
SUBMISSÃO DE TRABALHO MOSTRA NOS NA REDE

Reflexões acerca da Supervisão Clínica Institucional nos CAPS no contexto mineiro

Rubia Eliza de Lima Pedrosa

Resumo

O presente trabalho relata a Supervisão Clínica Institucional enquanto importante instrumento fortalecedor dos CAPS, tendo em vista uma Reforma Psiquiátrica Brasileira que caminha a passos lentos e muitas vezes retrocede. Os CAPS que seriam os serviços substitutivos aos manicômios, muitas vezes o reproduzem, utilizando de outras técnicas, outros termos e formas de poder que prendem e manipulam os sujeitos sob o discurso de portas abertas. A frente dos CAPS encontra-se profissionais estagnados, com formações pobres, mal remunerados, que desempenham funções sem refletir criticamente sobre seus fazeres e práticas e principalmente qual o impacto delas na vida das pessoas com transtorno mental. O objetivo aqui é apresentar um relato de experiência acerca da SCI em diferentes CAPS e mostrar que esta é uma ação extremamente potente, através de um profissional que traz uma visão de fora, provoca incômodos e propositivas nos fazeres do dia a dia, para a construção de uma RAPS territorial, antimanicomial e antiproibicionista, que respeita e valoriza a singularidade dos sujeitos. Assim a SCI faz-se necessária, tanto enquanto apoio clínico e institucional, como educação permanente aos profissionais, que estão nesta linha de frente e podem garantir consequentemente, o fortalecimento e a efetivação de um fazer substitutivo aos manicômios.

Palavras chave

Educação permanente, Supervisão Clínica Institucional, Fortalecimento da RAPS

O Projeto da Supervisão Clínica Institucional se configurou a partir da Resolução SES-MG nº 7168 de 20 de julho de 2020 e com o direcionamento da Nota Técnica nº73/SES/UBPAS-SRAS-DSMAD/2020. Nesta todos os CAPS dos municípios mineiros foram contemplados com um recurso exclusivo para esta ação, que deveria ter duração de um ano. Nesta vertente pude experienciar a Supervisão Clínica Institucional em três contextos, tanto sendo supervisionada enquanto coordenadora de um CAPS I, quanto

sendo supervisora em outro CAPS I e em um CAPS II em processo de qualificação para CAPS III, todos eles regionais. O objetivo aqui não será relatar qualquer uma destas experiências em específico, mas trazer reflexões teóricas e práticas inerentes a todos os serviços diante do desafio da Supervisão Clínica Institucional – SCI em CAPS.

Dentre muitas questões que apontaram a fragilidade com a qual cada serviço se encontrava, teve o de fazer a supervisão acontecer em sua essência, onde o além de “compartilhar com o outro mais experiente as dificuldades e os percalços na condução do tratamento, com vistas a tentar superá-los (BARLETA, 2016), o profissional deveria coloca-se no lugar de refletir acerca da sua prática e do quanto cada caso o atravessa. Ao invés disso, os momentos iniciais de supervisão em alguns serviços foram marcados pela evasão das equipes, o que levou a supervisão ganhar contornos de Apoio Institucional e um chamamento à gestão para que o projeto se efetivasse.

Os serviços não possuíam organização de Equipe de Referência para com os territórios, e a supervisão traz essa reflexão para pensar a prática da atividade de um CAPS que passa justamente pelo fortalecimento de uma clínica que faça um arranjo organizacional, com uma metodologia pautada em Apoio Matricial e Equipe de Referência, construindo assim um vínculo com o território e corresponsabilização das equipes que manejam os casos. Dessa forma a organização e divisão dos casos de referência dentro dos serviços mostrou-se eficaz no que condiz a lógica que transcende a de inserção do usuário, mas se dá também pela via da referência que o CAPS institui com aquele território específico.

Assim, aquele serviço que possuía uma equipe mais potente e disposta a repensar sua prática clínica, as ações de reorganização de mini-equipes para territorializar os acolhimentos de usuários e a realização das ações de matriciamento se mostraram eficazes. Bem como, equipe construindo espaço de estudo para fortalecimento do cuidado dos usuários, realizando cogestão em saúde, disponibilidade para executar ações externas ao serviço, sem a necessidade de estar acompanhada pela coordenação. Essas modificações no cotidiano do CAPS tornaram o trabalho em saúde mental mais leve e possível, considerando sua natural complexidade.

Quando avaliamos a efetivação desse projeto de SCI, isso implica e se constitui num espaço de estudo e discussão da equipe técnica para concretização das articulações para além dos muros dos CAPS. Suas ações precisam funcionar como um dispositivo conector desse território, compreendendo e conhecendo todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde e seus trabalhadores que ali estão ofertando cuidado.

À medida que os espaços de supervisão foram se sustentando, presencialmente, seguindo com todos os protocolos da COVID 19, as equipes iam se organizando para momentos de discussão dos casos mais complexos, as dificuldades de manejo ou que a equipe compreendesse importante repensar o Projeto Terapêutico Singular - PTS. A supervisão realizou oficinas com as equipes dos CAPS tendo em vista alinhar o conceito de Projeto Terapêutico Singular, considerando desde o acolhimento do usuário até mesmo no momento da transferência do cuidado. A alta do serviço foi um ponto que mereceu destaque, uma vez que, pois hora o serviço não a fazia pelo simples fato de não sentir seguro com relação à “melhora” daquele usuário, hora porquê designavam essa função exclusivamente ao médico, ao invés de ser pensada por toda a equipe, desqualificando os CAPS enquanto serviço de atenção psicossocial e o colocando numa lógica hospitalar e biomédica.

Desta forma, reverberando as potencialidades da supervisão clínica, notou-se a necessidade de pensar a estruturação de uma supervisão clínico-territorial, onde não apenas os serviços CAPS tivessem um supervisor mas os demais pontos da RAPS e principalmente do Desenvolvimento Social. É perceptível a discrepância de condutas, de olhares a respeito de um mesmo caso de usuário, portanto o apoio às equipes dos demais dispositivos, o convite a pensarem as políticas públicas ofertadas no cuidado em saúde mental, legislações vigentes principalmente para que não haja violação de direitos dos sujeitos em sofrimento mental é imprescindível. As equipes externas aos CAPS, muitas vezes, aparentam desconhecimento da Política Nacional de Saúde Mental e da Lei 10.216/2001, por mais que já tenham sido ofertadas capacitações pontuais. A necessidade de uma formação constante e sistemática dos demais profissionais da Rede é de extrema importância.

Alavancado por condutas contraditórias, muitas das vezes as equipes sofriam, por pressões sociais, pessoas e serviços que cobravam respostas para os caso, não interessadas com o cuidado ao usuário ou seu adoecimento em si, mas em sustentar normativas para “padrões sociais pré-estabelecidos” e lógicas higienistas. Este foi um momento que requereu muita reflexão e cuidado para com as equipes dos CAPS e a SCI propiciou esse momento de cuidado, de ser espaço de fala e de produção de subjetividade dos profissionais envolvidos com as demandas de saúde mental.

Quando pensamos um serviço CAPS, e o consideramos aqui em sua essência como equipamento potente e indispensável no cuidado as pessoas em sofrimento mental ou acometidos por demanda de álcool e outras drogas, partimos de uma condição que irá se estabelecer entre profissionais e sujeitos que demandam o cuidado

daquele equipamento de saúde pública. A complexidade e sofisticação do cuidado em saúde mental no território, além de um direito legítimo dos usuários, transcende a ideia de regulamentação política, mas apoia-se no manejo clínico que se oferta nesse dispositivo de saúde mental, tanto para usuários como para profissionais.

Outra questão de suma importância levantada nas ações da SCI, foi marcado pela potência de articulação com referências bibliográficas fazendo com que as equipes buscassem embasamento técnico, sensível e singular em suas práxis e nas elaborações dos Projetos Terapêuticos dos usuários. Identificando novos saberes e deixando de lado crenças pessoais advindas do senso comum.

Durante as discussões eram frequentes as questões trazidas pelos profissionais dos CAPS sobre medicalização, onde muitas das vezes estes se incomodam com o fato do usuário não fazer o uso conforme recomendado pelo médico. Assim é contextualizado para melhor aprimoramento da temática, a proposta do manual do GAM – Gestão Autônoma da Medicação.

“A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. Ao prescrever um medicamento, o profissional tem que considerar a experiência previa do usuário e não excluir a possibilidade de diminuir doses, trocar um medicamento por outro ou substituir o tratamento medicamentoso por outras formas de tratar. É fundamental que usuários e profissionais possam avaliar juntos em que medida os medicamentos servem mesmo à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento que os sintomas da doença causam; ou, se, de maneira oposta, intensificam esse sofrimento com efeitos não desejados (efeitos colaterais). É fundamental que profissionais de saúde se aproximem das vivências dos usuários; e que estes se sintam com liberdade e no direito de intervir nas condições do tratamento que seguem”.

Tal discussão, em alguns serviços resultaram com alguns profissionais, entre eles médicos, conduzindo um grupo de Gestão Autônoma da Medicação juntamente com os usuários. E depois, relataram surpresos o que os usuários trouxeram nos momentos em grupo e que ainda não haviam trazido no espaço instituído consultório.

Seguindo a linha de se pensar em ações dentro dos serviços CAPS que fizesse sentido para os usuários, as discussões na supervisão clínico-institucional são

atravessadas por reorganizar as atividades/oficinas em grupos onde as mesmas não sejam apenas espaços de produção de objetos/materiais/ação, mas sim espaços de produção de subjetividade. Para isso, foi trazido uma reflexão teórica, para embasar e para ajudar a equipe a pensar esses espaços de oficina desde sua primeira constituição dentro dos manicômios, onde:

“A primeira modalidade é definida como o discurso do déficit. Nesse caso, a oficina aparece como uma forma de entreter, mas infantiliza o sujeito e oferece uma ocupação para preencher o ócio. Já o discurso da estética representa outra forma de pensar as oficinas. Percebemos nesse discurso uma preocupação psicológica, porque a arte é pensada como uma forma de expressão para o louco? A terceira modalidade se refere ao discurso da cidadania, em estreita consonância com os ideais da reforma psiquiátrica, que defende a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, abrindo, pois, o espaço para buscar o cuidado em vez da cura. Por fim, essa terceira modalidade abriu espaço para que, mais recentemente, surgisse um discurso que introduz um corte nos três anteriores: é o discurso do inconsciente, que visa a contemplar a singularidade do louco, e trabalha com a possibilidade de simbolização da história de cada um, independente de qualquer visada de uma reinserção social que pode não ser escolhida pelo sujeito” (ALBERTI, Sonia, COSTA, A C. MOREIRA, J.O. 2011).

Porém os momentos de SCI nem sempre foram um espaço de produção de trabalho e conforto, pelo contrário, a princípio trouxe incomodo e consternação, onde as equipes mais que o seu desenvolvimento, vivenciaram um espaço de formação permanente, de possibilidade de troca de experiência, de construção de casos clínicos, de produção de sentido do trabalho desenvolvido e de nortear o Projeto Institucional e reorganização seus processos de trabalho.

A SCI teve duração de mais de um ano em cada serviço, e sustentou a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que apoiou os trabalhadores a viverem os impasses institucionais recorrentes no dia a dia de um trabalho coletivo. O papel de cada profissional na equipe, mantendo a especificidade de seu ofício, mas diluindo a rigidez das especialidades, a pactuação de responsabilidades pelo “fazer clínico mais do que pelos saberes em jogo, e a possibilidade de construção coletiva dos casos podem ser resultado deste dispositivo, permitindo avançar no trabalho em equipe e reduzir conflitos que podem comprometer seu funcionamento” (Figueiredo, 2008).

Outro ponto importante de demarcar, foi o apoio das gestões municipais para o desenvolvimento da política de saúde mental e dos investimentos necessários para que o serviço pudesse se desenvolver, apesar da fragilidade de uma política nacional que

apresenta falta de investimentos financeiros e de diretrizes baseadas na sustentação do cuidado em serviços de base territorial. Percebemos o desafio, principalmente nos CAPS regionais, em articular não só a sua Rede municipal, mas também a Rede de Saúde e Intersetorial dos municípios referenciados, mesmo sem contrapartida financeira desses municípios.

O fazer dos serviços antimanicomial, na proposta da reforma psiquiátrica e política de saúde mental, não é tarefa fácil de ser implementada pelos profissionais de um CAPS, pois isso não ocorre espontaneamente como descrevem as diretrizes, ainda recebem constantemente inúmeras críticas quando assumida como um fazer não prescrito. Portanto a necessidade de ser trabalhada junto às equipes, no espaço proposto da supervisão, como um processo de formação permanente que promova novos olhares, sentidos e que permita a reflexão e a análise crítica sobre o próprio trabalho.

O trabalho na saúde mental é um campo de incertezas e não de padronizações protocolares, pois parte de pessoas e de suas singularidades. Sob esta diretriz, evidenciamos a importância da construção de espaços para a problematização e discussão do processo de trabalho permanentemente e não apenas um projeto anual. A importância e potência da supervisão clínico institucional se dá pela sua constância e continuidade, tanto para o reflexo da qualidade do cuidado com os usuários dos serviços de saúde mental, quanto para o cuidado de um espaço de educação permanente com a equipe que cuida dos mesmos. Em apenas um dos serviços CAPS a SCI continua.

Contudo, foi possível notar a SCI através de um profissional que traz uma visão de fora, corrobora para a reflexão e superação de práticas rotineiras, tendo em vista a efetivação de serviços dentro da lógica da reforma psiquiátrica, fazendo-se necessário continuar por meio de normativas estaduais ou federais que custeiem permanentemente essa ação.

Bibliografia

ALBERTI, S., COSTA, A. C. MOREIRA, J.O. Oficina do ócio: um convite para o sujeito. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 499-512, setembro 2011.

BARLETA, C. M. B. **Supervisão clínico-territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes da atenção psicossocial**. 1ª Ed. – Curitiba, PR: CRV, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS** ; v. 5 – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T. e FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação PAIDEIA apoio e cogestão em saúde**. São Paulo. Hucitec, 2013.

CAMPOS, R. T. O.; PASSOS Eduardo; PALOMBINI Analice (Org.) **Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores**. et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

CORREA, D. Oficinas: uma reflexão. In: FIGUEIREDO, A.C.; COSTA, C.M. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa/IPUB, 2008. p. 155-159.

FIGUEIREDO, A.C. 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, n. 1, p. 63-69, dez.2008.

GUERRA, A.M.C. Oficinas em Saúde Mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: FIGUEIREDO, A.C.; COSTA, C.M. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa/IPUB, 2008. p. 23-58.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. **Supervisão em Saúde Mental**. Augusto Nunes Filho (org). – Belo Horizonte: ESP – MG, 2013.