

A Supervisão Clínico Institucional - Uma Experiência na Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Norte

Antonio Júlio Garcia Freire; Débora Carlos de Andrade; Estela Garcia da Silva Medeiros; Geisa Dias Wanderley; Juliana de Oliveira Barbosa; Mariana Camila Vieira Fernandes; Mateus Felipe Otaviano Pedro; Pedro Rafael Silva de Oliveira; Tatiana Schefer

RESUMO

Como um dos dispositivos valiosos à Rede de Atenção Psicossocial, a Supervisão Clínico-Institucional se apresenta como possibilidade para qualificação dos serviços de saúde mental em prol de atendimentos humanizados e antimanicomial. Neste sentido, no estado do Rio Grande do Norte foi ofertado aos Centros de Atenção Psicossocial o serviço de supervisão clínico-institucional por um período de dois anos. Com o objetivo de tecer um panorama sobre os efeitos desta prática nos serviços, propõe-se, a partir de relatos de experiências destes(as) supervisores(as)-pesquisadores(as), resgatar os atravessamentos destes encontros, tendo como referência os produtos estabelecidos no projeto que norteou tal intervenção. Foi possível concluir que, apesar das premissas de cuidado integralizado previsto nas políticas de atenção psicossocial, para estabelecer a rede ainda se mostra necessário o processo contínuo de supervisão para qualificação das equipes, além de disponibilidade de gestões locais em facilitar os processos de qualificação da rede como reuniões, matriciamentos e educação permanente.

Palavras-chaves: SUS; CAPS; Supervisão; Supervisão Clínico-Institucional.

ABSTRACT

As one of the valuable devices for the Psychosocial Care Network, Clinical-Institutional Supervision presents itself as a possibility for the qualification of mental health services in favor of humanized and anti-asylum care. In this sense, in the state of Rio Grande do Norte, the Psychosocial Care Centers were offered the service of clinical-institutional supervision for a period of

two years. With the objective of weaving a panorama about the effects of this practice in the services, it is proposed, based on reports of experiences of these supervisors-researchers, to rescue the crossings of these encounters, having as reference the products established in the project that guided such intervention. It was possible to conclude that, despite the premises of integrated care foreseen in psychosocial care policies, to establish the network it is still necessary the continuous process of supervision to qualify the work teams, in addition to availability of local managements to facilitate the processes of qualification of the network such as meetings, matrixing and permanent education.

Keywords: SUS; CAPS; Supervision; Clinical-Institutional Supervision.

INTRODUÇÃO

Com o fim da ditadura militar, o processo de redemocratização e uma série de conquistas sociais para o desenvolvimento assistencial, o Brasil se direcionou para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que é articulado com uma concepção de saúde como direito⁽¹⁾, visando ofertar um cuidado integral e humanizado aos seus usuários. Esse cuidado é alcançado através de princípios e diretrizes caras ao sistema, como a hierarquização - um sistema composto de diferentes níveis de complexidade - e a regionalização - que delimita que esse sistema seja composto por pontos de atenção distribuídos no território. Cada ponto possui suas competências e especificidades, mas nenhum é autossuficiente e/ou solitário, ou seja, diante dos desafios de cada caso pode se acionar outros serviços da rede de cuidado.



Como define a portaria de 2010(2), uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) se estrutura de arranjos organizacionais, ações e serviços de saúde que viabilizem o cuidado integral do usuário(2). O funcionamento em rede é importante porque busca diminuir a fragmentação histórica do cuidado e otimizar o fluxo de comunicação e trabalho compartilhado entre os serviços, além da diminuição de custos. Para isso, é necessário a definição clara da população e do território, assim como diagnósticos não apenas individuais, mas que contemplem as necessidades e desafios de cada região de saúde.

Segundo Dimenstein et al.(3), há no estado do Rio Grande do Norte (RN) uma cobertura quase compatível com a média de serviços de saúde mental no Brasil, com aproximadamente um CAPS por 100 mil habitantes. Todavia, existe uma segmentação da rede, há defasagem no quadro de profissionais atuantes, falta de qualificação das equipes envolvidas para sustentar as problemáticas presentes no contexto do território, como por exemplo a atenção às diferenças de culturas e contextos frente a povos tradicionais, como comunidades quilombolas e assentadas(4). Os autores ainda sinalizam que no estado, as Comunidades Terapêuticas (CT) se localizam em maior proporção nos territórios mais interioranos, mais pobres e escassos de serviços como Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD)(3).

Os desafios para garantir o funcionamento e a qualidade da rede de assistência à saúde mental não são poucos. Visando seus enfrentamentos, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte (SESAP) em parceria com a Fundação de Amparo e Promoção da Ciência, Tecnologia e Inovação (FAPERN) por meio de Acordo de Cooperação Técnica implementaram, de agosto de 2021 até agosto de 2023, o projeto que tem por objetivo a qualificação e modernização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado do RN¹, com a proposta de contratar 23 supervisores-pesquisadores. Por meio da Supervisão Clínico-Institucional, se pretende criar um espaço de diálogo e reflexão sobre as condições dos dispositivos desta rede, enquanto se constrói junto com a equipe de cada serviço o fomento para o surgimento de estratégias para vencer entraves

e dificuldades clínicas e institucionais, no intuito de oferecer qualificação para as práticas de cuidado e, consequentemente, o fortalecimento da RAPS no estado.

Para que este objetivo fosse alcançado, estabeleceu-se algumas metas que balizaram as intervenções destes supervisores-pesquisadores nos CAPS do território. Metas estas referenciadas pelo contexto histórico do fluxo de rede do estado, além da necessidade de adequação aos princípios e legislações que norteiam o funcionamento da RAPS.

As metas propostas pelo projeto foram:

- a)** a construção de metodologias que possam expandir o alcance dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com identificação de técnicos de referência;
- b)** o desenvolvimento de estratégias de respostas em rede para Atenção à Crise em saúde mental com intuito de reduzir a taxa de reinternação hospitalar;
- c)** o desenvolvimento de tecnologias e dispositivos fundamentados pela clínica ampliada e ancorados na ética da desinstitucionalização: acolhimento, ações de redução de danos, assembleias regulares com as pessoas que são cuidadas e seus familiares, visitas domiciliares, avaliação das necessidades individuais como base para proposta de inserção no dispositivo;
- d)** o desenvolvimento de estratégias para reestruturar os registros nos Sistemas de Informação;
- e)** o desenvolvimento de sala de situação dos pacientes que são acompanhados pelo CAPS, bem como seu monitoramento e avaliação;
- f)** Qualificação do Matriciamento, como estratégia de ação determinante dos processos de trabalho em rede no território;
- g)** Fortalecimento do processo de regionalização por meio da consolidação dos fluxos da rede de atenção psicossocial na região de saúde.

1 Projeto intitulado MODERNIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, representado pelo edital Nº SESAP/FAPERN Nº 03/2021/2021, Processo nº 00610216.000234/2020-12.



OBJETIVOS

Relatar a experiência dos Supervisores Clínico-Institucionais em um aspecto geral e realizar uma análise crítica dos efeitos da supervisão através de alguns recortes da experiência, com referência às metas do Projeto Institucional de Modernização da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio Grande do Norte, a partir das realidades encontradas nos territórios.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência, de abordagem qualitativa, realizada em 34 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Estado do Rio Grande do Norte. Este método foi utilizado para favorecer a descrição de um processo de percepção/construção compartilhada entre trabalhadores e supervisores-pesquisadores, ambos como intermediadores da qualificação da rede.

Assim como explana Mussi(5), o relato de experiência proporciona reflexões a partir das vivências de pesquisadores embasadas pelo esforço acadêmico-científico explicativo, ou seja, demonstra a importância de sustentar um relato crítico-reflexivo que dialoga com produções teórico-metodológicas já estabelecidas e autores que dialogam com o tema.

No período de construção do projeto, o estado do Rio Grande do Norte contava com 46 CAPS. Para fins de seleção, os(as) supervisores(as)-pesquisadores(as) foram divididos em três macrorregiões A, B e C. Na **macro A**, com cobertura da 2ª, 6ª e 8ª regiões de saúde, sendo 8 CAPS na 2ª região, 5 CAPS na 6ª região e 1 CAPS na 8ª região. Na **macro B**, com cobertura da 4ª e 5ª regiões de saúde, sendo 5 CAPS na 4ª região e 3 CAPS na 5ª região. E na **macro C**, com cobertura da 1ª, 3ª e 7ª regiões de saúde, sendo 5 CAPS na 1ª região, 6 CAPS na 3ª região e 13 CAPS na 7ª região.

A vivência de integração e intervenção dos supervisores-pesquisadores nas equipes dos CAPS ocorreu de agosto de 2021 até agosto de 2023, sendo cada um desses designado para duas unidades distintas, onde permaneceram até o final do projeto. Foram considerados os princípios éticos contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

A princípio, o projeto propôs cobrir todo o território estadual com a participação de 23 supervisores(as)-pesquisadores(as) nos CAPS, contudo apenas 17 profissionais

foram selecionados. Desta forma, dos 46 CAPS que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, apenas 34 foram contemplados com a atuação do projeto.

As intervenções foram previstas para ocorrer quinzenalmente em cada CAPS, com encontros de 4 horas de duração, de acordo com a disponibilidade de cada serviço. Também ocorriam encontros semanais com a coordenação do projeto, onde havia discussão de conceitos, trocas de experiências e expertises que contribuíram para a constante busca de efetivar o objetivo do projeto. Durante o restante do período, materiais de apoio eram produzidos e estudados para o momento de supervisão. Estes materiais eram pautados nas legislações que discorrem sobre atenção psicossocial, além de produções científicas sobre luta antimanicomial, supervisão, apoio institucional, reforma sanitária, política nacional de humanização, apoio Paidéia, entre outros conceitos que poderiam contribuir para uma visão mais integral e universal do cuidado.

Mediante o Acordo de Cooperação Técnica, os produtos alcançados deveriam ser descritos e expostos em forma de relatórios técnicos trimestrais, encaminhados ao setor responsável e à equipe coordenadora. Apesar de nem todos os CAPS terem sido contemplados, com prejuízo em algumas regiões de saúde, muito material foi produzido, fato que fundamenta um escopo para o relato das percepções a fim de produzir conteúdo de análise para futuras intervenções.

ANÁLISE CRÍTICA

Pretende-se apresentar, sob perspectiva do relato de experiências, os efeitos das intervenções de supervisores(as)-pesquisadores(as) nas equipes dos CAPS e suas reverberações na RAPS no estado do RN. As motivações da análise dos relatos, estão pautadas nas metas estabelecidas pelo projeto, organizadas de forma integralizada, a fazer jus às necessidades de evidenciar as complexidades que atravessam a rede para aquecê-la(6).

A implementação do funcionamento em rede, assim como apontam Figueiredo e Campos(7), tem como grande desafio alcançar uma alta taxa de resolutividade, alinhando uma série de fatores como: pactos de gestão para estabelecimento de fluxos; diálogos constantes entre profissionais que atuam nos dispositivos;



revisitações permanentes dos princípios e diretrizes que orientam tal funcionamento, entre outras ações. Não raramente usuários são encaminhados sob uma perspectiva fragmentada do cuidado e, visando romper essa lógica, a Supervisão Clínico-Institucional se apresenta como um importante dispositivo da rede na promoção da clínica ampliada.

Nesse sentido, a figura do Supervisor se apresenta no lugar de escuta e auxílio das equipes CAPS, atuando na elaboração de PTS efetivo, contribuindo para a promoção do Apoio Matricial, instrumentalizando os trabalhadores e construindo juntos Planos de Ação que visem a qualificação destas equipes, no desafio de pensar a singularidade de cada usuário(a) na sua relação com seu entorno.

Em um dos CAPS supervisionados a equipe aparece mobilizada desde o primeiro encontro, requisitando do supervisor um saber sobre atenção à crise, que não sabem fazer pois a falta de insumos impede de fazer a contenção química ou a contenção física, é provocado que se pense também na contenção pela fala.

Essa demanda se repete ao longo de alguns encontros, o requerimento de um curso sobre atenção à crise, sobre protocolos de como atender um paciente psicótico, as intervenções também continuam nessa direção, em uma intervenção é necessário retificar na reunião que: “o ser humano não tem protocolo”. A clínica é dos vários, mas cada usuário é único em sua singularidade.

Mas, também se recolhem angústias semelhantes pela equipe, o medo por alguns usuários violentos, alguns usuários já adentraram o CAPS portando armas, como facas e pistolas, outros agrediram técnicos, também se repete uma situação de uma equipe majoritariamente feminina que cuida de uma população majoritariamente masculina.

Como efeitos da presença do supervisor testemunhamos posteriormente como nesse CAPS a equipe de forma autônoma se propôs repensar o roteiro de entrevistas semiestruturadas que guiavam as triagens sob a justificativa de abrir espaço para o particular dos casos, percebendo que as perguntas fechadas estavam atrapalhando mais do que ajudando na construção dos casos clínicos.

Esse trabalho contudo não é sem fricção, também foram encontradas dificuldades e barreiras pelos supervisores-pesquisadores no fazer de suas

atividades, que podem ser percebidas como reflexos das realidades que as equipes e rede vivenciam no processo de operacionalização da atenção psicossocial e das políticas públicas correlacionadas.

Após a realização do processo seletivo e início do projeto, apenas 17 supervisores(as)-pesquisadores(as) foram selecionados, devido aos critérios pré-estabelecidos no edital. No decorrer da intervenção, alguns participantes se desligaram por diferentes motivos e apenas 8 concluíram o projeto. A proposta de vínculo do projeto foi promulgada através de contratação por bolsa, por um período determinado de dois anos, contudo esse período foi marcado por atrasos nos repasses, além da resistência de alguns serviços à entrada do supervisor, que pensavam que seu papel seria o de um fiscalizador das ações de saúde, quando na verdade se trata muito mais de um apoio à essas ações. Essas dificuldades reverberam na evasão de alguns participantes. Com a vacância destas vagas, algumas regiões de saúde ficaram totalmente descobertas como a 5ª, 6ª e 8ª, outras regiões ficaram parcialmente descobertas na atuação do projeto.

No decorrer das supervisões, foram identificadas vulnerabilidades no processo de trabalho das equipes de diversos CAPS, no que tange os tipos de contrato e as fragilidades dos vínculos empregatícios, como contratos temporários e cargos comissionados. O estudo de De Oliveira Parisio e Sundfeld(8), trata sobre a flexibilidade e fragilidade no setor público. Para este autor, as contratações temporárias têm base no Artigo 37 inciso IX da Constituição Federal e na Proposta de Emenda Constitucional 32 de 2020. No entanto, nenhum dos dois documentos versam sobre os direitos dos contratados ou sobre a fragilização que é o contrato temporário. De acordo com o autor, é preciso estabelecer novos mecanismos de governança das contratações temporárias, fortalecendo a transparência e publicizando informações. Para tanto, é primordial que haja uma reforma administrativa que disponha sobre a uniformização de um rol mínimo de direitos aos contratados temporariamente.

Nas equipes de grande parte dos equipamentos de saúde mental das cidades do RN, o tipo de contratação acontece anualmente, gerando incerteza de continuidade nos trabalhadores quanto a sua própria segurança. Tal fato reverbera na assistência aos usuários, podendo a





disposição em exercer a função sem medo de retaliação, sustentando um lugar de receio, não comprometimento e indisponibilidade. Por vezes, relatos de ansiedades e apatia entre os profissionais também foram marcados, justamente pela incerteza da continuidade daquele emprego no amanhã.

Essas fragilidades apontam para a dura realidade dos processos generalizados de precarização do trabalho no campo da saúde, acentuados pela reforma trabalhista de 2015(9). As dificuldades relatadas pelas equipes nas supervisões parecem ser a faceta de um processo, em que os dispositivos de saúde são, paulatinamente, transformados em ambulatorios geridos pela lógica mercantilizada e de responsabilização dos indivíduos pelo próprio adoecimento. E isso se apresenta de maneira flagrante na sobrecarga de trabalho trazida nos relatos dos trabalhadores dos CAPS, muito por conta do aumento da demanda por atendimento em serviços de saúde mental, marcas ainda da pandemia e o retorno às atividades habituais, corporificada por uma população desamparada, cada vez mais adoecida e do qual todos estes atores fazem parte. Em consonância com o relato dos profissionais, pesquisas já apontam para esse desgaste por essa categoria profissional(10).

Outro desafio percebido em campo, tem relação com a regionalização do cuidado em saúde mental. A regionalização é descrita como uma estratégia disposta no Decreto 7508 de 2011, usada para correção das desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de Saúde, por meio da organização funcional do SUS e o fluxo de referência e contra referência(11). Contudo, a depender da forma de implementação das políticas de regionalização, pode não atingir seu objetivo e dificultar o acesso da população aos serviços de saúde.

O estudo de Borges(12), que discute sobre a rede de atenção psicossocial do estado do Rio Grande do Norte conclui que apesar dos esforços, existem ainda muitos problemas advindos do processo de regionalização, onde leitos psiquiátricos são fechados, mas a abertura de novos serviços não consegue acompanhar as necessidades da população.

Embora haja boa cobertura de CAPS distribuídos pelo estado potiguar(3), emerge como questão a necessidade de entender o quanto a distribuição destes serviços está, de fato, suficiente. É importante evidenciar que a efetivação de outros serviços substitutivos como partes ativas

da RAPS coopera para o estabelecimento de um fluxo de cuidados que possam integrar mais a rede, reduzindo a sensação de distanciamento e fragmentação.

Ainda sobre a regionalização do cuidado, os manejos no fluxo da rede se apresentam como dificultosos entre os próprios serviços CAPS. A dificuldade em ampliar e regionalizar a RAPS cria barreiras de acesso, devido às complicações no fluxo dos usuários aos serviços. Em muitos casos, alguns usuários necessitam de intervenções hospitalares para estabilização de crises, ou um cuidado mais intensivo em um CAPS específico, longe de seu território, muitas vezes inviabilizando a assistência efetiva e de base territorial, como almejado pelas políticas de saúde.

Quando as(os) supervisoras(es)-pesquisadoras(es) chegaram ao serviço, após explanações acerca de suas funções por parte do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (NUSME) do estado aos gestores dos municípios, foi percebido ainda alguns ambientes temerosos às intervenções deste dispositivo. Foi possível observar algumas vezes, o que foi até verbalizado por técnicos, a compreensão equivocada de que essa chegada representava o controle do estado sobre as práticas destes serviços.

No relatório final da IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental(13), a supervisão e a qualificação das equipes terapêuticas já foram mencionadas como fundamentais para um cuidado mais integral dos usuários e a promoção de seus direitos. O lugar do supervisor enquanto profissional que não é do serviço, tampouco trabalhador do estado, contribuiu para desmistificação da função de fiscalizador e possibilitou disposição das equipes em se abrir para o processo reflexivo.

Em algum âmbito, a Supervisão pode se relacionar com Apoio Institucional bebendo de uma fonte comum de conceitos. O Apoio Institucional visa mudanças nas organizações, interferindo nos problemas e tensões do cotidiano das instituições e da relação destas com o território. Pressupõe o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais, ampliando a democratização, a autonomia e o compromisso dos trabalhadores e gestores(14). Durante o processo de escuta das equipes, embora houvesse especificidades em cada CAPS, muitas questões eram comuns, o que pode indicar a ordem estrutural das situações relatadas nas supervisões.





Uma fala comum, era a da necessidade de capacitação, diante dessa demanda houve uma experiência bastante interessante em um dos CAPS supervisionados, no qual a equipe se queixava bastante da falta de organização do fluxo dos serviços da região, que muitos usuários eram enviados para lá de mala e cuia na mão sem um matriciamento ou referenciamento apropriado e fizeram a demanda ao supervisor para que houvesse um momento de capacitação e qualificação sobre isso. O supervisor, visando promover a autonomia da equipe, inverteu a direção da demanda e propôs uma oficina para a confecção de um mapa da região de saúde. Em uma experiência muito interessante, diferentes técnicos e profissionais participaram da confecção do mapa, muitas vezes adicionando informações que não estavam disponíveis nos meios formais, como unidades de saúde que não constavam no sistema ou que não se enquadram naquela categoria. Também serviu como mote para a confecção de uma lista com profissionais desses serviços e um número para contato.

Um dos efeitos mais imediatos foi um maior conhecimento do território, com manejos mais sensíveis das demandas que eram encaminhadas, assim os pacientes que chegam sem referência, mas encaminhados por outro serviço são acolhidos e encaminhados para o serviço mais apropriado - e também mais próximo de seu território. Esse aspecto do manejo tem todo seu valor quando se pensa que um dos principais fatores para a permanência do usuário no serviço e a adesão ao tratamento é a distância geográfica da unidade.

Aquí, diante dos conteúdos do Projeto Institucional e das próprias políticas de saúde, pode-se apontar a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) no processo de qualificação individual e coletivo, do fazer cotidiano no cuidado em Saúde Mental. Na lógica de uma prática reflexiva e transformadora, implica-se estar constantemente refletindo acerca da prática realizada, de modo a atuar em busca de um cuidado mais integral⁽¹⁵⁾. Nesta linha de pensamento, a educação permanente pode ser vista como um apoio a trabalhadores e gestores no repensar constante do processo de trabalho individual e coletivo, sendo visualizada como um instrumento disparador de reorganização do processo de trabalho, a partir da reflexão da prática⁽¹⁶⁾.

Neste sentido, todo o percurso construído em torno da escuta ativa da equipe e o trabalho dos supervisores sendo pautado pela demanda do território, fez com que de forma intrínseca a EPS se desse mutuamente entre esses atores tão diversos. As discussões orientadas pela problematização da realidade encontrada, seja nas discussões de caso ou na reflexão acerca da própria instituição, mobiliza esses grupos para os conceitos dos quais esta prática se aproxima. O processo de formação em serviço, por meio da realidade concreta, pode implicar os sujeitos por se enxergarem nele. Sendo assim os temas abordados nas discussões de caso levantaram também as necessidades básicas de uma rede que está em constante processo de implementação, ora avançando, ora retrocedendo diante das conjunturas complexas que a permeiam.

Ainda sob os atravessamentos da EPS nas práticas de trabalho dos serviços, fez-se perceber que algumas situações vividas evidenciaram a carência de conhecimento de algumas equipes atuantes que ainda não haviam se apropriado dos princípios que estruturam o propósito do CAPS e da RAPS. Neste sentido, houve primeiramente a premência de tocar em pontos basais, mas que se apresentavam como carência nos serviços.

Estes pontos basais fazem referência à importância em distinguir o que se espera no funcionamento do CAPS com o que se espera de práticas especializadas, que resolve questões pontuais do sujeito, mas ignora o contexto em que se insere, o que acaba por reforçar práticas fragmentadas. A integralidade do cuidado se dá no ponto em que o trabalhador consegue ver sua prática para além de sua especialidade e enxergar o usuário como sujeito social, inserido em uma realidade complexa, onde a atuação desconectada não consegue alcançar. Dito isto, evidencia-se que, antes do que atender os produtos esperados do projeto de modernização, os supervisores tiveram como necessidade mais urgente, chamar atenção para esse panorama essencial e inicial para efetivação da assistência psicossocial como política de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o processo de construção da RAPS do Estado do Rio Grande do Norte é marcado por movimentos importantes de desospitalização,





fechamento de manicômios e reavaliação de Planos de Ação. Contudo, do outro lado, também encontramos entraves em relação a insuficiência de investimentos na manutenção dos serviços substitutivos, de oferta em alternativas à população considerando a alta demanda, e do próprio processo de qualificação da rede. Dessa forma, os supervisores observaram um movimento de desarticulação e desresponsabilização dos atores envolvidos, dificultando a implementação de processos de educação permanente. Apesar de autores apontarem a boa cobertura de CAPS no estado, para o funcionamento integrado da RAPS, se faz necessária uma boa distribuição destes serviços, bem como a abertura de serviços substitutivos como, por exemplo, as Residências Terapêuticas, tão necessárias para os processos de desinstitucionalização.

Não podemos nos furtar em reconhecer que este projeto proporcionou evidenciar nós críticos da rede de atenção psicossocial do estado e municípios, pelo qual ofertou novas perspectivas de atuação para produção de ações posteriores mais efetivas. A transformação do processo de trabalho e da assistência, é gradativa e sutil. A supervisão é a aposta de que uma pessoa externa possa fazer emergir as questões da equipe, assim como os problemas daquela rede, e facilitar a implementação plena da política de saúde mental, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica com vistas ao cuidado antimanicomial. Nesse sentido, atua de maneira micropolítica, embora em alguns cenários isto possa ser visto de maneira mais incisiva no cotidiano relatado pelos profissionais.

De maneira geral, os serviços que estiveram sob supervisão falam da qualificação como importante para o cuidado, onde demonstram desejo de continuidade, pois fica a sensação de que o trabalho ainda é jovem para se findar. Se espera que os efeitos junto às equipes durem mais do que a presença do supervisor, mas a não continuidade de uma experiência desse escopo mina a possibilidade de realizar a educação permanente e de autoanálise de maneira concreta. Pois, apesar do estímulo à autonomia das equipes, as barreiras ao funcionamento da rede persistem, como, por exemplo, a falta de estrutura, necessidade de ampliação da rede, vínculos empregatícios precários e o desgaste dos trabalhadores que desestimula o uso das suas habilidades e conhecimentos. Não é uma

defesa pela presença de um supervisor permanente, pois é interessante que eles também circulem pelos territórios, mas pela presença da supervisão nos serviços e nas equipes.

Por fim, o projeto acende a centelha da importância dessa presença externa, do espaço de escuta dos trabalhadores e da Educação Permanente de maneira contínua no serviço, pois ela traz a reflexão baseada na realidade do processo de trabalho e não apenas nos conteúdos teóricos. Frequentemente era comum os profissionais relatarem que a supervisão os ajudou a ver a utilidade em instrumentos como o PTS, a importância do trabalho em rede e da oferta de momentos de acolhimento e escuta das suas questões e angústias.

Recolher esse material da equipe não é sem consequências. Por vezes, inclui recolher sentimentos negativos e permitir que esses sentimentos apareçam na supervisão constitui um ponto fundamental dessa análise. Aliás, esse movimento é possível porque o supervisor não está ali como fiscalizador ou um simples apoiador, pois o incômodo que os trabalhadores trouxeram sobre a supervisão, também pode falar do desconforto dos técnicos com seu próprio fazer no serviço, e a elaboração desse material requer um trabalho permanente.





REFERÊNCIAS

- 1 - Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 893-902, 2007.
- 2 - Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- 3 - Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Nogueira N, Barbosa BCNS, Silva BIBM et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), p. 1727-1738, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>
- 4 - Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Silva BIBM, Quinto B, Nunes CC. Saúde mental em municípios de baixo desenvolvimento: Estudo avaliativo da RAPS no Nordeste. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 113-137, 2021b. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80703>.
- 5 - Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práx. Educ., Vitória da Conquista*, v. 17, n. 48, p. 60-77, out 2021 [citado 17 ago 2023]. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-26792021000500060&lng=pt&nrm=iso.
- 6 - Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 21, n. 60, p. 13-22, jan/mar 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>.
- 7 - Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 129-138, 2009.
- 8 - Parisio IO, Sundfeld CA. Flexibilidade e fragilidade nas contratações temporárias do setor público: Percepções do judiciário. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 26, n. 84, 2021.
- 9 - Santos LM, de Almeida ME, Pasqualotti A, de Brum Palmeira G. Adoecimento mental em profissionais da saúde na pandemia de COVID-19: Revisão integrativa. *Tópicos em Ciências da Saúde* v27. 2022;7-16.
- 10 - Morosini MVGC. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. suppl 1, p. 5-7, nov. 2016.





11 - Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun de 2011.

12 - Borges LF, Oliveira LV, Leite MJVF, Fernandes SMBA. A implantação da rede de atenção psicossocial do rio grande do norte: avanços e desafios. Mental. 2021, vol.13, n.23, pp. 102-122. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272021000100007

13 - Ministério da Saúde (BR). Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Relatório Final. Brasília. 2010. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf

14 - Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2007.

15 - Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DEDS, Slomp JH. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituto nas redes - Livro 1, 2016, pp.59-72.

16 - Sá ACMGND, Ferreira ERDO, Xavier JDC, Alves CM. Contribuições da educação permanente para qualificação da assistência de enfermagem em um hospital público. Rev. bras. ciênc. saúde, 2018, p. 87-94.

