

# **MINAS E SUA DIVERSIDADE: fragmentos da supervisão clínico-institucional no território e com o território**

Christine Vianna Algarves Magalhães

## **RESUMO**

O compartilhamento do cuidado e a articulação de rede intersetorial são especialmente importantes para a oferta de cuidado integral em saúde mental para crianças e adolescentes, conforme prevê as diretrizes da política de saúde mental infantojuvenil. Assim, a supervisão clínico-institucional é considerada uma estratégia de cuidado em saúde mental e de formação permanente que se faz necessária para potencializar o processo de trabalho e o fortalecimento das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) e para ampliar o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial na rede intersetorial. Neste trabalho, busquei, por meio de um relato de experiência, refletir sobre essa importante estratégia de formação permanente, a partir de sua realização nos CAPSij de quatro municípios mineiros. Considerando essa experiência, ficou perceptível que há certa dificuldade para a realização da interação entre os serviços da rede intersetorial e para o estabelecimento de processos de comunicação que possibilitem um trabalho coletivo. Essa dificuldade impacta na construção do cuidado integral compartilhado. A supervisão clínico-institucional é uma estratégia que pode contribuir para facilitar os processos de comunicação e ampliar o olhar das equipes para cada situação, potencializando o trabalho interdisciplinar e abrindo espaços para as construções coletivas dos casos clínicos.

**Palavras-chave:** Saúde mental infantojuvenil. Atenção psicossocial. Intersetorialidade. Supervisão clínico-institucional. Cuidado compartilhado.

## **ABSTRACT**

The sharing of care and intersectoral network articulation are essential for the provision of comprehensive mental health care for children and adolescents, as stipulated in the guidelines of the child and adolescent mental health policy. Clinical-institutional supervision is considered a mental health care and permanent education strategy that is necessary to enhance the work process and strengthen the teams of Children and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSij) and to expand care from the perspective of psychosocial attention in the intersectoral network. This paper presents a reflection on this important permanent education strategy through an experience report of its implementation in CAPSij from four municipalities in Minas Gerais. Considering this experience, it became evident that there are some difficulties in promoting interaction between intersectoral network services and establishing communication processes that enable collective work. This difficulty affects the construction of shared comprehensive care. Clinical-institutional supervision is a strategy that can contribute to facilitating communication processes, expanding teams' perspectives on each situation, enhancing interdisciplinary work, and opening spaces for collective constructions of clinical cases.

Keywords: Child and Adolescent Mental Health. Psychosocial Attention. Intersectorality. Clinical-Institutional Supervision. Shared Care

## **SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPSij - Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEPAI – Centro Psíquico da Infância e Adolescência

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade

.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 POR ONDE ANDEI: CAMINHOS NA SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DO SABER ACERCA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL.....</b>	<b>10</b>
<b>3 A FORMAÇÃO PERMANENTE NA ESTRADA DA VIDA.....</b>	<b>14</b>
<b>4 CADA TERRITÓRIO É UM TERRITÓRIO, CADA CAPSIIJ É UM CAPSIIJ: ASSIM TRILHAMOS O CAMINHAR.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 ENCONTROS POR MINAS GERAIS: DESCOBERTAS QUE SE IDENTIFICAM NOS ATRAVESSAMENTOS DO TRABALHO.....</b>	<b>20</b>
<b>5 UM QUEBRA-CABEÇAS: A CONSTRUÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS DURANTE A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 EM CADA ENCONTRO, UM PONTO.....</b>	<b>28</b>
<b>6 UM LONGO PERCURSO NO CAMINHAR DO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*Para navegar contra a corrente são  
necessárias condições raras:  
espírito de aventura, coragem,  
perseverança e paixão.*

Nise da Silveira

A Constituição Federal brasileira, promulgada em outubro de 1988, estabeleceu um novo marco legal para os direitos humanos e para a democracia e foi fruto de discussões e debates em toda a sociedade brasileira. Dentre os diversos avanços trazidos pela Carta Cidadã, está a consolidação para as crianças e adolescentes do

[...] direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988.)

Nesse esteio, a afirmação de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos é consolidada na Lei Federal n. 8.069, de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990). Todavia, de acordo com Couto, Duarte e Delgado (2008), apenas recentemente as instâncias governamentais assumiram que a saúde mental de crianças e adolescentes é questão de direito à saúde e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores afirmam que “historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391).

A partir da reforma psiquiátrica e considerando os marcos anteriormente referidos, a política brasileira de saúde mental infantojuvenil tem como ação central a implementação de uma rede de cuidados que tem os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) como referência para os atendimentos de casos graves e persistentes de sofrimento mental que envolvem prejuízos funcionais. Nessa lógica, cada município deve contar com uma rede intersetorial de cuidados que pode, por meio da articulação entre trabalhadoras e trabalhadores que estão nos diversos pontos dessa rede, realizar ações específicas de atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

Em recente documento estadual foi afirmado que a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas busca “consolidar redes de atenção em saúde mental resolutivas, abertas, territorializadas e de base comunitária” (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2022, p. 24), com a intenção de

Garantir às pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas a livre circulação pelos serviços, pela comunidade e pelos territórios, seguindo as legislações vigentes. A estruturação de redes de atenção surge como uma solução abrangente no que se refere tanto à gestão, quanto à organização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde mental. A rede possibilita a integração e articulação de serviços e recursos que podem favorecer e ofertar atenção contínua e integral aos usuários. (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2022, p.24)

Conforme a política pública de crianças e adolescentes, a ideia de rede desloca-se de uma aceção empírica, positivista, na qual significa um conjunto concreto de serviços interligados, para se configurar como uma forma de construção de cuidado (Brasil, 2005). Ou seja, se o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (dispensação de medicação e ações terapêuticas, por exemplo), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações, a articulação com os demais serviços e equipamentos do território, com o objetivo de ofertar um cuidado integral, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso. Tal concepção de rede articula a ação do cuidado para com o que se situa para fora e para além dos limites da instituição e implica a noção de território, que precisa ser compreendida não apenas como o espaço físico, mas também como “espaço relacional no qual a vida pulsa” (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p.181).

Para a construção dessa rede de cuidados no campo da atenção psicossocial, uma importante estratégia metodológica e política é a supervisão clínico-institucional.

Neste texto, pretendo exibir um relato de minha experiência na atuação como supervisora clínico-institucional. Iniciarei apresentando minha trajetória, sem separá-la das reflexões sobre atenção psicossocial e supervisão clínico-institucional, pois foi justamente a partir da construção de meu percurso como trabalhadora do SUS que as compreendi. Posteriormente, tratarei especificamente da minha atuação no campo da saúde mental infantojuvenil em diferentes municípios do Estado de Minas Gerais, dando relevo para a construção de casos clínicos, uma estratégia que potencializa o envolvimento de todos os trabalhadores da equipe em uma construção coletiva do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, pois fortalece o acolhimento, o vínculo e as estratégias diversificadas, com a

participação dos trabalhadores nas atividades desenvolvidas pelo CAPSij no território e com o território, pela junção de fazeres contemplados no projeto terapêutico singular (PTS).

## 2 POR ONDE ANDEI: CAMINHOS NA SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DO SABER ACERCA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

*Tudo tem sua curva Raiz de lótus, que cresce na água  
Desviando de peixe Batata doce, que cresce na terra  
Desviando de pedra Rio, que cresce no campo  
Desviando de flor Voo de andorinha, que cresce no ar  
Desviando de vento Pensamento, que cresce na gente  
Desviando de certezas*

Ricardo Luiz Narciso Moebus

Desviando de certezas, a minha trajetória na saúde mental – vou compartilhar um pouco dessa história – teve início em 1999, com a participação em um projeto de arte realizado em parceria entre o Instituto Raul Soares e a Escola Guignard. O projeto envolvia oficinas terapêuticas, durante as quais confeccionávamos, juntamente com usuários e usuárias, parangolés e adereços. A partir daí, meu caminho seguiu pelas trilhas das políticas públicas de saúde mental.

Um tempo depois dessa primeira experiência, posso dizer que fui tocada pelo inesperado, que particularmente traçou a minha estrada, direcionou o meu caminhar. Trabalhei como monitora de oficina terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial para adultos, no município de Ouro Preto por oito anos<sup>1</sup> e nas oficinas e intervenções terapêuticas com usuárias e usuários de álcool e outras drogas. Após a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) de Ouro Preto, fiquei por 12 anos na gestão desse serviço.

A atenção psicossocial relaciona-se com a produção de uma clínica em movimento, que produz cuidado no cotidiano, respeitando a singularidade de cada um.

Uma forma de potencializar o trabalho em rede são as reuniões intersetoriais com diversas políticas públicas setoriais, como a assistência social, a educação e a justiça, além dos conselhos e outros parceiros.

---

<sup>1</sup> A história desse trabalho foi apresentada em 2021, em uma grande exposição na galeria de arte da Casa dos Contos em Ouro Preto. Montamos uma linha do tempo que contemplou duas décadas de produções. A exposição foi intitulada Memorial da Saúde Mental de Ouro Preto e Região dos Inconfidentes.

A partir das produções e articulações que dão respostas às demandas de cuidados, um dispositivo de saúde mental assume funções sociais em um determinado contexto, que extrapola o serviço, ampliando o cuidado no território:

A construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços? (BRASIL, 2009, p. 8)

São esses processos de interação entre os serviços e desses com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território.

A corresponsabilidade no acolhimento e na construção dos projetos terapêuticos é tarefa das equipes interdisciplinares, com diferentes formações e saberes.

O acolhimento é processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde e implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo cuidado com o usuário, desde a chegada até a saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando limites necessários, garantindo a atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação de redes para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008).

A criação de estratégias com atividades diversas em grupo e individuais, dentro e fora do serviço e na rede de parceiros, além do cuidado compartilhado, são permeados pela troca de saberes e pela corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos nesse processo. Gosto de dizer que é o gesto do profissional, o fazer, a atitude. Desse modo, podem desenvolver ações inovadoras de cuidados diante das complexas situações. A assistência produz novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho coletivo para melhorar o trabalho em saúde de toda a equipe dos CAPSij, a partir dessas intervenções. A saúde é uma produção do cuidado. Um olhar e uma escuta cuidadosa de uma equipe interdisciplinar fazem toda a diferença nas articulações intersetoriais.

Registrei aqui alguns caminhos por onde andei como trabalhadora do SUS. Nessas trilhas foram construídos saberes acerca da saúde mental e da atenção psicossocial que orientam minha prática como supervisora clínico-institucional, como veremos a seguir.

### **3 A FORMAÇÃO PERMANENTE NA ESTRADA DA VIDA**

A supervisão clínico-institucional é um fazer do campo da saúde mental, portanto, pode ser considerada um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, e foi instituída pela Portaria n. 1.174/2005, do Ministério da Saúde, que criou o Programa de Qualificação dos CAPS e que serviu de base para os editais posteriores, seja nos âmbitos nacional, estadual ou local. De acordo com a Resolução SES/MG n. 7.168/2020, a supervisão clínico-institucional é um dispositivo de formação permanente que deve sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe, facilitar o diálogo para que diferentes questões possam ser expostas, para que os casos e as situações sejam manejados com seus desafios e surpresas – inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial (MINAS GERAIS, 2020).

A supervisão configura-se como relevante apoio na organização assistencial dos serviços de saúde mental e, para tal, faz-se necessária a criação de modos de trabalho em equipe que respeitem a singularidade de cada um de seus integrantes e que possibilitem que cada um possa encontrar sua maneira de se engajar no projeto terapêutico do serviço. O trabalho nos serviços de saúde mental a partir de uma atividade planejada de educação permanente favorece na equipe a construção de um trabalho coletivo, fazendo com que os profissionais desloquem-se do lugar da queixa para o de protagonista de sua história, o que produz alguns movimentos importantes na forma de gestão e de potencialização do trabalho de cada um.

Para discutir o tema, podemos refletir sobre o texto de Merhy, no qual o autor afirma que um trabalho vivo é o trabalho que acontece no momento mesmo do ato produtivo, que envolve a criatividade e a produção de sentido para esse mesmo ato. O trabalho em saúde acontece por meio do encontro, ou seja, da produção do cuidado.

Considero que a supervisão clínico-institucional atua na construção de processos de intervenções institucionais, pois essa mudança sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, visando a uma ação no espaço de intervenção do trabalho vivo em ato. Durante o processo de intervenção da supervisão, é preciso que se estabeleça um bom contato entre os profissionais, que se identifiquem os problemas e que se reinventem as possibilidades e as estratégias para o enfrentamento das demandas. Essa foi a minha experiência nos CAPSij como supervisora.

Para exercer essa função, é importante realizar uma análise das instituições, conhecer as estratégias de cuidado realizadas pelas equipes, acompanhar discussões de casos, apoiar a elaboração de casos clínicos, orientar, organizar e articular os processos e procedimentos do

serviço, potencializar as relações e a humanização em saúde mental. É importante refletir sobre a identidade do serviço, criar formas de fortalecer e divulgar suas ações, assim como valorizar os registros. Também é fundamental conhecer a rede de atenção compartilhada, a rede intersetorial e comunitária, suas articulações e possíveis intervenções, de acordo com a perspectiva de atuação psicossocial, conforme as políticas públicas da saúde mental. Algumas estratégias práticas envolvem ainda a promoção de reuniões e rodas de conversas sobre diferentes temas da saúde mental, assim como discussões sobre a história da saúde mental.

Sendo assim, tendo como parâmetro a resolução estadual anteriormente citada e a minha trajetória anterior, iniciei o trabalho como supervisora clínico-institucional e, como vou relatar, essa estrada foi longa, cheia de novidades e muito interessante.

Sempre inicio meu trabalho nos CAPSij como supervisora clínico-institucional com uma análise institucional, ou seja, busco conhecer o espaço, os trabalhadores, as ações de cuidado realizadas por eles, a rede e o território; enfim, procuro interagir com o ambiente e com a organização para compreender a dinâmica de trabalho existente daquela instituição.

Cada instituição produz um modo de assistência, do cuidado em saúde, que pode problematizar as situações e os movimentos existentes no trabalho, assim como possibilitar a escutar os ruídos do cotidiano institucional. Esse é um instrumento para a análise dos processos institucionais que permite a reconstrução dos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. A problematização permite questionar o trabalho da instituição.

Toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: da institucionalização (BAREMBLITT, 2002).

Para o mesmo autor a autogestão é, ao mesmo tempo,

[...] o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida. As comunidades instituem-se, organizam-se e se estabelecem de maneiras livres e originais, dando-se os dispositivos necessários para gerenciar suas condições e modos de existência. Todo processo instituinte – organizante implica uma certa divisão técnica do trabalho, assim como alguma especialização nas operações de planejamento, decisão e execução. Essas diferenças podem implicar hierarquias, mas as mesmas não envolvem escalas de poder. Os conhecimentos essenciais são compartilhados e as decisões importantes tomadas coletivamente. As hierarquias correspondem à diferença de potência, peculiaridade e capacidades produtivas que visam sempre ser funcionais para a vontade comunitária. (BAREMBLITT, 2002, p. 139.)

A análise institucional, portanto, configura-se como uma análise sustentada pelo coletivo, por um grupo, que assume a tarefa de compreender, questionar e analisar a história, os objetivos, as estruturas e o funcionamento da organização, os dispositivos, as práticas e os

atores grupais. No trabalho, os participantes precisam assumir o compromisso da participação efetiva na instituição.

A construção do grupo, da equipe exige tempo para gerar atitudes conjuntas a serem reproduzidas nas instituições, e todo esse processo de trabalho, de produção se dá no “entre” das relações, dos lugares, visíveis e invisíveis. É um trabalho e uma construção coletiva de diferentes saberes e formações.

Contudo, é evidente que o Institucionalismo, tanto quanto os processos autoanalíticos, são produtores de conhecimentos, e que todo saber envolve, necessariamente, um poder, e ambos não são homogeneamente distribuídos. Mas esse saber é um saber coletivo, produzido, distribuído e exercitado na vida coletiva (BAREMBLITT, 2002). Sendo assim, pode-se dizer que o *instituído* são formas e o *instituinte* são processos que analisam as situações de institucionalização para intervir nas organizações e grupos, nos coletivos.

Durante o trabalho da supervisão clínico-institucional com os diversos grupos nas diferentes situações e problemas que surgem no coletivo nos diversos lugares, foi preciso aprender a conviver com os momentos de desafios que surgem a todo instante, a partir das intervenções necessárias que o coletivo demanda. Essa diversidade de lugares por onde passei em Minas Gerais traz um diferencial na cultura, na hospitalidade, na comida típica, no clima e na composição das equipes de cada CAPS infantojuvenil, na implantação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no conjunto de dispositivos da rede. Então em cada lugar, em cada CAPSij de uma região, de um município foi possível interagir com os espaços e com o coletivo, no território e com o território, as diferentes demandas, os desafios foram muitos pelas estradas de Minas Gerais.

Para Merhy, uma abordagem assistencial de um trabalhador de saúde com um usuário é produzida por meio de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, com o encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual se opera um jogo de expectativas e produções. Assim, cria-se a subjetividade com momentos interessantes, como os momentos de falas, de escutas e de interpretações, como a produção do acolhimento, do afeto e das intenções que essas pessoas colocam neste encontro, com momentos de cumplicidades e de corresponsabilização entre eles, com momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Nessa organização assistencial, tal como relatada, ocorre a intervenção da supervisão clínico-institucional a partir dos encontros com as equipes.

No livro *Dilema e Paradoxos do Tratamento Involuntário em Saúde Mental*, Ricardo Moebus comenta sobre o tensionamento entre a clínica ampliada e a vida ampliada e, em suas conclusões, destaca a importância do compromisso ético dos serviços que derivam da reforma psiquiátrica com a produção do cuidado em saúde mental. Segundo ele, essa responsabilidade é fundamental para o possível tratamento e suas formas de operar, e é uma realidade bem viva nas práticas de produção de cuidado que se desenrolam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (MOEBUS, 2018).

Moebus cita Paulo Amarante, que defende a necessidade de “reinventar a clínica como construção de possibilidades e de subjetividades”, ocupando-se dos sujeitos com sofrimento psíquico e promovendo a responsabilização, centrado no cuidado e na cidadania (AMARANTE *apud* MOEBUS, 2018, p.150). Amarante alerta para o risco de que, com a clínica ampliada, tudo se torne clínica, e enfatiza a importância de manter um olhar atento às necessidades individuais de cada paciente.

## **CADA TERRITÓRIO É UM TERRITÓRIO, CADA CAPSIJ É UM CAPSIJ: ASSIM TRILHAMOS O CAMINHAR**

*A vida é a arte do encontro,  
embora haja tantos desencontros pela vida*

Vinícius de Moraes

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS, pois são serviços de saúde mental de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar. Por serem serviços abertos, realizam acolhimentos por livre demanda ou por encaminhamentos da rede intersetorial.

Já os CAPSi, são destinados, conforme mencionado anteriormente, para o atendimento específico de crianças e adolescentes com sofrimentos/adoecimentos mentais e/ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas em condições graves ou em situações de crise. Esses serviços também contam com equipes multiprofissionais.

Na atenção às crianças e aos adolescentes, o compartilhamento do cuidado e a articulação de rede com outros setores (educação, cultura, lazer, sistema socioeducativo etc.) são especialmente importantes, conforme prevê as diretrizes da política de saúde mental infantojuvenil:

Na discussão sobre a saúde como um direito, é imprescindível o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde, de maneira pactuada entre as diferentes esferas de gestão e articulada intersetorialmente, de acordo com as especificidades de cada região, de forma a responder às necessidades da população infantojuvenil explícitas na análise da situação de saúde (BRASIL, 2014, p.18).

Assim, considera-se como atribuição de todas as esferas de gestão do SUS o cumprimento de estratégias necessárias ao provimento da integralidade da atenção à saúde, fortalecendo especialmente a execução das ações de promoção de saúde nos territórios sanitários que tenham como característica a articulação parceira intersetorial, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças e adolescentes) (BRASIL, 2014, p.19)

Ou seja, o trabalho na saúde deve ser realizado com equipes interdisciplinares e deve ser intersetorial, envolvendo vários setores, vários dispositivos e vários atores para a efetivação do cuidado integral, para o desenvolvimento de serviços de qualidade e consonantes com as necessidades de saúde de crianças e adolescentes nas suas diversidades etárias, de desenvolvimento e de modos de vida (BRASIL, 2014). Ademais, é importante destacar a

necessidade de que as políticas públicas de saúde mental respeitem a singularidade de cada caso e as especificidades de cada região, de cada município.

A formação permanente envolve todas essas questões que são muito relevantes para que o supervisor realize as intervenções com a equipe de profissionais, sempre considerando a realidade de cada CAPSij e suas singularidades, sua história, sua construção de gestão. As estratégias de cuidado são abordadas durante os encontros com a supervisora e se tornam motivo de reflexão, discussão e análise coletiva. O papel da supervisora é importante nas articulações para efetivar as ações planejadas no coletivo.

É a proposta terapêutica, construída em torno das necessidades das pessoas e com elas, voltada para o fortalecimento da autonomia e produção de novos lugares sociais.

#### **4.1 Encontros por Minas Gerais: descobertas que se identificam nos atravessamentos do trabalho**

Intitulado CAPSij Tucurupi, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Carangola, município localizado na Região Sudeste do Estado de Minas Gerais, foi inaugurado em 2015. Seu nome foi escolhido, segundo trabalhadoras e trabalhadores da equipe, por ser um nome indígena que representa a cultura da região.

E atualmente o CAPSij Tucurupi atende todos os 11 municípios da microrregião, quais sejam, Carangola, Espera Feliz, Caiana, Fervedouro, Pedra Dourada, Pedra Bonita, Orizonia, Tombos, Caparaó, Alto Caparaó.

No CAPSij de Carangola, a equipe trabalha com diversas atividades de intervenção em grupo. As oficinas terapêuticas, que são espaços de grande potencial na saúde mental, são realizadas pelos profissionais da equipe com diferentes objetivos a partir de conhecimentos e saberes de cada um, sendo uma abordagem diversificada que trabalha com a interação e o lúdico.

Foi possível construir bons encontros, boas discussões, estruturar os casos clínicos, ou seja, descrever e desenhar a rede que representa o cuidado naquele momento, criar novas maneiras de lidar de intervir, tivemos a oportunidade de ampliar as articulações com ações intersetoriais, importante ressaltar a participação dos gestores. A diretora de saúde mental, sempre presente e atuante, e a coordenação do CAPSij, assim como todos da equipe foram bem participativos e interessados. Em cada encontro abordamos um ponto!

No município de Manhuaçu, tem o CAPSij Crescer, que foi inaugurado em 2005. Trata-se de um serviço de saúde mental que trabalha em parceria com a RAPS, uma das estratégias de cuidado.

Esse serviço funciona com as atividades de oficinas terapêuticas durante todo o período do dia para os usuários que estão na permanência do dia, atividades de pintura, jogos, desenho, filme. Há também uma oficina de arte terapia, além dos atendimentos individuais, busca ativa, medicação e outros.

No período de março a agosto de 2021, trabalhei como supervisora com os profissionais da equipe, realizamos várias rodas de conversas com a participação de convidados, presenciei os trabalhos das oficinas terapêuticas, visita domiciliar e outras intervenções que foram acontecendo durante a rotina.. O município conta com uma RAPS estruturada com três serviços, CAPSij, CAPSII e o CAPSad.

Já o município de Ibité conta com uma história diferente. As atividades relacionadas à assistência e ao cuidado da saúde mental infantojuvenil no município iniciaram em 1999 em uma casa alugada, onde funcionou por aproximadamente quatro meses. O atendimento prestado era para os casos leves, não havia estrutura para prestar o atendimento aos casos graves. As crianças e os adolescentes em crise eram encaminhados para o CEPAI em Belo Horizonte para avaliação e internação. Em 2001 foi assinado um convênio com a instituição Helena Antipoff e com a Secretaria de Saúde para os atendimentos psicopedagógicos. Em 2002 iniciaram os atendimentos de saúde mental infantojuvenil com psiquiatria conjuntamente com uma equipe interdisciplinar. Em 2012, aconteceu o desvinculamento dos atendimentos psiquiátricos no espaço Sapeca. Criou-se uma equipe mínima composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Nessa época foi pactuada a RAPS, que contou com novos dispositivos para uma unidade de acolhimento adulto, o CAPS infantojuvenil, consultório de rua e a mudança de CAPS ad II para CAPS ad III.

Em 2016 inaugurou-se o CAPSij em regime ambulatorial. O CAPSij funciona com uma equipe mínima de profissionais, de acordo com a legislação, desenvolvendo atividades em grupo e individuais. Existe uma demanda de adolescentes em crise que permanecem nesse momento na permanência dia do serviço. Durante a permanência dia são acompanhados pela equipe de enfermagem, participam de oficina terapêutica e, se for necessário, após avaliação médica, são encaminhados para a internação no leito de retaguarda. Em algumas situações precisam pernoitar no leito de retaguarda do hospital geral com acompanhamento de um

responsável e, no dia seguinte, o carro do CAPSij busca para passar o dia no serviço e dar continuidade ao tratamento.

No serviço também tem uma demanda grande de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista. Construímos coletivamente, junto com trabalhadoras e familiares, uma cartilha, um documento com os procedimentos realizados no serviço, como funciona, os cuidados da atenção psicossocial, com orientações sobre o tema, oportunidade em que tivemos um excelente retorno das famílias e percebemos a diferença, as mudanças nas atividades em grupo. Os pais, os responsáveis tiveram um espaço de trocas, de acolhimento, de afeto, de fala, para que pudessem dar um retorno e contribuir nesse cuidado compartilhado, fazendo parte dessa corresponsabilidade. Sabemos da dificuldade, da comunicação para os familiares aprenderem a lidar e entender os problemas da melhor maneira de lidar com os filhos autistas na rotina, nas atividades de vida diária, foi um trabalho surpreendente.

Realizamos um seminário da Saúde Mental com a Atenção Primária, com uma média de participação em dois dias de 120 profissionais. A coordenação do CAPSij é atuante e organizada, com um diretor da atenção secundária que apoia as iniciativas do serviço, percebe-se que, quando uma gestão age com o coletivo, temos bons resultados e possibilita mais intervenções no trabalho e na rotina.

O CAPSij de Pirapora foi inaugurado em 10 de outubro de 2017 e é um serviço microrregional que atende a sete municípios vizinhos (alguns bem distantes, o que dificulta o acesso). Os municípios da microrregião são: Lassance, Pirapora, Ibiai, Buritizeiro, Ponto Chique, Várzea da Palma e Santa Fé.

O serviço funciona em uma casa espaçosa com área externa, oficina de horta, oficina de autocuidado para adolescentes, oficina de arte, oficina externa em espaços de academia na cidade, oficina de informática na biblioteca, oficina de informática no Instituto Federal parceria com um projeto de informática.

A RAPS de Pirapora conta com leitos de retaguarda no hospital geral, caso seja necessário em momentos de crise.

O CAPSij é um serviço inserido nas políticas de atenção à infância e adolescência, que trabalha com parcerias com outras instituições. As festas comemorativas fazem parte dos cuidados – o Carnaval, o 18 de Maio (Dia da Nacional da Luta Antimanicomial), a festa junina, o Dia das Crianças e o Natal, todas com muita animação, um preparativo feito por todos da equipe com muito afeto.

Durante a supervisão, realizamos um Seminário da Saúde Mental, com a participação de cerca de 100 profissionais, a Conferência Municipal de Saúde Mental e outras reuniões microrregionais e intersetoriais. O objetivo dessas atividades foi a construção de políticas públicas de saúde mental na microrregião e a criação de espaços para discussões envolvendo os diversos dispositivos que atuam nos diferentes pontos da rede.

Criamos um grupo, uma discussão de caso clínico de uma família, uma mãe e um adolescente entre dois municípios, Pirapora e Buritizeiro, com vários atores de diversos dispositivos na construção coletiva do Projeto Terapêutico Singular e claro a referência técnica e os usuários, a rede é construída a partir da demanda do usuário e dos familiares, uma construção e um cuidado compartilhado.

A corresponsabilização, dividir, trocar, contribuir com o outro, faz parte do tratamento, faz parte de um projeto terapêutico singular, as atividades dentro e fora do serviço, assim como as ações, as articulações intersetoriais. A saúde mental é complexa e exige a participação de vários dispositivos e atores no processo da atenção psicossocial.

Nesse movimento de produção de novas maneiras de fazer saúde é que se encontra o exercício de criar uma clínica na qual seja possível com os conceitos do vínculo, do acolhimento da integralidade da atenção psicossocial.

## 5 UM QUEBRA-CABEÇAS: A CONSTRUÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS DURANTE A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

*É necessário se espantar, se indignar  
e se contagiar, só assim é possível  
mudar a realidade.*

Nise da Silveira

Como supervisora clínico-institucional nos CAPSij dos municípios anteriormente mencionados percebi que havia uma demanda das equipes para a discussão dos casos clínicos, e uma dificuldade para realizar a construção coletiva com os diferentes saberes que faziam parte do processo e das intervenções de cuidado em saúde mental.

Considerando minha experiência, ficou perceptível que há certa dificuldade para a realização da interação entre os serviços da rede intersetorial e para o estabelecimento de processos de comunicação que possibilitem um trabalho coletivo. Essa dificuldade impacta na construção do cuidado integral compartilhado.

Percebemos que cada serviço organiza-se de uma maneira, reage diferentemente das articulações intersetoriais e intervenções que são necessárias no campo da saúde mental infantojuvenil. Cada serviço compreende, de uma maneira diferente, o papel dos CAPSij e sua importância na organização da RAPS. Delinear a história de cada um, juntar as peças que compõem cada serviço, compreender como cada equipe se constitui, como é o trabalho da gestão, como a supervisão clínico-institucional foi entendida pelas equipes e pela gestão... São muitos os detalhes desse quebra-cabeças que possibilitará o desenvolvimento do trabalho do supervisor, nesse campo de política pública que articula a gestão e a clínica.

Alguns profissionais mais envolvidos com as situações, familiarizados com o campo da saúde mental, outros chegando para entender a demanda. Apostei na formação permanente, uma estratégia político-pedagógica que abarcou a legislação, principalmente os princípios do SUS e os temas relacionados à saúde mental, em conformidade com a Resolução SES/MG n. 7.168/2020. Esses conteúdos possibilitam uma ampla discussão com as equipes, com abordagem dos diferentes temas específicos. Em praticamente todos os municípios, havia uma solicitação parecida a respeito de como resolver os problemas que circulavam nos serviços.

Profissionais da área de saúde mental frequentemente questionam como agir e qual é a forma correta de produzir cuidado. Esse movimento constante intensifica-se com as questões da rotina que envolvem tanto profissionais como gestores. Ricardo Moebus (2014) afirma que o sujeito que questiona é, ao mesmo tempo, o que produz.

Em seu estudo, Moebus sugere que a produção do cuidado em saúde mental coloca o profissional no centro das questões que ele próprio levanta, ou seja, o cuidado em saúde relaciona-se também com “implicações diretas no seu próprio agir cotidiano, correndo riscos e abrindo oportunidades autoanalíticas” (MOEBUS, 2014, p.123).

Como supervisora clínico-institucional, identifico que meu objetivo é entender e analisar situações e criar expectativas para mudanças nas práticas de produção do cuidado, que fazem parte do trabalho em saúde, de modo a oferecer novas perspectivas para toda a equipe. O cuidado está presente nas relações, na clínica e no encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços. É fundamental oferecer novas visibilidades para a equipe, a fim de que o cuidado seja produzido de maneira mais efetiva e significativa.

Assim, entendo que a supervisão clínico-institucional é uma estratégia que pode contribuir para facilitar os processos de comunicação e ampliar o olhar das equipes para cada situação, potencializando o trabalho interdisciplinar e abrindo espaços para as construções coletivas dos casos clínicos.

Dessa forma, foi proposta, durante os trabalhos a construção dos casos clínicos, descrever, contextualizar uma história de vida, do território, e os cuidados necessários, a escuta qualificada no acolhimento que traz essas informações, as percepções, como forma de representativa das articulações do cuidado e a rede de cada município e a rede de cada usuário a partir das suas demandas. Quando é possível visualizar a história e desenhar o caso com as ligações dos diversos pontos da rede, os dispositivos, tudo fica mais claro e o entendimento da situação, assim como os problemas encontrarão respostas.

A supervisão é provocativa, são encontros potentes com desafios, quando podem surgir os problemas e as soluções e as relações. Optei por iniciar a discussão em todos os municípios assistindo ao documentário *Em nome da razão* que traz imagens fortes e uma boa reflexão sobre a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade. O documentário mostra relatos de pacientes sobre a realidade no Hospital Colônia de Barbacena, símbolo da reforma psiquiátrica brasileira, projeta a fala e expressão dos internos, o som, os gritos, enfim, mostra o sofrimento de cada um ali, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Segundo o documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante Juvenil (BRASIL,2005), uma grande dificuldade para a área de Saúde Mental é a construção de uma política específica para a população de crianças e adolescentes que leve em conta suas singularidades e necessidades e que siga os princípios preconizados pelo SUS.

Faz-se necessário traçar diretrizes para promover um desenvolvimento saudável dessa população por meio de uma rede intersetorial e corresponsável. Um trabalho feito por muitos, profissionais, familiares e usuários. Assim, a supervisão clínico-institucional cria oportunidades para que a equipe se articule e realize intervenções necessárias na rede, no território e com o território.

O projeto político-institucional do CAPSij, proposto para acolher, visa à consolidação das ações em rede:

[...] os serviços de saúde mental infante-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro. (BRASIL, 2005, p. 28.)

Para que uma Política de Saúde seja coesa e alcance resultado positivo, diversos fatores compõem a atenção integral ao usuário de Saúde Mental, como dito anteriormente, a

importância do trabalho da intersetorialidade, a atenção integral, a prevenção e a promoção. Sabe-se que todas as pessoas são merecedoras de tratamentos especiais na sociedade, ou seja, nelas há de se identificar uma relação direta entre a sua individualidade e suas necessidades específicas. A saúde mental infantojuvenil cuida com singularidade as especificidades de cada criança, de cada adolescente.

No texto “*Eu venho desde menino, desde muito pequenino, cumprindo o belo destino, que me deu nosso senhor...*”, Nogueira (2018) relata uma história de uma família de uma cidade do interior de Minas Gerais que enfrentou as tramas da loucura e do uso de drogas, em meio às articulações de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij). Em uma situação complexa de um usuário, envolvendo ações intersetoriais, justiça, secretarias de assistência social, saúde, educação e outras instituições, a equipe de profissionais multidisciplinares desenvolveu muitas estratégias para atender à demanda na atenção psicossocial.

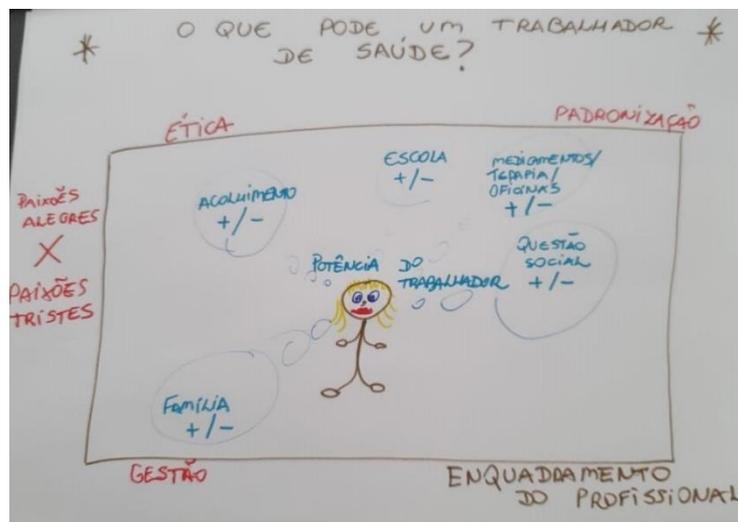
O caso ilustra a necessidade da intersetorialidade e da construção de uma rede de cuidados a partir das demandas do usuário. É fundamental que os serviços de saúde trabalhem em conjunto com outras instituições para fornecer suporte adequado e atender às necessidades individuais de cada paciente. “O CAPS ainda cria e inventa formas de tratar, sendo importante a atenção à singularidade de cada caso” (ESP/MG2018, p.181).

### **5.1 Em cada encontro, um ponto...**

A seguir, algumas imagens ilustram aspectos do trabalho de supervisão clínico-institucional muito difíceis de serem transmitidos com palavras. A arte é o caminho facilitador da expressão e da promoção da vida. Em cada encontro um ponto foi marcado, discutido, produzido. As imagens mostram o lugar do encontro e o espaço para a criatividade e para novas ideias.



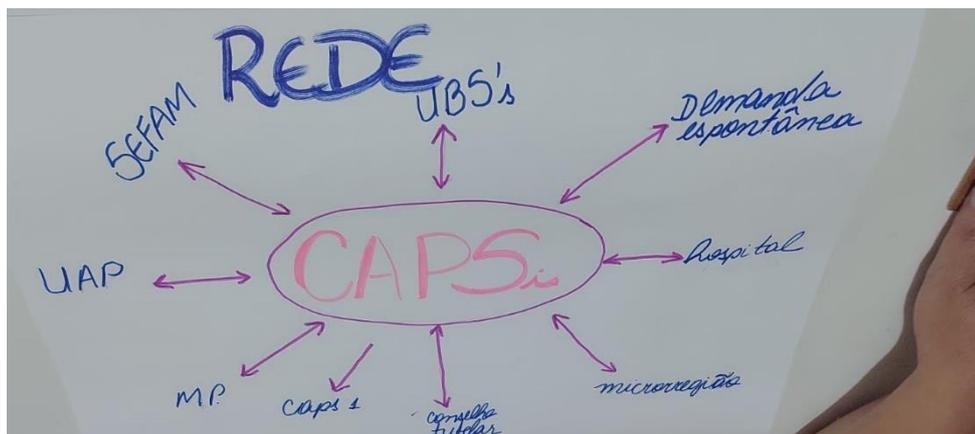
Fonte: Registros fotográficos feitos pela autora. Atividade de arteterapia. Carangola, 2022.



Fonte: Registro fotográfico feito pela autora. Produção com os profissionais do serviço. Atividade representativa dos cuidados na rede. Pirapora, 2022.



Fonte: Registro fotográfico feito pela autora. Produção com os profissionais do serviço. Atividade de estudo de caso clínico. Manhuaçu, 2021.



Fonte: Registro fotográfico feitos pela autora. Produção com os profissionais do serviço. Atividade representativa dos cuidados na rede. Pirapora, 2022.



Fonte: Registro fotográfico feito pela autora. Produção com os profissionais do serviço. Estudo de caso clínico. Pirapora, 2022.



Fonte: Registros fotográficos feitos pela autora. Produção com profissionais do serviço e usuários nas oficinas terapêuticas do CAPSij. Ibirité, 2022.

Novas produções foram criadas a partir da formação permanente, da supervisão clínico-institucional que possibilitou, com momentos de expressão, a construção do cuidado na saúde

mental infantojuvenil e um novo olhar para pensar e articular a rede e suas ações intersetoriais. Bem como descrever os casos clínicos e pontuar a rede, o movimento que circula no trabalho vivo, o diálogo como ele acontece, se existe ou não. A comunicação se faz necessária para que cada caso possa ter um projeto terapêutico singular coletivo, assim fizemos e costuramos nossas ideias durante os encontros. Trabalhar com atividades de expressão traz um novo olhar uma nova concepção da situação, assim como a interpretação dos estudos dos casos clínicos.

## **6 Um longo percurso no caminhar do trabalho na saúde mental**

*O que melhora o atendimento é o  
contato afetivo de uma pessoa com a outra.  
O que cura é a alegria,  
o que cura é a falta de preconceito.*

Nise da Silveira

A construção de uma política pública voltada para a população de crianças e adolescentes continua sendo um dos maiores desafios para o campo da Saúde Mental. Desenvolver um trabalho em rede é uma das necessidades estratégicas para a consolidação de uma política pública para este segmento no município.

De um modo geral, comecei em Belo Horizonte, a capital mineira com a beleza das artes plásticas como o caminho facilitador da expressão na saúde mental e alimentando essa ideia que foi reforçada em Ouro Preto, cidade acolhedora, cheia de encantos por toda a parte, suas ladeiras, becos, museus, e uma cidade histórica do interior de Minas.

Tive a experiência de conviver, indo e vindo pelas estradas de Minas para Carangola, Manhuaçu, Pirapora e Ibirité.

É interessante perceber como os municípios implantam os serviços, como eles são credenciados e como eles realizam as estratégias de cuidado na perspectiva da atenção psicossocial. Indiferentemente da existência das legislações que ordenam e regularizam, existe uma equipe formada por pessoas, as suas relações, as suas histórias de vida e suas formações. Essas pequenas ou grandes diferenças é que caracterizam cada serviço, a sua gestão e organização.

Nas cidades onde atuei como supervisora clínico-institucional, as ações determinantes foram intersetoriais, para que houvesse mudanças de articulações entre as equipes e os dispositivos da rede, assim como a RAPS.

Esse percurso é longo e nele se encontraram pessoas comprometidas, pessoas interessadas, pessoas acolhedoras. Temos muitos desafios, atravessamentos, tendo, assim, que

criar subsídios na formação teórica e prática do profissional da área de saúde mental, pelas limitações do trabalho em equipe, pelo desconhecimento e fragilidades da rede e das relações, gestão e trabalhadores, pensar e elaborar suportes técnicos durante os encontros realizados pelo supervisor clínico-institucional dentro das políticas públicas do SUS.

Os espaços nos CAPS são espaços de trocas e formação que se constroem na prática.

O meu olhar vem do lugar de quem, nesses últimos anos, tem se dedicado a “cuidar”, a partilhar as trocas de experiências vividas nesse percurso de atuação na área da saúde mental, na RAPS, nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, pelos caminhos de Minas Gerais.

Evidencia-se que a construção de um mapeamento do processo de trabalho nos CAPS infantojuvenis, antes de iniciar a atividade da supervisão clínico-institucional, é relatada como essencial.

Os fragmentos atribuem sentidos a essa investigação e intervenção da supervisora com os trabalhadores das equipes de saúde mental, nos CAPSij. É relevante ter a experiência institucional, de gestão e do SUS para realizar uma atuação como supervisora, faz toda a diferença no processo de trabalho. Essa atuação ajuda na construção de seu próprio modo de atuar a partir da prática, do encontro com o outro, a equipe de profissionais com diferentes saberes e formações.

Importante reconhecer e analisar que o processo de convivência e as relações que se estabelecem nessas experiências dos encontros com a supervisora contribuem para a construção do conhecimento. Os textos sugeridos serviram para embasar as discussões e assim como a construção dos casos clínicos mostrou o funcionamento dos serviços e a implicação de cada um, contribuiu para ampliar o olhar das equipes para cada situação, para cada tema abordado no coletivo.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Cartilha produzida pelo grupo de trabalho em saúde mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Gestão 2021-2024.

ACALENTO: grupo de acolhimento virtual dos profissionais de saúde de Ouro Preto, Minas Gerais. Aislán Diego Assis, Christine Vianna Algarves Magalhães, Débora Lourdes Martins Vaz, Érika Danielle Pereira dos Santos, Luana Coutinho Dias de Oliveira, Izabella Helena Torres, Lucas Lazare Rodrigues, Matheus dos Anjos Evangelista, Paula Alves de Brito.

**Raízes e Rumos**, v. 8, n. 1, 2020. Extensão universitária em tempos de pandemia: reinvenções de práticas e enfrentamento da Covid-19. Relato de experiência extensionista.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003.

ATENÇÃO em saúde mental. **Linha guia em saúde mental de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Casa de Editoração e Arte Ltda, 2006.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**: outras correntes teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BONDIÁ, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Universidade de Barcelona, Espanha, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 34, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial de crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. 2014.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1995. 210 p.

BRASIL. Lei no 10.216, de 03 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

BRASIL. **Portaria GM 189/2002**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf.2002](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf.2002).

BRASIL. **Portaria GM 336/2002**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf.2002](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf.2002).

BRASIL. Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004. Constitui fórum nacional sobre saúde mental de crianças e adolescentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/3844.html>.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)  
[2006](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial. *In*: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 217-279.

COUTO, M. C. V.; DELGADO P. G. G. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira**: situação atual e desafios. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental - NUPPSAM. Instituto de Psiquiatria - IPUB. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2008.

E-BOOK. **Atenção psicossocial e Covid-19**: fortalecimento coletivo para garantir o cuidado, UNIFESP, 2020 (5.5.2 CAPSIJ Ouro Preto, MG, p. 73). Disponível em: <https://caec.iss.unifesp.br/informes/e-book-atencao-psicossocial-e-covid-19-fortalecimento-coletivo-para-garantir-o-cuidado>.

GUIA para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações, ESP- MG, 2022.

HIGAKI, Gabriela Mayumi Kolling; LIMA, Eloísa Helena de; DINIS, Luíza Araújo; SANTOS, Marina Eduarda; SILVA, Rayane Elen Fernandes; MENEZES, Yuri Barbosa de; MAGALHÃES, Christine Vianna Algarves. Projeto Sala de Espera: promoção da saúde mental das cuidadoras do CAPS-IJ de Ouro Preto, MG. Comunicação oral. **Anais [...]**. CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 14; **Revista Saúde em Redes**, v. 6, supl. 3, 2020. ISSN 2446-4813.

MAGALHÃES, Christine Vianna Algarves; LIMA, Eloísa Helena de; HIGAKI, Gabriela Mayumi Kolling; DINIS, Luíza Araújo; SANTOS, Marina Eduarda; SILVA, Rayane Elen Fernandes; MENEZES, Yuri Barbosa de. Projeto Sala de Espera: promoção da saúde mental das cuidadoras do CAPS-IJ de Ouro Preto, MG. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL, 7, 2020.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800023>  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/wvPxxpsmvrz7wrXPDQKW7Kb/>.

MERHY, E. E.; FRANCO, Túlio B. Trabalho em saúde. *In*: ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) **Dicionário da educação e trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 2-82.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo. Hucitec, 1997, p. 71-112.

MOEBUS, R. L. N. **Dilemas e paradoxos do tratamento involuntário em saúde mental**. Ouro Preto, Editora UFOP, 2018.

MOEBUS, R. L. N. **O trágico na produção do cuidado**: uma estética da saúde mental. Rede Unida, 2014, p. 123.

NOGUEIRA, R. C. **Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, caminhando contra o vento**: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS, 2018, p. 181. Disponível em: <http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/handle/123456789/103>.

SILVA, Enio Rodrigues; BARROS, Vanessa Andrade. **Trajetórias e gesto profissional na intervenção com coletivos de trabalho**: subjetividade e trabalho, entre mal-estar e bem-estar, 2020.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; DIAS, Marcelo Kimati (org.). **Política e práticas de promoção de equidade**: usos de drogas e enfrentamento de desigualdades, 2023.

WEBINÁRIO debate saúde mental de crianças e adolescentes. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/noticias/webinario-debate-saude-mental-de-criancas-e-adolescentes.htm#.Y8v7KHbMLIU>.

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, 2018, p. 181.