

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANELISE STEFFEN

SUPERVISÃO CLINICO INSTITUCIONAL : RELATO DE EXPERIÊNCIA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANELISE STEFFEN

SUPERVISÃO CLÍNICO INSTITUCIONAL : RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Enfermagem na Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Professora Dra. Márcia Astrês Fernandes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “**SUPERVISÃO CLINICO INSTITUCIONAL : RELATO DE EXPERIÊNCIA**” de autoria do aluno ANELISE STEFFEN foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Enfermagem na Atenção Psicossocial .

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

Dedico este trabalho a todos os meus colegas, que mesmo diante das dificuldades da prática diária, buscam dar o melhor de si, valorizando os seus colegas da equipe de trabalho e se comprometem com a qualidade da assistência prestada ao paciente.

AGRADECIMENTOS

Dizer somente “obrigada” não expressa todo o meu sentimento de gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho. Tornaram-se parte da minha história, e não há palavras que traduzem o quanto significam para mim.

O meu crescimento pessoal e profissional é resultado da soma de todas as experiências vividas na graduação, na especialização à distância, na instituição onde atuo e no convívio com os pacientes da saúde mental que me proporcionam um grande aprendizado.

Olho para trás e dou conta da presença e fortaleza de DEUS, em todos os momentos. Sinto-me privilegiada por esta oportunidade.

Compartilho minha conquista e esta alegria com todos, especialmente com a minha família, mãe e pai, a quem devo quem sou e tudo a que posso vir a ser; ao meu esposo e minha amada filha, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas e estão sempre presentes comigo; aos meus amigos, presentes como fonte de energia e estímulo; os docentes que nos enriqueceram com os seus conhecimentos durante a especialização a distância; aos meus colegas pela convivência e ensinamentos compartilhados durante o curso.

A Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes, mesmo não a conhecendo, me auxiliou muito no desenvolvimento desta pesquisa, soube me orientar de maneira carinhosa e hábil, sendo acolhedora, paciente e dedicada. Meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO	22

RESUMO

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.

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Mental no Brasil passa por um processo de reorganização; a reforma psiquiátrica que por meio da portaria 336/GM Brasil 2002, cria os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS.

Estes centros têm por objetivo receber pacientes em sofrimento psíquico, excluídos socialmente, organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, trabalho este a ser desenvolvido por uma equipe multidisciplinar em uma perspectiva interdisciplinar (BRASIL, 2002).

Sendo assim, o processo de trabalho, na atenção psicossocial é sustentado pelas relações pessoais diretas de trabalhadores entre si e com a população em geral, mobilizando fortes implicações pessoais entre os mesmos.

No trabalho em saúde mental, percebe-se que são muitos os desafios que surgem no cotidiano laboral, seja pela apropriação das novas diretrizes, seja pelo trabalho em equipe ou mesmo pelas próprias inadequações do ambiente de trabalho.

Desse modo, a proposta de supervisão clínico institucional em implantação nos CAPS, desde 2005, tem o objetivo de fortalecer e concretizar a política de atenção em saúde mental, a partir dos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005), sendo portanto, uma forma apropriada para a qualificação dos serviços.

O trabalho sob a perspectiva da supervisão propicia o compartilhamento democrático dos saberes, evitando que se estabeleça uma aristocracia do mesmo, o que pode levar a fragmentação da equipe (GUERRA, 2003).

O CAPS Dois Irmãos está completando no ano de 2014, 4 anos de implantação, tendo em vista a complexidade das ações exercidas pelo CAPS enquanto responsável pela organização do sistema e das ações de saúde mental e, ao mesmo tempo, de agente de cuidados (realizando acompanhamento clínico e o trabalho junto ao território) se coloca necessidade de invenção de dispositivos que promovam a qualificação e o estudo das equipes, tanto nas relações internas do serviço, quanto para ações intersetoriais e fundamentalmente com a rede básica. Não há como sustentar técnica, política e financeiramente um trabalho que não se origine de um projeto que tenha como premissa estas articulações. Por isso a necessidade de implantar a supervisão clínico institucional no CAPS.

Assim, o objetivo do presente estudo foi o de relatar a experiência vivenciada com a implantação da supervisão clínico institucional em um CAPS do Rio Grande do Sul-RS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desde a Declaração de Caracas em 1990, onde foi afirmado o respeito pelo direito das pessoas com transtornos mentais e o reconhecimento da importância do cuidado para tal população ser realizado dentro do contexto comunitário, foi desencadeado o processo de reorientação do modelo hospitalocêntrico. Muito tem se construído e avançado em termos de acesso e modelos de cuidado na saúde pública no Brasil (OMS, 1990).

Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 marcou a mudança no conceito de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e 8.142/90, o que configurou uma Reforma Sanitária no País. O SUS incorporou um conceito ampliado de saúde como direito de todos, dever do estado e cujo modelo de assistência a Saúde é baseado no acesso universal, hierarquizado e descentralizado (BRASIL, 1988).

Com todas as mudanças já citadas, o hospital psiquiátrico, de acordo com Lancetti e Amarante (2000), passou a ser questionado do ponto de vista ideológico, político, sanitário e fundamentalmente prático. O cuidado em saúde mental também sofreu reorientações. O Rio Grande do Sul, pioneiro na Reforma Psiquiátrica, promulga em 1992 a lei 9.716 que dispõe sobre a nova organização de rede.

A publicação oficial do Ministério da Saúde evidencia o objetivo do governo para a atenção em saúde mental: [...] alcançar em um futuro próximo uma atenção em saúde mental que garanta os direitos e promova a cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil, favorecendo sua inclusão social (BRASIL, 2000).

É no contexto da promulgação da lei 10.216 de 06 de abril de 2001 na realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2001, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

O movimento da Reforma Psiquiátrica exigiu não só uma nova conceituação da loucura, com quebra dos mais variados estereótipos, mas acima de tudo trouxe a necessidade de novas formas de atendimento, que deveriam unir a qualidade técnica com planejamento eficiente na esfera social, garantindo a segurança e respeitando a dignidade da pessoa.

No entanto, para que isso aconteça efetivamente, requerem-se mudanças de atitudes dos profissionais, governantes, dirigentes de instituições de saúde, fundamentadas na gestão compartilhada, responsável, e respeito à cidadania ao portador de transtorno mental e a sua família.

A Política Nacional de Saúde Mental apresenta diversas estratégias para reconstruir o sistema de atenção em saúde mental, dentre essas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Política Nacional de Saúde Mental incentiva a criação de Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais (UPHG), ações da saúde mental na Atenção Básica, implementa uma política de atenção integral a usuários de álcool e drogas, implanta o programa De Volta para Casa, garante um programa de permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promovendo direitos dos usuários e familiares incentivando a participação do cuidado, garante tratamento digno e de qualidade ao doente mental infrator e avalia continuamente todos os hospitais psiquiátricos pro meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares” (PNASH/Psiquiatria) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos para leitos em hospitais gerais, no Rio Grande do Sul, com a lei Estadual 9716 de 1992 é intervenção que vai demonstrar a possibilidade de construção de uma rede extra-hospitalar de cuidados, efetiva, em saúde mental.

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

A lei nº. 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). De

acordo com Costa (2006), foi doze anos depois de o projeto original de lei ter sido proposto pelo deputado Paulo Delgado que os doentes mentais adquiriram o direito ao melhor tratamento, realizado com humanidade e respeito. A eles foram assegurados a proteção contra qualquer forma de exploração, o direito de receber informações a respeito de sua doença e tratamento em serviços comunitários de saúde mental, nos moldes do hospital-dia, criando-se, assim, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Esses tratamentos passaram a ser proporcionados pelo setor público, retirando-se, dessa maneira, o monopólio que, até o momento, era prerrogativa apenas da iniciativa privada, na forma de hospitais psiquiátricos particulares, os quais, muitas vezes, negligenciavam o tratamento adequado, a fim de receber os recursos vindos do Estado, inclusive, na forma de internações desnecessárias. Promulgada a Lei nº.10216/2001 foi invertida a concepção anterior, na qual a internação hospitalar para o paciente psiquiátrico e o isolamento social eram o principal tratamento. A partir daquele momento, a internação psiquiátrica passaria a ser feita somente quando os recursos extra-hospitalares não se mostrassem suficientes, com duração mínima e sem perder de vista o posterior retorno do paciente ao seu meio social (COSTA, 2006).

A aprovação da lei nº. 10.216/2001 reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil, pois, além de modificar a percepção da forma de tratamento, regulamenta cuidado especial com os usuários internados por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e desnecessária (COSTA, 2006).

Cabe ao CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. É função do CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos Municípios. O CAPS é o articulador estratégico desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005).

Para consolidar o redirecionamento da assistência ao portador de transtorno mental da hospitalização para o atendimento ambulatorial e, para tanto, prever-se financiamento e estruturação da rede assistencial, o Ministério da Saúde promulgou, em 19 de fevereiro de 2002, a Portaria GM nº. 336. Foi, então, estabelecido que os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS -

se estruturariam nas modalidades de serviços, como CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2004e).

Conforme essa portaria, os CAPS deveriam estar capacitados para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime e tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo; prestar serviços ambulatoriais de atenção diária; definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderiam executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental e que deveriam funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Entretanto, foi possibilitado aos CAPS se localizarem dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que fossem independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria (BRASIL, 2004e).

O CAPS I possuiria capacidade de atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, três profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo e quatro profissionais de nível médio – técnicos de enfermagem. Já o CAPS II deveria estar dimensionado para o atendimento a uma população de 70.000 a 200.000 habitantes e possuir uma equipe técnica composta por um médico, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo e seis profissionais de nível médio – técnicos de enfermagem (BRASIL, 2004e).

Por último, o CAPS III deveria prestar um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, à população de municípios com uma população superior a 200.000 habitantes. A previsão de atendimento desses Centros seria de, no mínimo, 40 pacientes por turno e, no máximo, 60 pacientes por dia, com uma equipe composta por dois médicos, um enfermeiro, cinco profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo e oito profissionais de nível médio – técnicos de enfermagem (BRASIL, 2004).

No país, existem 1541 CAPS (dados de junho de 2010) distribuídos em três especificidades quanto ao atendimento (BRASIL, 2010): CAPS para a infância e adolescência (CAPS i), CAPS para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) e CAPS para os pacientes

com transtornos psicóticos e neuróticos graves (CAPS I, II, ou III conforme o número de habitantes na cidade). O Rio Grande do Sul está contemplado com 135 CAPS sendo 63 CAPS I, 36 CAPS II, 14 CAPS i e 22 CAPS ad com uma cobertura considerada muito boa pelo Ministério da Saúde (0,95 para cada 100 mil habitantes).

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, do tipo relato de experiência sobre a supervisão clínico institucional desenvolvida no CAPS do Rio Grande do Sul.

O desenvolvimento desta experiência ocorreu na cidade de Dois Irmãos, no município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, cuja população estimada para 2013 foi de 29528 (IBGE).

O município de Dois Irmãos conta com duas equipe de Estratégia de Saúde da Família, 4 Unidades Básicas de Saúde, um Pronto Atendimento 24 horas, um Hospital Geral e o Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) I.

O CAPS onde foi realizada a supervisão presta assistência de segunda à sexta-feira, das 7 horas às 19 horas aos usuários. A equipe é composta por duas psiquiatras, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, dois psicólogos, três estagiários de psicologia, uma assistente social, uma arteterapeuta, um vigilante, uma recepcionista e uma coordenadora.

O CAPS recebe para acolhimento àqueles pacientes que foram encaminhados pela rede intersetorial do município de Dois Irmãos. O usuário comparece até o CAPS, trazendo o seu encaminhamento para agendar o acolhimento. O acolhimento pode ser individual ou coletivo, conforme a especificidade da situação. O CAPS também acolhe diariamente situações agudas, onde necessariamente não há um encaminhamento formalizado, mas que se configura como uma demanda de CAPS, estes casos são atendidos imediatamente por serem situações de urgência/emergência sendo encaminhadas para internação hospitalar, domiciliar ou permanecem em atendimento intensivo no CAPS. Os pacientes que são acolhidos e não forem situações a serem tratados no CAPS, serão contra referenciados para serem acompanhados pela Atenção Básica, ou para outro dispositivo da rede intersetorial, como Centro de Referência Assistência Social, Conselho Tutelar, Núcleo de Apoio Educacional.

Desde a acolhida do paciente até sua inserção nas atividades do CAPS, bem como a definição do plano terapêutico singular, será garantido ao paciente o sigilo das informações prestadas à equipe, salvo se tais informações tratarem de conteúdo que possam colocar sobre a importância de contatar um familiar e compartilhar a informação. O paciente sempre receberá o maior número de informação do andamento do seu transtorno, tratamento, medicação e

modalidade de cuidado. Os familiares também recebem suporte com o grupo de familiares que acontece a cada 15 dias.

Os pacientes são atendidos individualmente ou em grupo, além de visitas domiciliares. Para tanto, o CAPS organiza um cronograma de atendimento (ANEXO) que a Equipe realiza . Quanto aos grupos são os seguintes grupos: Grupo de Apoio Familiar, Grupo de Mulheres, Grupo de Ansiedade e Depressão, Grupo Cultural influenciador nos comportamentos e emoções, Grupo de Dependência Química, Grupo de Familiares de Dependência Química, Grupo de Suporte de Medicação, Grupo de Apoio aos Pacientes, Grupo de Apoio aos familiares, Grupo de Pais que as crianças são encaminhadas para o CAPS, Grupo de Crianças que são encaminhadas ao CAPS(após os Pais terem comparecido ao Grupo de Pais) Grupo de Suporte aos pacientes Estáveis, Grupo da Motivação, Grupo Mente Saudável, Grupo de Arteterapia.

A equipe promove a alta dos pacientes que estiverem estabilizados, com poucas chances de crise e que tenham familiares comprometidos com o cuidado do paciente. Mesmo estando de alta, o paciente pode a qualquer momento comparecer ao CAPS, caso haja necessidade de marcação de consulta, revisão de medicação ou qualquer intercorrência.

Esta pesquisa por não envolver pessoas diretamente nesse processo dispensou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, porém, manteve-se o respeito aos valores éticos. Também por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Na década de 1990, o município de Dois Irmãos basicamente contava com atendimentos psicológicos individuais na atenção básica, através de encaminhamentos (médico, justiça, escolares, conselho tutelar). A partir de 2003/2004 a Secretaria de Saúde passou a contar, então, com três psicólogos e uma médica psiquiatra que faziam os atendimentos juntamente com uma equipe da Estratégia da Saúde da Família.

Por volta de 2006 a Assistência social passou a ter sede própria e conta com um psicólogo trabalhando, onde realizou grupos para mulheres vítimas de violência, situações de vulnerabilidades e crises. A realidade deste período era uma dinâmica de atendimentos apenas individuais, com uma longa lista de espera e pouca troca de experiência entre os profissionais da saúde mental e da rede como um todo.

Em 2008 houve a entrada de mais um psicólogo na rede de saúde, que passou a realizar grupos de Saúde Mental nos bairros vulneráveis. Com este tipo de atendimento em 2009, o grupo de profissionais passaram a se reunir juntamente com a gestão para discutir a implantação de um CAPS no município. E assim, no final de 2010, foi inaugurado o CAPS.

A proposta de supervisão clínico-institucional implantada no CAPS teve como propósito fortalecer e concretizar a política de atenção em saúde mental, a partir dos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, foi iniciado um processo de autoanálise dos desafios e impasses que se colocam para a equipe do CAPS, buscando construir coletivamente estratégias e qualificação clínica das ações, ajudando os trabalhadores da saúde mental a planejarem seus processos de capacitação e se instrumentalizarem para suas demandas.

A supervisão clínico-institucional, como traz Figueiredo (2008), é um dispositivo de formação permanente e que pode possibilitar a responsabilidade compartilhada da equipe, favorecendo o espaço para que as diferentes questões possam ser expostas, para que os casos e as situações sejam manejados com seus desafios e surpresas inerentes nestes processos.

A supervisão clínico institucional ocorre de quinze em quinze dias, e iniciou-se no mês de novembro de 2013 , sendo o encerramento previsto para o mês de dezembro de 2015. E ao final deste processo , espera-se que as metas traçadas , a saber , sejam alcançadas ,quais sejam : Criar as condições para o trabalho transdisciplinar; Implantar um programa de educação continuada para atender necessidades da equipe a partir das demandas da comunidade de seu território de

abrangência; Qualificar as estratégias de aproximação e articulação com a rede básica seguindo a proposta do apoio matricial ;Qualificar a relação do CAPS com as redes sociais;Ampliar os dispositivos terapêuticos dentro e fora do ambiente físico do serviço.

Neste dia o CAPS será fechado um turno para todos que compõem a equipe poderem participar. Foi contratada uma psicóloga com experiência na área de supervisão para poder auxiliar a equipe na sua demanda de poder melhorar os processos de trabalho.

Durante a supervisão clínico institucional buscou-se a gestão partilhada da clínica, o enfrentamento dos impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo, a definição, bem como a apropriação do espaço de cada trabalhador na equipe, a pactuação das responsabilidades, comprometimento, a construção coletiva, enfim, o avanço do trabalho em equipe diminuindo os conflitos que podem comprometer o bom desempenho da mesma.

Dentre as tarefas características da supervisão (Brasil, 2007), destaca-se que ela seja clínica e institucional, levando em conta a integração da equipe de cuidado para possibilitar a construção de projetos terapêuticos que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia.

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

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

Os supervisores podem ter formações teóricas e práticas diversas desde que estejam abertos a exercê-las no cenário peculiar da rede pública, tendo como um dos desafios o de harmonizar as diversidades profissionais e teóricas (BRASIL, 2007).

Considerando as características individuais de cada CAPS e suas limitações no sentido de causar sofrimento em seus trabalhadores, seja pela grande demanda, pelas urgências, pelas limitações do trabalho em equipe, pelo desconhecimento e fragilidade da rede, pelas relações com os gestores, faz-se necessário um espaço de formação que se constrói na prática, a partir do uso da

problematização e discussão do processo de trabalho em saúde, levando à qualificação, desde que os impasses sejam revisados e superados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

Neste estudo, descreveu-se o relato de experiência da supervisão clínico-institucional, onde o tema apontou vários desafios a serem enfrentados dentro das práticas desenvolvidas neste cenário e que merecem reflexão. Assim como apontou sugestões para que este novo dispositivo possa convergir na direção de um processo contínuo de reformulação e de transformação da atenção em saúde mental e que inclua todos os sujeitos, sejam eles gestores, usuários, trabalhadores e supervisores.

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080 – Regulamenta o SUS, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.142 – Participação Popular na gestão do SUS, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Documentação e Informação – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde: HumanizaSUS. Equipe de referência e apoio matricial. Brasília (DF). 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAÚDE MENTAL NO SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF) 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA 1174/GM de 7 de julho de 2005a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1174/GM de 07 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e reforma psiquiátrica. Universidade de Brasília, Brasília. 2006. Disponível em: <http://www.mp.pe.gov.br/uploads/p1KdxISyI758jGx2XOxQ/DDnQ32tQVVFv8MV9JxmqbQ/Artigo_Direito_e_Sade_Mental_Augusto_Cesar_de_Farias_Costa.doc>. Acesso em: 02/03/2014

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

GUERRA, Serrano Enrique. Los procesos de formación dentro de los equipos interdisciplinarios de salud mental. Ver. Assoc. Esp. Neuropsiq., Madrid, nº 86, junho, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

LANCETTI, Antonio. AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DRUMOND JUNIOR, Marcos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CARVALHO, Yara Maria de; AKERMAN, Marco. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas, 1990.

PITTA, AMF. Redes, territórios, intersetorialidade e Saúde Mental. ABRASCO, 2006.

ANEXO-Cronograma de atendimento da equipe do CAPS

	SEGUNDAS	TERÇAS	QUARTAS	QUINTAS	SEXTAS
MANHÃ	<p>Acolhimentos de pais das crianças que tem encaminhamento para o CAPS (a cada 15 dias);</p> <p>Acolhimento das crianças que tem encaminhamento para o CAPS (a cada 15 dias);</p> <p>Atendimentos individuais dos profissionais</p> <p>Acolhimentos de urgência</p>	<p>Reunião de Equipe (09:30 às 12:30)</p> <p>Supervisão Clínico Institucional (a cada 15 dias, das 09:30 às 13:00)</p> <p>Uma vez por mês grupo de estudo(07:30 às 09:30)</p>	<p>Atendimentos individuais pelos profissionais</p> <p>Visitas domiciliares</p> <p>Grupo Mente Saudável</p> <p>Grupo de Arteterapia</p> <p>Acolhimento de urgência</p>	<p>Atendimentos individuais pelos profissionais</p> <p>Acolhimentos de urgência</p> <p>Grupo Suporte de Medicação</p> <p>Acolhimentos coletivo</p>	<p>Atendimentos individuais pelos profissionais</p> <p>Acolhimentos de urgência</p> <p>Grupo da Motivação</p>
TARDE	<p>Atendimentos individuais dos profissionais</p> <p>Grupo de Ansiedade e Depressão (a cada 15 dias)</p> <p>Grupo Cultural e influenciador nos comportamentos e emoções (a cada 15 dias)</p> <p>Acolhimentos de urgência</p>	<p>Atendimentos individuais pelos profissionais</p> <p>Acolhimento Coletivo</p> <p>Acolhimento de urgência</p> <p>Grupo de ansiedade e Depressão (a cada 15 dias)</p> <p>Grupo de Arteterapia</p>	<p>Atendimentos individuais pelos profissionais</p> <p>Acolhimentos de urgência</p> <p>Grupo de Pacientes Estáveis</p> <p>Acolhimento de urgência</p>	<p>Atendimentos individuais pelos profissionais</p> <p>Acolhimento de urgência]</p> <p>Grupo de suporte para familiares</p> <p>Grupo de familiares de dependentes químicos</p>	<p>Atendimentos individuais pelos profissionais</p> <p>Acolhimento de urgência</p> <p>Grupo de dependentes químicos</p>