



Artigos Originais

Supervisão Clínico-Institucional: uma retrospectiva programática

Clinical and Institutional Supervision: a programmatic retrospective

Jeovane Gomes de Faria¹
Daniela Ribeiro Schneider²

¹ Centro Universitário UNISOCIESC – Jaraguá do Sul/SC

² Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo: 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 pelo 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 intersetoriais. Finaliza-se ainda com o questionamento das implicações promovidas por essa transição e a brusca interrupção dos editais para a organização de novas supervisões.

Palavras-chaves: Saúde Pública, Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Educação em Saúde, Supervisão.

Abstract: Aiming to present a critical retrospective of clinical and institutional oversight edicts, this paper aims to discuss such training strategy in service with the actions education in health. Using a theoretical and conceptual analysis, by means of edicts published by the Ministry of Health, It was possible to trace the formative path of supervision, with the proposal coming out of a model centered in CAPS for perspective of care in intersectoral networks. It is still concluded with the questioning about the implications of this transition and the abrupt interruption of the edicts for the organization of new supervisions.

Keywords: Public Health, Mental Health, Psychosocial Attention, Education in Health, Supervision.

1. Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm apresentado uma realidade que aponta para as deficiências das teorias e modelos de atenção frente às demandas das relações diárias dos trabalhadores com a singularidade dos sujeitos atendidos¹. Surge assim a necessidade de se rever práticas e conceitos que pareciam sustentar o trabalho em saúde mental, a partir da formação acadêmica e de experiências no cotidiano laboral, antes mesmo de legitimá-las como estratégia terapêutica, sendo fundamental a instauração de um “ambiente democrático com estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes”¹(p. 310).

A Supervisão Clínico-Institucional, implementada pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 1174 / GM de 07 de julho de 2005, tem o propósito de atuar como ferramenta de organização, sistematização e estímulo ao desenvolvimento de programas de educação em serviço, situada dentro da política preconizada pelo Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS, com a portaria ainda definindo a forma como serão financiadas as supervisões, bem como suas diretrizes de funcionamento². A supervisão deve configurar de forma dialógica entre os atores envolvidos (Supervisor, Equipe e Rede de Atenção), propiciando a

corresponsabilização e o levantamento das convergências e divergências nas diferentes questões que possam emergir durante o processo, funcionando como um dispositivo de formação permanente, que facilite o manejo para com os desafios e surpresas inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial¹.

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

- a) Supervisão clínico-institucional regular;
- b) Ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários;
- c) Ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência;
- d) Realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores;
- e) Ações de integração com familiares e comunidade;
- f) Desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento em articulação com centros formadores² (p. 1).

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

O trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada² (p. 1).

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

A supervisão clínico-institucional configura-se como um espaço propício ao surgimento de práticas fundadas na cooperação entre os saberes¹, uma vez que tem o potencial de minimizar o risco iminente da reprodução de velhas práticas, como a construção de "novos espaços asilares", uma vez que é um instrumento de integração e qualificação, apresentando-se como um projeto ético-político direcionado à construção de uma boa prática clínica, articulada a uma otimização dos recursos humanos e institucionais existentes nas equipes, nos equipamentos de saúde e no território³.

Sampaio e Abreu³ salientam, entretanto, a existência de algumas dificuldades do processo, uma vez que se torna necessário estabelecer uma sistematização para realizar os encontros de supervisão, ao mesmo tempo em que também se faz importante propiciar o protagonismo e a grupalidade dos trabalhadores na condução dessa experiência. A presença regular de um supervisor deve sustentar a ação dos profissionais nos serviços, conduzindo a uma produção permanente de conhecimento a partir da própria prática clínica¹.

Desde a publicação da portaria, em 2005, foram lançados oito editais de seleção de projetos de supervisão, sendo escolhidos um total 851 projetos (262 CAPS I, 258 CAPS II, 196 CAPSad, 95 CAPSi, 39 CAPS III e 1 CAPSad III). Os editais VI, VII e VIII constituíram-se em editais específicos, sendo o segundo para seleção de hospitais psiquiátricos que passariam por supervisão de desinstitucionalização, onde foram selecionadas 27 instituições psiquiátricas em todo o Brasil. Com essa amplitude e sua incorporação estrutural nas políticas públicas, a supervisão, conforme descrita por Barleta⁴, configura-se como uma *prática-eixo*, isto é, um dispositivo essencial à construção da rede nacional de saúde mental.

Os editais VI (2010) e VIII (2011) corresponderam à seleção de projetos de supervisão para a Rede de Atenção em Álcool e/ou Outras Drogas, com a seleção de 104 e 98 CAPS, respectivamente, das diversas modalidades, com a exigência de que estivessem inseridos em uma rede de atenção a usuários de drogas. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo apresentar uma retrospectiva crítica aos editais de supervisão clínico-institucional, bem como problematizar a referida estratégia de formação em serviço e as ações de educação na saúde,

mesmo a supervisão não estando vinculada diretamente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

2. Método

O presente artigo foi construído a partir de uma análise histórico e conceitual da supervisão clínico-institucional, com base nos editais publicados pelo Ministério da Saúde, bem como nos resultados de suas seleções, disponibilizados publicamente em seu site institucional. Somou-se a essas informações uma revisão bibliográfica acerca dos conceitos trabalhados ao longo do artigo, como a própria supervisão e a educação na saúde.

3. Percurso histórico e formativo da supervisão clínico-institucional

Desde a publicação do primeiro edital, em 2005, são verificadas sensíveis mudanças nas diretrizes de Atenção em Saúde Mental, acompanhando o estabelecimento e consolidação da Atenção Básica à Saúde. No período também ocorreram outras conferências na área de seguridade social (Saúde, Educação e Assistência Social), com destaque para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com foco na Atenção Inter-setorial. Outra mudança importante foram as trocas de coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que irá impactar diretamente no eixo de prioridades na execução dessa política pública.

A primeira seleção para supervisão clínico-institucional foi organizada em 2005, via Portaria 1174/GM selecionando 88 projetos em todo o Brasil e trouxe como propósito a luta pela legitimação e consolidação dos CAPS enquanto serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, buscando associar os princípios do Sistema Único de Saúde com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de seguir as recomendações da III Conferência de Saúde Mental, que deliberou pela criação de programas estratégicos, interdisciplinares e permanentes, que promovessem a qualificação da rede de atenção em saúde mental². Com vistas a essa qualificação da rede assistencial, a seleção de projetos privilegiou municípios e regiões com serviços enfrentando dificuldades na sua organização e funcionamento. As modalidades mais complexas dos CAPS, de funcionamento 24h (CAPS III) e específicos para usuários de drogas (CAPSad) e crianças e adolescentes (CAPSi), também tiveram preferência nesse primeiro período da construção do processo de supervisão.

Outra evidência do foco inicial da supervisão na consolidação do dispositivo CAPS foi a priorização de serviços inseridos em município/regiões em processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas². Tal perspectiva na organização dos processos de supervisão irá se repetir nos editais II (2007, com 150 projetos) e III (2008, com 137 projetos). Os critérios descritos anteriormente corroboram com a constituição da política de saúde mental, no início dos anos 2000, onde a organização da rede de atenção à Saúde Mental era organizada de forma centralizada nos CAPS, entendidos como os dispositivos reguladores da assistência⁵, voltada assim para o processo de desinstitucionalização da atenção à saúde mental.

Embora desde 2003 já se perceba uma aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica à Saúde (ABS), via ações de Apoio Matricial a partir de equipes de referência⁵, somente no IV Edital, publicado em 2008 (165 projetos aprovados), será colocada a exigência para que a supervisão estabeleça conexão entre as ações do CAPS com a ABS, embora em um campo restrito, entre parênteses, no item que trata do projeto de qualificação. Também foi o primeiro edital a inserir o item Projeto "Arte, Cultura e Renda nos CAPS", dando prioridade aos serviços que possuísem projetos de geração de renda, atividades culturais e oficinas de arte. Apesar dessa mudança, os critérios de seleção centrados nos CAPS ainda continuavam⁶.

Uma mudança na compreensão no campo da Saúde Mental é percebida, que passa a ter também na Atenção Básica à Saúde um dos centros ordenadores da atenção, caminhando-se aos poucos para a descentralização da atenção⁵, que já era almejada ideologicamente nos primórdios da Reforma Psiquiátrica. A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, com vistas a fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere a ampliação

de sua abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade⁷, incluindo ações de Saúde Mental, irá consolidar esse processo de mudança paradigmática.

Após um hiato de dois anos, em 2010 é publicado o Edital V de supervisão, com o nome “V Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial”, dando maior ênfase na Atenção Básica, conforme as mudanças mais gerais anteriormente mencionadas. Embora os editais anteriores apontassem para a articulação com o território, será esse o primeiro a especificar os dispositivos na rede de atenção, utilizando uma nova nomenclatura que começa a se firmar: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ações voltadas para a integração dos CAPS com as equipes e serviços da ESF e do NASF, inserindo a realização de ações intersetoriais como componente relevante no projeto de supervisão⁸. Esse edital, com 109 projetos selecionados, ocorreu concomitantemente com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve nas articulações intersetoriais sua principal temática⁹.

Ainda em 2010, foi publicada a VI Chamada para projetos de supervisão, com a seleção de 104 projetos, tal seleção seguiu a tendência de inserção da Saúde Mental em uma rede assistencial articulada intra e intersetorialmente, em formato de linha de cuidado, com práticas educativas e culturais. O diferencial deste edital foi o foco na demanda promovida pelo fenômeno do uso de drogas, sendo específica para a rede assistencial de tal temática¹⁰. Os critérios de seleção inseriram ações baseadas no paradigma da Redução de Danos e o fortalecimento das redes de apoio social e comunitárias, em articulação com o controle social e a rede de proteção social.

A VII chamada de supervisão retomou a questão da desinstitucionalização, a partir das propostas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, selecionando 27 projetos específicos para ações de qualificação técnica e reformulação da assistência em saúde mental, em municípios ou regiões onde se encontravam Hospitais Psiquiátricos e/ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Apesar de específico, o texto do edital dá ênfase na explanação de que as ações de desinstitucionalização não estão limitadas à constituição de serviços substitutivos, implicando na reorganização da rede de atenção, otimizando fluxos e garantindo ações de reinserção social dos usuários que passaram por internações de longa permanência¹¹. Esse edital também previu a supervisão e o apoio à organização das equipes/profissionais de referência para os Serviços Residenciais Terapêutico (SRT) e para o Programa de Volta para Casa (PVC), além da construção, junto às equipes de CAPS, NASF, ESF, hospitais gerais e de serviços intersetoriais, de linhas de cuidado que atravesse todos esses dispositivos.

O Edital VIII para projetos de supervisão, publicado em 2011, selecionou 98 projetos e, como no Edital VI, foi direcionada especificamente para a rede atenção a usuários de álcool e outras drogas, com foco no fortalecimento da RAPS, sendo este o último edital de supervisão na perspectiva iniciada em 2005, com foco nos CAPS. Nesse documento percebe-se a consolidação da aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica, acompanhada das problematizações e demandas surgidas em dispositivos como o Apoio Matricial, como ação fundamental na integração da Atenção à Saúde¹².

As mudanças nos editais de supervisão são acompanhadas da evolução do conceito de Apoio Matricial, trazendo a perspectiva da corresponsabilização entre as equipes envolvidas no cuidado ao usuário¹³. Com a consolidação da Atenção Básica à Saúde e seus dispositivos assistenciais no território, entende-se esse espaço como aquele que oferece as condições necessárias para a conquista da integralidade e o aumento da resolutividade no cuidado ao usuário, sendo elas: atenção no contexto de vida em que se insere o usuário, longitudinalidade e continuidade do cuidado¹⁴. As autoras elucidam a crescente dependência e demanda da Reforma Psiquiátrica por articulações entre seus aportes teórico-conceituais com outros campos do conhecimento (interdisciplinariedade), outros instrumentos de trabalho (clínica ampliada e novas tecnologias de trabalho) e outros equipamentos/estruturas substitutivas (intersetorialidade).

Nesse contexto, a Coordenação Nacional de Saúde Mental publica, no final de 2013, um edital com o nome de “Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional” com objetivo de promover

ações de intercâmbio para profissionais da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) e estruturar ações de supervisão clínico-institucional em todas as redes participantes do projeto¹⁵.

Tal documento tem como proposta a troca de experiências e ampliação das possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades, focando em seis linhas de ação: Atenção à crise e urgência; Saúde Mental Infanto-juvenil; Saúde Mental na Atenção Básica; Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial. Cada rede inscrita deveria qualificar-se para uma linha de ação específica, sendo que o financiamento seria dividido em módulos, contemplando uma (01) Rede Preceptora e cinco (05) Redes em Formação. O edital ainda destaca a necessidade da especificação dos pontos de atenção de cada rede inscrita, bem como a articulação entre os mesmos. A supervisão clínico-institucional aparece de forma secundária, em subitem do edital, sendo parte dos módulos de capacitação¹⁵.

A reaproximação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, incorporando o reconhecimento da pertença do tema da saúde mental na Atenção Básica tem o potencial de desconstruir a falsa dicotomia entre o clínico e o social, o coletivo e o individual¹⁶. Tal concepção fortalece a ideia de que os serviços de saúde, incorporando a lógica do território, irão integrar as redes sociais das comunidades que se inserem¹³. Por outro lado, Gama e Campos¹⁷ descrevem a importante estruturação da atenção aos usuários com maior gravidade por parte das políticas de saúde mental, mas com as ações ainda muito distantes da realidade dos dispositivos da Atenção Básica, com a complexidade das questões que envolvem esse público sendo um importante limitador na implementação de novas propostas.

Questiona-se assim, qual modelo consegue contemplar as ações de formação em serviço nas questões de saúde mental: A supervisão nos moldes dos editais anteriores ou as redes formativas? A supervisão não seria uma forma de institucionalizar os profissionais? As redes formativas, com seu foco nos pontos de atenção, não incorreriam em colocar as questões clínicas de forma superficial? Como conciliar a integração entre os pontos de atenção com as ações de qualificação dos atores envolvidos?

Para responder tais questionamentos, ou pelo menos buscar uma análise crítica do lugar em que se insere a supervisão clínico-institucional, complementa-se com uma discussão acerca das estratégias de educação e formação em saúde, com a elaboração de um panorama da formação de profissionais para a atenção à demanda de saúde mental, mesmo que, enquanto ação programática, os editais de supervisão sempre estivessem lotados junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, não possuindo vínculo oficial com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, também do Ministério da Saúde.

4. Supervisão clínico-institucional: educação na saúde x educação em saúde

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

O termo 'Educar' vem do latim *educere*, que significa conduzir. As propostas básicas para a Promoção da Saúde, em termos emancipatórios, implicam em abandonar a ideia de uma educação do tipo "conducente" em direção a uma proposta "informativa", fortalecedora das populações, no sentido de uma educação não-normativa e dialogal conforme proposta por Paulo Freire¹⁸. Dentro dessa perspectiva o supervisor não teria o monopólio do conhecimento, devendo ele fortalecer as equipes produzindo sentidos em suas inter-relações e práticas de cuidados junto aos usuários dos serviços. As equipes, assim, se desenvolveriam da mesma forma junto aos usuários.

Essa concepção implica em uma transição da "Educação em Saúde", focalizada em práticas normalizadoras e sanitárias, além da transmissão de conhecimentos prévios, para a

"Educação na Saúde", organizada a partir processos pedagógicos e dialógicos construídos na forma como os sujeitos de apropriam das informações recebidas, produzindo ressignificações e transformações no núcleo dos processos de trabalho. Será essa unidade dialética que irá gerar formas de atuar e pensar sobre a realidade e, conseqüentemente, produzir estratégias para transformá-la¹⁹.

A supervisão clínico-institucional é tratada aqui na perspectiva da "Educação na Saúde", entendendo o supervisor como uma educador, sendo compreendida como um processo dialético e transformador a partir das informações transmitidas e as conseqüentes apropriações e produções de sentidos¹⁸, rompendo uma lógica narrativa, onde o educador conduz à memorizações mecânicas dos conteúdos, com o ato de educar sendo sinônimo de depositar, onde "os educandos são os depositários e o educador o depositante" ¹⁹ (p. 66). Nesse sentido, o processo não se dará mais na relação do educador *para* os educandos e sim no processo dialógico e transformador do educador *com* os educandos. A saúde, nessa pedagogia, deixa de ser uma conquista material na lógica comercial para ser um processo dinâmico e libertador¹⁸.

Dentro das políticas de educação na saúde coexistem dois conceitos que anseiam por maior compreensão e convergência, que são as noções de Educação Permanente e Educação Continuada. Os dois termos vêm sendo utilizados comumente como sinônimos, geralmente vinculado à aquisição de novas atitudes e repertórios comportamentais ao longo da contínua aquisição de conhecimento e conceitos, apresentando-se assim desvinculados da noção de "Educação em Serviço" e representativos de um processo que ocorre, formal ou informalmente, ao longo da vida²⁰.

Educação Continuada corresponde a um conjunto de experiências e conhecimentos adquiridos após uma formação inicial, com vistas a permitir ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar suas competências, adequando-as com o desenvolvimento de suas responsabilidades, em uma perspectiva apresentada dentro de uma lógica individual e na relação do indivíduo para com a suas práxis^{21,22}.

Embora se tenha compreensões de sua similaridade com a Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos²⁰, o termo "Educação Permanente" irá corresponder também à "Educação em Serviço" em outras definições, quando incorpora repertórios referentes aos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica com o objetivo de promoção de mudanças institucionais ou novas configurações na orientação quanto às ações prestadas em dado tempo e lugar^{23,24}.

O conceito de Educação Permanente na Saúde (EPS) foi introduzido, no Brasil, com vistas a qualificar o desafio de "tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho"²⁴. Nesse sentido, a EPS atuaria como uma estratégia transformadora das práticas de saúde²⁰. Tal transformação do trabalho seria acompanhado por uma atuação crítica, reflexiva e propositiva, apresentando compromisso tecnicamente competente com novas produções em saúde^{24,25}. A EPS poderá assim produzir 'novas competências para o trabalho', uma vez que enuncia, por meio da reflexão sobre o processo de trabalho, problemas e necessidades de natureza pedagógica, facilitando assim a reconstrução do modelo de atenção à saúde²⁵, colaborando para que os serviços de saúde possam produzir melhores respostas às demandas dos territórios aos quais se encontram inseridos²⁰.

A Educação Continuada, sendo assim, está situada no âmbito da transmissão de conhecimento (como a Educação em Saúde), tendo na ciência a sua fonte de informações, com ênfase em cursos e treinamentos construídos a partir do diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional. Em contrapartida, a EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do processo de trabalho (como a Educação na Saúde), na valorização do trabalho como fonte de conhecimento e na da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das

práticas²⁶. A EPS é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Tesser; Mascarenhas et al²⁰, em pesquisa sobre EPS na Atenção Básica em Saúde, relacionam as ações pedagógicas com os potenciais de mudanças na prática de gestão e atenção, propiciando o diálogo com matrizes teórico-metodológicas vigentes e abertura para novas construções que possam aproximar os serviços de saúde de atenção integral, humanizada e de qualidade.

Considerando-se as características e diretrizes previstas na constituição do instrumento da Supervisão Clínico-Institucional, situada dentro de um processo de “Educação em Serviço”², considerou-se neste estudo, além da perspectiva de “Educação na Saúde”, o termo “Educação Permanente na Saúde” (EPS), que também é a terminologia que compõe a base conceitual do sistema de saúde brasileiro. Neste sentido entende-se aqui o processo de supervisão como uma ferramenta de resignificação dos processos de trabalho, bem como de espaço dialógico para a construção de ‘boas práticas’ em saúde, atuando assim tanto nos processos de Gestão e Educação no Trabalho como na produção de uma clínica integral centrada nos sujeitos e seus territórios de vivência.

5. Considerações finais

O exercício da supervisão em saúde mental não é uma novidade, uma vez que a prática está presente nas diferentes disciplinas constituintes das profissões de saúde. O diferencial da supervisão-clínico institucional está em se criar uma ação programática e sistemática, com o objetivo de qualificar a atenção dos profissionais e serviços de saúde mental, bem como sua interlocução com a rede intersetorial.

A iniciativa de se ampliar a estratégia, visando alcançar uma maior amplitude de atores envolvidos na atenção aos usuários da saúde mental implica também em uma mudança paradigmática, saindo de um modelo “CAPScêntrico” para uma perspectiva do cuidado em rede, o que vai ao encontro das bandeiras históricas do movimento de Reforma Psiquiátrica, como a inserção social e o cuidado compartilhado, levando-se em conta o território vivencial dos sujeitos.

Por outro lado, tal ampliação incorre no risco de se limitar a supervisão clínico-institucional aos aspectos logísticos e organizativos dos serviços assistenciais, relegando as discussões clínicas a um nível secundário no processo, fato que se observa na própria proposta das Redes Formativas, com seu foco nos pontos de atenção, onde a supervisão aparece como uma possibilidade e não uma condicionalidade, facultando aos envolvidos sua efetiva realização.

Outros questionamentos vão na direção do risco da supervisão clínico-institucional, organizada de forma programática agindo no sentido de se institucionalizar os profissionais em um modelo ideológico, limitando a abertura a novas possibilidades terapêuticas, além de não conseguir efetivar e qualificar as propostas clínicas para o cuidado em saúde mental, tratadas de forma superficial e obscurecidas pela constante demanda associada às vulnerabilidades dos dispositivos assistenciais, como precariedade de vínculos empregatícios, falta de insumos, problemas de relacionamentos com as gestões etc.

Desde 2013 não foram mais publicados novos editais por parte do Ministério da Saúde, além dos já descritos no presente artigo, com a organização de novas estratégias dependendo das articulações municipais. Por um lado essa condição permite uma maior autonomia das equipes frente à organização de uma supervisão mais próxima de suas realidades, seja na escolha do supervisor seja na escolha do formato desejado. Por outro lado, torna-se preocupante a interrupção de um processo em construção e ainda pouco avaliado, relegando sua execução a apenas uma instância federativa. Emerge-se assim a urgência em se realizar estudos acerca das condições e implicações das supervisões realizadas, com vistas a se produzir conhecimento e sustentação empírica para as negociações que se aproximam em tempos de incerteza.

6. Referências Bibliográficas

1. Silva GM, Beck CL, Figueiredo AC da et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev latinoam psicopat fund* 2012; 15(2): 309-22.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Sampaio JJ, Guimarães JM, Abreu LM (orgs). Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no ceará. São Paulo: Hucitec. 2010.
4. Barleta CMA. A Supervisão Clínico-Institucional. *Rev assoc psican curitiba* 2013, 1(1): 29-45.
5. Schneider DR. A Rede de Atenção Psicossocial. In: Schneider DR, Lopes M, Lemos T (orgs). Manual para formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas. Florianópolis: Letra Editorial. 2013.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. IV Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial ("Supervisão IV"). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde. 2008b.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. V Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Faria JG (Dissertação). Racionalidades teórico-metodológicas de profissionais de CAPS ad: Implicações para as práticas e cuidados no serviço. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, Florianópolis. 2011.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. VI Chamada para Supervisão Clínico-Institucional: Rede de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas. ("Supervisão VI - AD") . Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. VII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional: Supervisão de Processos de Desinstitucionalização . Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
13. Penido CMF. Apoio Matricial em Saúde Mental no contexto da Saúde Coletiva. In: Paulon S, Neves R (Orgs). Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina. 2013.
14. Paulon S, Neves R (Orgs). Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina. 2013.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
16. Campos RO. Prefácio. In: Paulon S, Neves R (Orgs.). Saúde mental na atenção Básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina. 2013.
17. Gama CAP, Campos RO. Saúde mental na atenção básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cad bras saúde mental* 2009; 1(1): 112-31.
18. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent. 2007.

19. Freire P. *Pedagogia do oprimido* (48ª Reimpressão ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005.
20. Tesser C, Garcia A, Mascarenhas C et al. *Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Estratégia Saúde da Família (ESF) e análise da realidade social: subsídios para as políticas de Promoção da Saúde e Educação Permanente*. Florianópolis: Escola de Saúde Pública de Santa Catarina - ESP/SES/SC. 2009.
21. Backes VMS, Niersche EA, Camponogara S et al (Relatório Teórico/Científico Pesquisa). *A parceria docência e os serviços de saúde: uma proposta de Educação Continuada*. Universidade Federal de Santa Maria /UFSM-FAPERGS. 2000.
22. Davini M. *Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje*. In: Haddad J. Q.; Roschke, M. C.; Davini, M. *Educación Permanente de personal de salud (Serie Desarrollo de Recursos Humanos)*
23. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS Rev saúde coletiva* 2004;14(1): 41-65. Acesso em 16 de Agosto de 2018, disponível em www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf
24. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2005; 10(4): 975-86. Acesso em 16 de Agosto de 2018, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020
25. Motta JIJ, Buss P, Nunes TM. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho mágico* 2001; 8(3). Acesso em 16 de Agosto de 2018, disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>
26. Peduzzi M, Guerra DA, Braga C et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interf comun saúde educ* 2009; 13(30): 121-34. Acesso em 16 de Agosto de 2018, disponível em www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf

Artigo Recebido: 29.01.2019

Aprovado para publicação: 26.04.2019

Jeovane Gomes de Faria

Centro Universitário UNISOCIESC

Curso de Psicologia

AV. Getúlio Vargas, nº 268, Centro, CEP: 89251-970 – Jaraguá do Sul, SCP - Brasil

Telefone: (47) 35123100

Email: psijeovane@gmail.com
