio como manutenção do instituído, e ele concorda. E segue falando: *“O grande eixo que transversalizava as experiências desse coletivo eram as experiências e as práticas de governo, ou seja, era o coletivo que tinha como sua grande massa de manejo, sua argila de modelagem, as práticas de governo dentro dessa grande maquinaria, dentro da qual emergiam as forças instituintes que poderiam levar para a novidade, mas que poderiam desarranjar os processos”*.

Ele fala, então, da tensão que existiu durante todo o período em que estive na supervisão com aquele coletivo – 15 anos. Essa tensão derivava do fato de que o coletivo era um agrupamento, ou seja, o encontro entre aqueles profissionais era instrumental, burocrático (ele cita Pichon-Rivière e a ideia de “pré-tarefa”<sup>52</sup>, da qual o coletivo não sai). Mas, ao mesmo tempo, segundo Emerson, havia o potencial para que aquele agrupamento de profissionais desorganizados se transformasse e encontrasse lugares comuns. O que derivaria para um projeto, sugiro. Emerson diz que tal projeto estava a se construir da tensão de vários nós, numa conjuntura complicada, com variáveis e contexto desfavorável para a prática antimanicomial. O público sustentava essa experiência com financiamento e outros projetos que estavam atravessando o território. *“É por isso que, pra mim, a análise institucional se mostrava uma ferramenta muito privilegiada nessa experimentação”*, reforça.

---

<sup>51</sup> DELEUZE, G. *Crítica e Clínica*. São Paulo: Editora 34, 1997.

<sup>52</sup> PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Emerson explica, então, que, na teoria, sua experiência não é a institucionalista, trabalhada por Guattari e La Borde – que seria muito próxima da clínica. Ele afirma que sua fala tem a ver com a constituição de experiências governamentais com territórios organizacionais, disputas nesses territórios e a contradição dessas organizações que existem e não existem.

Sobre Análise Institucional, ele escreveu um capítulo de um livro organizado por Solange L'Abbate, abordando, a pedido dela, sua trajetória na análise institucional. O título desse capítulo é justamente “As organizações existem, as organizações não existem”<sup>53</sup>. Emerson acredita que ali culminou a acumulação de suas experiências como analista institucional, a partir do início na década de 1990, na Unicamp, com experimentação baseada em Gregório Baremlitt.

Cito o livro do compêndio, de 1990, e ele ressalta que Baremlitt<sup>54</sup> fez a supervisão do coletivo em que ele estava. No entanto, diz que a experiência foi interessante para que ele se desgarrasse e não mantivesse fidelidade a nenhuma experimentação.

Pergunto retomando uma frase sua se tem a ver com usar fidelidade no sentido de *aprisionamento*, e ele concorda. Exemplifica que, apesar de ler Deleuze diariamente e constantemente, não se considera deleuziano. Também gosta de Foucault, mas não se considera foucaultiano. Ele não os vê como autores cuja teoria deve seguir, mas algumas ideias desenvolvidas por esses autores já foram usadas por ele em algum momento de seu trajeto. Pergunto sobre ele usar a “*caixa de ferramentas com liberdade instituinte*” e ele responde que sim, acrescentando que, nas entrevistas de Deleuze à Parnet, o próprio Deleuze afirmou não ter fidelidade aos seus conceitos. “*Por que eu vou ter?*”, pergunta. Emerson destaca que, apesar de não ter fidelidade a conceitos e teorias, Deleuze e Guattari também propunham que, se algo funcionava, deveria ser continuado.

Ele pontua já ter me contado dois contextos de experiência e que o terceiro está no território da esquizoanálise, com o grupo despindo-se do exercício de soberania, que pode ser a oferta de uma interpretação para o outro, do que o outro não sabe de si. Porém, ele fala sobre como, na psicanálise, pela Análise Institucional,

---

<sup>53</sup> L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. Vol.1, 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

<sup>54</sup> BAREMLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

o analista está num lugar paradoxal de saber e não saber, do que Lacan chama de suposto saber, passando o saber como se o soubesse.

A aproximação da esquizoanálise de forma coletiva ocorreu em uma experiência que ele chama de “radical”, porque há dispositivos criadores de ruídos e interferências no que estava constituído ali. Pergunto-lhe se produzir ruído já não é interpretar, e diz que não. Então pergunto se é deslocar, movimentar. Emerson segue e diz que o ruído nasce no próprio movimento e também produz esse movimento. Conclui, então, que *“todo mundo é pesquisador, não existe relação hierárquica entre os que estão aí”* e inicia um relato relacionado a essa afirmação. O relato a seguir motivou Emerson a escrever.

Em torno de 2008 no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, entre 50 e 60 pessoas participavam de uma reunião, a partir de um convite coletivo, para a construção de um projeto de pesquisa. Essas pessoas que compareceram estão em diferentes lugares e campos de ação da rede de saúde mental. São propostas questões sobre o que é fazer pesquisa, o que é produção de conhecimento, já que muitos têm a ideia de que pesquisa tem sempre sujeito, objeto e um sujeito que produz o conhecimento. Quanto aos esquemas mentais já assentados, Emerson diz que os problemas propostos são construídos com essas pessoas que atenderam ao convite. Daí, os convidados se direcionaram à ideia de pesquisar o incômodo que surge da ideia de *“fracasso terapêutico”*, de situações múltiplas que geravam um desgaste e uma sensação de esgotamento e abandonos da prática de cuidado muito fortes.

Emerson diz que optou por propor novos termos e conceitos, diferentes dos oficiais. Ele dá como exemplo a substituição do termo *“caso complexo”* por *“caso cabeludo”*, para tratar aqueles casos que causam um incômodo profundo. E para afastar o olhar do CID e do diagnóstico fechado, havia três conceitos ali: *“louco pouco louco, louco médio louco e louco muito louco”*.

A partir daí, cerca de 20 pessoas trabalharam no desenvolvimento da pesquisa e, aproveitando sua titulação acadêmica, Emerson pediu financiamento ao CNPq, sendo a pesquisa feita sobre esse quadro de conceitos.

Ele fala, então, de Magda, nome fictício para uma usuária de cerca de 20 e poucos anos, com um CID F20 estabelecido, uma esquizofrênica de componente paranoico com delírio. *“Daí eu falei que ela não é isso, que ela era uma louca muito louca”*. Ali, Emerson definiu que os “loucos pouco loucos” eram nós mesmos, convivendo entre eles; os médios eram aqueles que apresentavam diferenças, mas

que ainda conseguem conviver. E os muito loucos são aqueles que “*enlouquecem a gente*”.

Emerson relata que Magda era presença frequente e indesejada no Caps e que ela também era usuária de vários equipamentos da rede de saúde. Praticamente todos da equipe sabiam quem era ela e a experiência do Caps com ela podia ser definida como de “*rejeição*”, “*nojo*” e “*incômodo*”.

O passo dado nessa experiência foi perguntar às pessoas que trabalhavam ali quem era *Magda*. As diversas respostas não convergiam, segundo Emerson. “*De repente, a Magda virou uma multidão de Magdas e a gente começou a trabalhar com essa interferência no grupo: ‘Olha como a Magda está nos colocando na parede, nenhum de nós sabe quem é a Magda porque talvez só a Magda saiba quem ela é, talvez esse seja o nosso problema. Que tal a gente fazer aparecer a Magda na sua multiplicidade?’*” Ele conta então de “*um evento muito arrepiante, que aconteceu: “a gente descobre que tinha um dossiê escrito pela mãe há um tempo atrás em que ela já não aguentava mais a loucura da filha e ela leva essa filha pro serviço de atendimento, o Caps, e entrega um dossiê fazendo uma transferência de responsabilidade para o cuidado da filha. Essa mãe era uma profissional não universitária do campo da saúde dentro de um hospital ligado a uma das universidades. Ela conhecia um psiquiatra aqui e pedia a opinião dele, conhecia outro ali, ia tentando dar medicação para a filha até o momento que ela não aguentava mais e ela transferiu e a gente conseguiu esse dossiê e esse dossiê conta uma história da Magda que era mais uma das histórias da Magda. Daí alguém faz uma proposta muito maluca: ‘Por que a gente não vai conversar com a Magda. Vamos fazer uma entrevista com a Magda?’ Daí a equipe técnica do Caps diz ‘a Magda é uma psicótica grave, tem um delírio, ela não pode ser entrevistada, e se a gente produz uma perseguição nela?’. Daí a gente no grupo falou assim ‘Nós 20 somos o quê? – Nós somos profissionais da saúde. – Mas de quem a gente cuida, de loucos e loucas, qual o problema de fazer uma entrevista com a Magda e ela ter um quadro que a gente já cuida ou deveria cuidar?’ A gente foi criando um problema e a equipe topa dentro do cuidado da capacidade de conter o que a gente estava produzindo, óbvio. É impressionante o que acontece na entrevista com a Magda. Ela topa e vamos entrevistar ela [alguns dos 20 que participam da pesquisa]. Liga o gravador e ela começa a falar. Ela fica 1h contando o delírio dela, que a gente já conhecia. Era um delírio que causava muito sofrimento. De repente ela para e começa a contar outras*

*histórias. Isso já foi muito interessante porque é como se ela tivesse prestando conta para nós, na primeira parte, que ela era louca, que era o que ela fazia no Caps – aqui é lugar de delirar, então eu venho aqui para delirar. E a gente não dá conta disso. A gente acha que psicótico delira 24h e em qualquer lugar e não é verdade. Quem convive com quadros psicóticos sabe que não é verdade, só aqueles graves muito graves, desestruturados, quadros de esquizofrenia mais jovem que se chega nessa situação em que você não sabe onde pega, o que está acontecendo. Fora isso, não é assim. Ela começa a contar outras histórias e de repente ela vai nos relatando que ela estudou francês, que ela estava na rua, no ponto de ônibus (a gente já sabia que ela gostava muito de música, que ela frequentava cultos religiosos para cantar, gostava de viver em pensões como lugares comunitários de vida, não era degradada e o Caps não sabia disso, ninguém sabia disso) e de repente passa uma mulher e ela percebe que o sotaque da mulher era francês porque ela é apaixonada por francês. Ela é tão apaixonada que ela achou que meu nome era francês quando falaram que era uma pesquisa que tem o professor Emerson Merhy e ela perguntou se eu era francês porque ela ama francês e ela falou “se ele é francês, eu topo dar a entrevista” [risos] É um dispositivo desviante. A Magda começa a contar a história que ela se aproxima dessa senhora e pergunta se a senhora é francesa. A senhora diz que sim. A Magda diz que ama francês e a senhora diz que é professora de francês e a Magda diz que amaria ter aula de francês. Só para você ter uma ideia, ela teve, por mais de 1 ano e meio, aula de francês com essa professora e essa professora não tinha noção de que ela era uma paciente da rede de saúde mental. A gente achou que era delírio dela, que era mais uma variante do delírio dela. A senhora existia e confirma a história dela. Olha o que acontece na pesquisa – o tal do não saber explode de tal maneira naquilo que incomoda a equipe e na ação de abandono que a equipe produz no cuidado do outro. Para você ter uma noção, a equipe muda toda a relação que tem com a Magda a partir daí. Três meses depois, a Magda estava fazendo curso de fotógrafa com a gente, curso de teatralização, curso de filmagem, ela entra numa outra ‘vibe’, entra em um outro território, dispara nela uma outra produção. Foi uma interferência que a priori nós não sabíamos no que daria, porque a gente nem sabia quem era a Magda”.*

Afirmo que, até então, Magda estava confinada ao papel de “louca muito louca” e que não podia ser nada além daquilo. Emerson revela que Magda sabia que, se não fosse assim, ela não teria lugar no Caps, um local que ela queria frequentar, onde queria circular. Ele infere, então, que essa foi uma experiência de colocar entre

parênteses, de forma basagliana, não de forma clínica, mas na forma de uma experiência de vida com ela mesma. Magda inspirou um artigo chamado *Redes Vivas de Existência*<sup>55</sup>, segundo Emerson, que a chama de mestra nesse capítulo, por ter ensinado a ele o caminho das redes vivas. Ela é um de muitos casos que foram abordados e estão dando origem a um material nomeado por ele como "Acesso como barreira".

*"O acesso da Magda ao Caps produziu barreiras, assim como o manicômio é acesso como barreira, assim como unidade terapêutica. A gente mudou o conceito de acesso versus barreira, a gente está produzindo um material que é acesso como barreira, que dá uma invertida no modo de olhar e eu acho que a Magda deixa isso explícito. Depois dela, isso ficou tão claro nas outras investigações de que eu participei, inclusive no Rio de Janeiro, com Maria Paula Cerqueira Gomes e Erminia Silva, que chegou a ser coordenadora estadual de saúde mental no Rio e minha colega na pós-graduação. Fizemos uma pesquisa em seis municípios do Rio de Janeiro perseguindo a linha que a gente fez em Campinas, com a ideia de que todo mundo é pesquisador e encontramos muitas Magdas pelo caminho. Agora, a gente não faz somente em saúde mental, eu estou fazendo uma pesquisa com pessoas com deficiência na qual elas nos guiam no campo, elas pegam nas nossas mãos e nos guiam pelas produções das vidas, pelas conexões existenciais. A gente chama de pesquisas-interferências e elas estão em um território mais esquizoanalítico, têm um componente clínico, um componente institucional, mas elas têm fortemente a ideia esquizoanalítica de uma interferência, ou seja, de desarranjar o que na esquizoanálise a gente chama de molaridades - de fazer vibrar as molaridades a ponto de abrir molecularização. Eu uso todas as misturas com as equipes, da mais claramente clínica institucional, da mais claramente organizacional analítica-institucional, da mais claramente esquizoanalítica. Eu vou fazendo salada do que for necessário, conforme os processos singularizantes dos acontecimentos".*

Sugiro a ele que seu trabalho desterritorializa e reterritorializa os territórios conceituais e ele concorda, chamando esse de seu "grande campo de experimentação", ao usar o linguajar da obra *Mil Platôs*, de Deleuze-Guattari<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup>MERHY, E. E. Saúde Coletiva, pós-estruturalismo e redes vivas de existência: caminhos para pensar o nosso tempo. **Revista Saúde em Redes**. v. 4, p. 9-21, 2018.

<sup>56</sup>DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia 2. Vol. 4. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012.

Essa experimentação, segundo ele, impede que ele se aprisione no território do conceito, já que sua fidelidade é não ter fidelidade. Assim, ele não trabalha na representação: “*É aquilo que Deleuze nos convida, a um pensamento sem imagem*”. Emerson diz se inspirar em *Diferença e Repetição* para as experimentações com os coletivos, estabelecendo parcerias fortes com diversas áreas, não apenas com a saúde mental. Na ocasião, ele estava no Rio de Janeiro trabalhando com um coletivo que cuida de pessoas com tuberculose, para “*desarranjar*” esse sistema de cuidado que acaba sendo uma barreira na tentativa de criar um acesso.

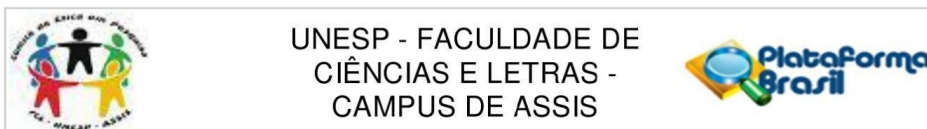
“*Estes modos de cuidar matam (cuidados manicomiais, pautados em protocolos), isso é real. Eu escrevi um texto chamado ‘Cuidado com o cuidado’*”<sup>57</sup>. Completo que o cuidado acaba se tornando uma “*interdição da produção de vida*” e que ele, Emerson, fala de efeitos desestabilizadores que criam fissuras e promovem o fluxo da vida. Ele concorda e diz que, a partir daí, dessas experiências, o cuidado sai do campo da saúde e vai para o campo da existência. Ele então me promete um material sobre o assunto, de uma conferência realizada na universidade argentina de Rosário, onde é professor *honoris causa*.

---

<sup>57</sup>MERHY, E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, E. (Orgs.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. V. 1, 1ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 25-37.



## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise do processo de institucionalização da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil para os serviços de Saúde Mental

**Pesquisador:** Disete Devera

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 35048820.7.0000.5401

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências e Letras - UNESP/ Campus de Assis

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

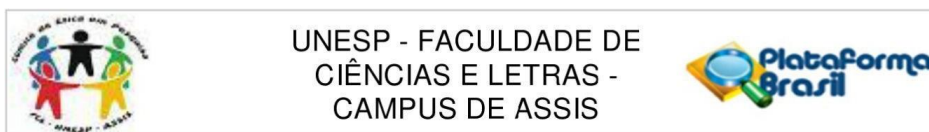
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.411.556

#### Apresentação do Projeto:

O presente estudo analisará o processo de institucionalização da Supervisão Clínico-Institucional para os serviços de saúde mental, ressaltando os principais elementos que a tornam um importante dispositivo de formação e qualificação das práticas de saúde mental, a fim de contribuir com o resgate e a construção da memória deste processo no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório, de base qualitativa, fundamentado nos pressupostos da hermenêutica crítica. A primeira etapa constitui-se do levantamento dos documentos governamentais e da produção acadêmica relativa ao tema, os quais serão sistematizados tendo em vista o processo histórico de constituição da Supervisão Clínico-Institucional como dispositivo de formação no contexto da Política de Saúde Mental. A segunda etapa, consiste na entrevista de cinco participantes da construção da memória do processo de institucionalização da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas, utilizando um questionário semi-estruturado. As entrevistas serão audiogravadas e transcritas, subsidiando a construção de narrativas hermenêuticas. Estas serão validadas junto aos entrevistados em um processo de devolutiva. Posteriormente, os dados serão analisados por meio da produção de uma grade hermenêutica, onde se dispõem os núcleos argumentais identificados nas narrativas.

**Endereço:** Av. Dom Antônio. 2100  
**Bairro:** Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900  
**UF:** SP **Município:** ASSIS  
**Telefone:** (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.411.556

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivos**  
**Objetivo principal** Investigar a história da SCI ressaltando os principais elementos que a tornam um importante dispositivo de formação e qualificação dos trabalhadores dos serviços de saúde mental.

**Objetivos específicos**

- Levantar documentos governamentais e produção acadêmica relativa ao tema;
- Sistematizar os dados coletados tendo em vista o processo histórico de constituição da SCI como dispositivo;
- Selecionar e entrevistar alguns dos protagonistas que participaram da construção da memória do processo de institucionalização da SCI no Brasil;
- Analisar as narrativas privilegiando a perspectiva de atores sociais.
- Identificar os principais elementos que tornam a SCI uma ferramenta de formação dos trabalhadores
- Contribuir com o resgate e a construção da memória deste processo no Brasil.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora descreve que este estudo pode apresentar riscos indiretos e de baixo grau. Por exemplo, pode produzir algum constrangimento ou incômodo decorrente da exposição de opiniões e experiências de vida durante a entrevista. Entretanto, essas consequências não serão danosas para a saúde/integridade dos participantes, pois o pesquisador oferecerá um espaço de escuta e acolhimento, caso ocorra alguma situação de desconforto durante a entrevista, que poderá ser interrompida a qualquer momento. Além disso, todos os participantes têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. A pesquisadora se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes. O participante terá total liberdade de pedir para parar a atividade por alguns minutos; mudar o dia da aplicação; ou até mesmo, suspender sua participação. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios informados são que ao participar desta pesquisa, o sujeito participante obterá o benefício de melhor compreender alguns fatores relacionados ao processo da institucionalização da SCI. Também estará contribuindo com a configuração do processo formativo. Além disso, favorecerá a qualificação dos serviços de saúde no cuidado à população.

**Endereço:** Av. Dom Antônio, 2100  
**Bairro:** Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900  
**UF:** SP **Município:** ASSIS  
**Telefone:** (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS E LETRAS -  
CAMPUS DE ASSIS



Continuação do Parecer: 4.411.556

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa trata de uma temática de extrema relevância para o campo da Saúde Mental, o projeto está muito bem estruturada. Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa o número de participantes está adequado. Os documentos apresentados estão adequados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE e projeto devem ser reescritos atentando-se para a seguinte questão: em hipótese alguma participantes de pesquisas poderão abrir mão do direito ao sigilo e ao anonimato. O colegiado solicita que seja retirada a parte onde essa questão é colocada como escolha do participante.

Este Comitê esclarece que não é uma prerrogativa do participante a escolha do sigilo de sua identidade, e sim uma garantia decorrente de direito. O participante deve ter resguardada a sua garantia de sigilo em relação a sua identidade SEMPRE, fato que também assegura a proteção do pesquisador e estabelece uma base de confiabilidade entre ambos.

Dessa forma, esse Comitê ainda esclarece que, a divulgação de dados e resultados da pesquisa NUNCA poderão revelar os seus participantes. Não obstante, a referência a trabalhos científicos publicados, seguirá a normalização.

Esclarecemos que o protocolo está aprovado, com a ressalva de que o TCLE deve ser refeito para garantia do participante e como medida protetiva para a própria pesquisadora. Retirar qualquer menção à prerrogativa de autorização de divulgação da identidade do participante.

Como as entrevistas serão realizadas por telefone entendemos que não há necessidade de documento sobre infraestrutura.

**Recomendações:**

A pesquisadora deverá atender às considerações acima mencionadas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Esclarecemos que protocolo está aprovado, com a ressalva de que o TCLE e projeto devem ser refeitos, conforme descrito nas considerações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Regimento Interno do CEP prevê que o pesquisador apresente relatórios, de acordo com as datas estabelecidas pelo CEP. O não encaminhamento dos relatórios implicará no impedimento temporário da apresentação de novos protocolos, até que este regularize a situação pendente. O RELATÓRIO FINAL deverá ser postado na Plataforma como NOTIFICAÇÃO em formulário estabelecido pelo CEP em AGOSTO DE 2021. No relatório Final deverá se informado como foi realizada a devolutiva aos participantes da pesquisa. ATENÇÃO: QUALQUER ALTERAÇÃO NO

**Endereço:** Av. Dom Antônio, 2100

**Bairro:** Vila Tênis Clube

**CEP:** 19.806-900

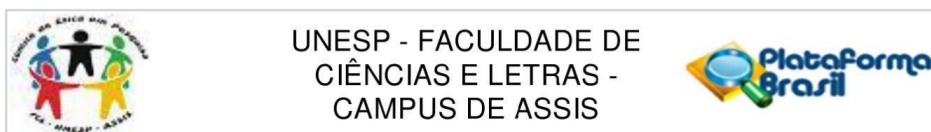
**UF:** SP

**Município:** ASSIS

**Telefone:** (18)3302-5607

**Fax:** (18)3302-5804

**E-mail:** cep@assis.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.411.556

PROJETO DEVE SER INFORMADA AO CEP COMO EMENDA AO PROJETO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1586632.pdf	10/07/2020 22:15:49		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/07/2020 22:14:56	Disete Devera	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	10/07/2020 22:11:56	Disete Devera	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/07/2020 20:58:39	Disete Devera	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Disete.pdf	10/07/2020 19:46:58	Disete Devera	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ASSIS, 20 de Novembro de 2020

---

**Assinado por:**  
Regiani Aparecida Santos Zacarias  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Dom Antônio, 2100  
**Bairro:** Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900  
**UF:** SP **Município:** ASSIS  
**Telefone:** (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br