

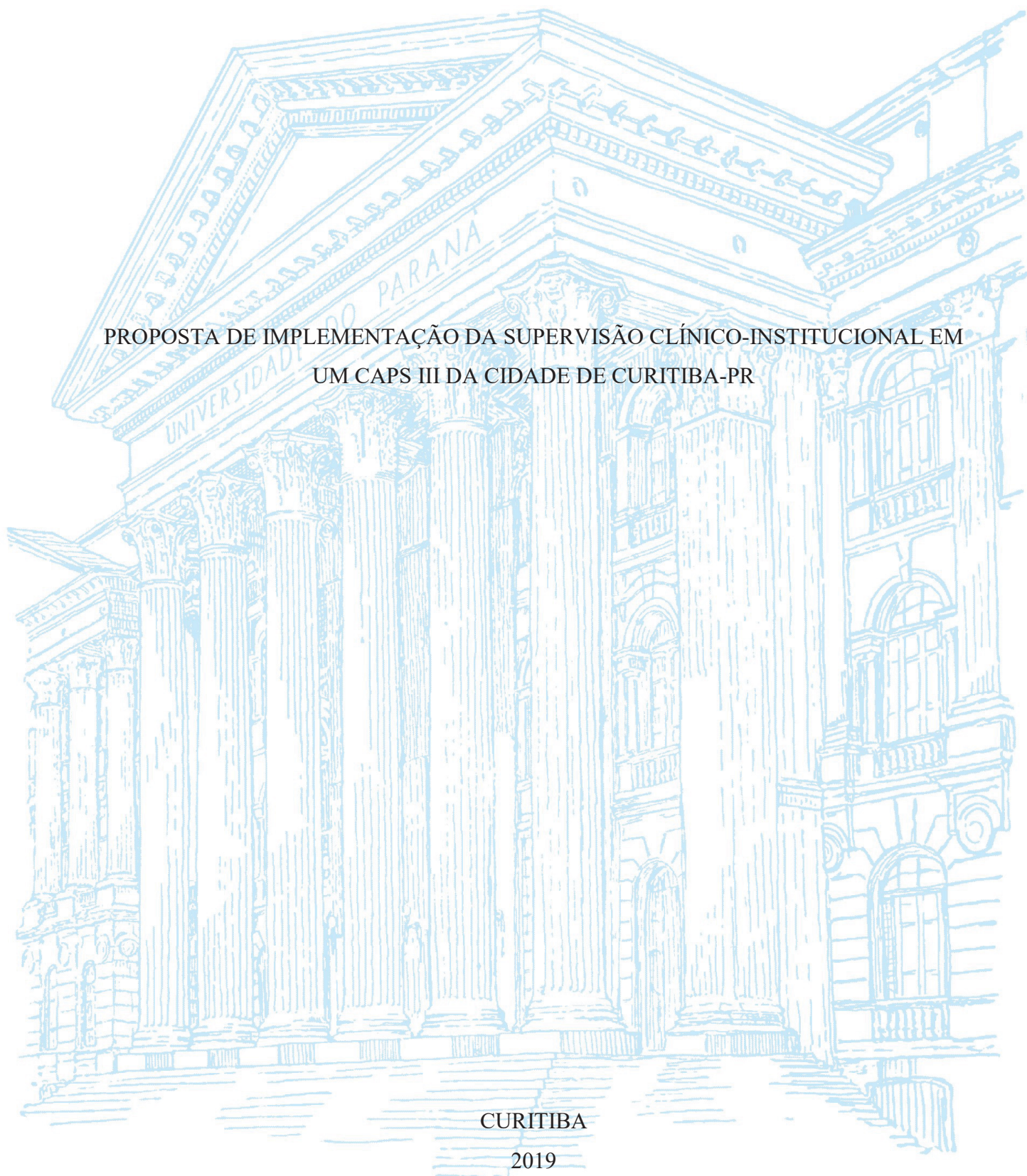
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NAIANE RIBEIRO PRANDINI

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL EM  
UM CAPS III DA CIDADE DE CURITIBA-PR

CURITIBA

2019



NAIANE RIBEIRO PRANDINI

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL EM  
UM CAPS III DA CIDADE DE CURITIBA-PR

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em Gestão da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Priscila Meyenberg Cunha Sade

CURITIBA

2019

## RESUMO

Os desafios que incorrem sobre a prática do cuidado clínico em saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos importantes desse cuidado, são vários, perpassando desde questões estruturais até as relacionadas à própria equipe multiprofissional. A supervisão clínico-institucional é potente ferramenta para a qualificação profissional na saúde mental. Assim, este trabalho propôs um estudo sobre o diagnóstico da necessidade desta ferramenta e sua implementação em um CAPS III, em Curitiba-PR. Esta questão-problema foi fomentada pela experiência profissional da pesquisadora em um desses dispositivos de saúde mental nesta cidade. Para ampliar as informações, desenvolveu-se um questionário autoaplicável aos profissionais de saúde do referido serviço. As informações organizadas suscitaram que a supervisão clínico-institucional proporia uma melhora na resolução do trabalho e nas relações interpessoais. Desta forma, sugere-se a proposta de intervenção com a implementação da supervisão clínico-institucional regular para os profissionais deste serviço, sendo a contratação de profissional clínico-supervisor por alguma destas alternativas: cedido pela PMC, contratado pela FEAES, cedido por uma instituição de ensino parceira da FEAES, requerendo aporte financeiro do Ministério da Saúde. Propõe-se também estratégia de educação permanente para os profissionais do referido CAPS desenvolvida com participação destes e em parceria com profissional do Departamento de Ensino e Pesquisa da FEAES. À guisa de conclusão, entende-se a potência da supervisão clínico-institucional para os profissionais de saúde mental haja vista a complexidade deste cuidado e necessidade de reflexão, problematização e contínua qualificação no trabalho, considerando as transformações processuais da oferta de cuidados em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental. Supervisão clínico-institucional. Gestão clínica. Centros de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

The challenges faced while practicing clinical care in mental health, especially in Psychosocial Care Centers (CAPS), that hold an important role in this care, are plenty, approaching from structural matters to those related to the multiprofessional team. The clinic-institutional supervision is a powerful tool for the mental health professional qualification. Hence, this paper aims for the study about the diagnosis on the need of such tool and its implementation at a CAPS III, in Curitiba-PR. This question problem was pointed out by the professional experience of the researcher in one of these mental health institutions in the city. To widen the information range, a self-filling questionnaire was developed to the health professionals from the above stated service. The organized information showed that the clinic-institutional supervision would bring an enhancement on work resolution and interpersonal relationships. Therefore, an intervention with the implementation of regular clinic-institutional supervision to the professionals of this service is suggested, being the hiring of professionals for some of these alternatives: provided by PMC, hired by FEAES, provided by a FEAES- partner educational institution, requiring financial support from the Ministry of Health. It is also proposed an educational permanent strategie for the professionals of this CAPS, developed with their participation with partner with professional of the education and research department of the FEAES. In conclusion, the power of clinic- institutional supervision to the mental health professionals is understood, considering the complexity of the care and the need of awareness, problematization and continuous qualification at work, considering processual changes related to the offering of mental health care.

Key words – Mental health, Clinic-institutional supervision, Clinic management, Psychosocial Care Centers

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – DEMANDA DE PROBLEMAS NO TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE MENTAL.....	15
--	----

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS.....	10
QUADRO 2 – MODALIDADES DE CAPS.....	12
QUADRO 3 – DS, NÚMERO DE USUÁRIOS EM TRATAMENTO E UBS REFERENCIADAS AO CAPS III.....	20
QUADRO 4 – RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS E TURNO DE TRABALHO.....	21
QUADRO 5 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CAPS DE CURITIBA – PR.....	23
QUADRO 6 – CRONOGRAMA DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO INSTITUCIONAL.....	28
QUADRO 7 – RECURSOS ESTIMADOS PARA EXECUÇÃO DAS PROPOSTAS DE IMPLANTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO CAPS III.....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	-	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	-	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	-	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DeCS	-	Descritores em Ciências da Saúde
DS	-	Distrito Sanitário
FEAES	-	Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba
FGTS	-	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
HIZA	-	Hospital do Idoso Zilda Arns
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	-	Organização Não Governamental
PI	-	Projeto Institucional
PMC	-	Prefeitura Municipal de Curitiba
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	-	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TR	-	Técnico de Referência
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
US	-	Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1	APRESENTAÇÃO.....	8
1.2	OBJETIVO GERAL.....	9
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
1.4	JUSTIFICATIVA .....	9
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	10
2.1	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	11
2.2	SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL .....	16
<b>3</b>	<b>DESCRIÇÃO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	19
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO .....	19
3.1.1	Histórico e área de abrangência.....	19
3.1.2	Equipe multiprofissional do CAPS III .....	20
3.1.3	Organização do cuidado clínico do usuário inserido no CAPS.....	22
3.1.4	Estrutura física.....	24
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	24
<b>4</b>	<b>PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	277
4.1	PLANO DE IMPLANTAÇÃO .....	277
4.1.1	Recursos .....	299
4.1.2	Resultados esperados.....	32
4.1.3	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	333
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	344
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	355
	<b>APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL</b> .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

A apresentação da problemática, bem como dos objetivos e justificativa deste trabalho estão nas seções abaixo.

### 1.1 APRESENTAÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram instituídos no Brasil pela Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde (MS), e têm como característica serem serviços substitutivos à internação psiquiátrica integral, com atuação no território, buscando o resgate da autonomia e reinserção social da pessoa que sofre em decorrência de transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas. Os CAPS, na sua lógica de trabalho, buscam reinserir a família nesse cuidado que é ofertado por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2002). Tratam-se de dispositivos centrais no cuidado à saúde mental e instituídos no contexto do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2007).

A Portaria citada no parágrafo anterior descreve tais serviços em modalidades, de acordo com critério populacional e conforme o foco do cuidado. Dentre estas modalidades estão os CAPS III, que ofertam cuidado contínuo em equipe multiprofissional, durante as 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, para pessoas com sofrimento proveniente de transtorno mental (BRASIL, 2002). Nessa lógica e com base na minha experiência profissional em CAPS III de 2014 até o presente, verificou-se a situação-problema de fragilidade na supervisão dos profissionais de saúde atuantes no serviço, com reflexos no trabalho multiprofissional e, por conseguinte, no cuidado à saúde mental e na atenção psicossocial da população assistida.

Tal situação-problema foi inicialmente identificada a partir das discussões entre a equipe sobre a complexidade do processo de trabalho realizado na saúde mental no CAPS III e consequente dialética nas condutas e modos de pensar, bem como pela incipiente qualificação recebida para a atuação nessa área e reveses de relações entre os profissionais. Face ao exposto, este projeto técnico propõe a supervisão clínico-institucional como ferramenta qualificadora no trabalho, tendo em vista o ganho qualitativo que se teme evidenciado com o desenvolvimento de tal estratégia para as equipes de saúde mental.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

- Propor a implementação da Supervisão Clínico-institucional regular para profissionais de saúde que atuam em um CAPS III da cidade de Curitiba – PR.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar a situação atual do processo de trabalho multidisciplinar dos profissionais de saúde.
- Identificar fragilidades na Supervisão dos profissionais de saúde.
- Formular proposta técnica para implementação da Supervisão Clínico-institucional.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

A Supervisão Clínico-institucional volta-se à discussão das questões relativas à gestão dos serviços e à rede de saúde mental, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.174/2005 (BRASIL, 2005). A respeito desta supervisão, Severo, L’Abbate e Onocko Campos (2014, p. 10) versam que tal ferramenta necessita ser, além de resolutiva, um espaço de problematização das práticas “no qual não se impõem os ideais do supervisor, desprivilegiando o desejo e o conhecimento dos trabalhadores das equipes”.

Mediante a relevância do cuidado em saúde mental proposto para o CAPS — que se constitui em espaço potencial de cuidado e conhecimento — e considerando, no âmbito municipal, as propostas de reformulação deste dispositivo, torna-se pertinente o estudo da implementação da **Supervisão Clínico-institucional** regular para a equipe de um CAPS III de Curitiba - PR, como objeto pioneiro desta prática entre os dispositivos do município. Tal proposta tem o intuito de proporcionar assessoramento para o desenvolvimento da prática clínica e problematização entre a esfera clínica e política, o que, conseqüentemente, poderá proporcionar distinção qualitativa para a atuação profissional dos que dela participem, podendo contribuir para o aprofundamento do assunto na área de saúde mental.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta seção, os conteúdos que contribuíram para o desenvolvimento teórico deste trabalho, os quais foram sustentados por uma pesquisa bibliográfica da literatura. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, podendo ser constituída de artigos científicos que representam, nos tempos atuais, uma das mais importantes fontes bibliográficas. Para tanto, envolve as etapas: a) escolha do tema; b) levantamento bibliográfico preliminar; c) formulação do problema; d) elaboração do plano provisório de assunto; e) busca das fontes; f) leitura do material; g) fichamento; h) organização lógica do assunto; e i) redação do texto.

Na busca das fontes, inicialmente procedeu-se a seleção dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), considerados vocabulário estruturado, disponíveis em três línguas, que visam unificar e servir como terminologia única na área da saúde, na indexação e busca de artigos nas bases de dados (BIREME; OPAS; OMS, 2019). Assim, os descritores selecionados foram “saúde mental”, “gestão clínica” e “centros de atenção psicossocial”.

As bases de dados elencadas para a busca de fontes bibliográficas foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no seu Portal Regional, estabelecido como ferramenta para gestão e integração da informação e do conhecimento em saúde com caráter democrático e amplo na região da América Latina e Caribe (BIREME; OPAS; OMS, 2019) e a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, com consulta específica na área de Saúde Mental (BRASIL, 2019). Acrescentou-se aos descritores a palavra-chave “supervisão clínico-institucional”, por estar intrinsecamente relacionada à proposta de estudo. Assim, foram realizadas buscas por artigos científicos nas duas bases de dados, a partir dos referidos descritores e operadores booleanos, que resultou na seleção de 10 artigos, conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 – ESTRATÉGIAS DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS (continua)

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	Nº DE ARTIGOS ENCONTRADOS	REFINAMENTO	Nº DE ARTIGOS SELECIONADOS
BVS Portal Regional	1) tw:(("saúde mental" AND "supervisão clínico-institucional" AND "centros de atenção psicossocial")) AND (instance:"regional") AND ( fulltext:"1") AND la:(("pt")) AND year_cluster:(("2012" OR "2014" OR "2013")) AND type:(("article"))	7	3 artigos duplicados	4
BVS Portal	2) tw:(("supervisão clínico-institucional" AND "saúde	8	7 artigos iguais aos da busca da	1

**(conclusão)**

Regional	mental")) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1" AND la:("pt") AND year_cluster:("2012" OR "2013" OR "2014") AND type:("article"))		estratégia 1	
BVS Saúde Mental*	“CAPS”*	5 conteúdos	---	5 “conteúdos relacionados” ao termo “CAPS”
			Total	10

FONTE: A autora (2019).

Nota: \*Na BVS Saúde Mental, o termo usado foi “CAPS”, visto outras estratégias não terem refletido resultados. Nesta busca, os 5 conteúdos encontrados revelaram 5 “conteúdos relacionados” ao termo “CAPS” que foram contabilizados para a revisão.

Após a leitura minuciosa dos 10 artigos selecionados, bem como de materiais da literatura cinza, como manuais do Ministério da Saúde e outros artigos de bases de dados em meio digital, foi elaborada a Redação da Revisão Bibliográfica, sendo dividida nas seções Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Supervisão Clínico-institucional, apresentadas a seguir.

## 2.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

As transformações relativas à assistência em Saúde Mental no Brasil ocorreram especialmente impulsionadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Tal movimento se desenvolveu num contexto de busca por mudanças no Sistema de Saúde brasileiro, este incentivado pelo movimento da Reforma Sanitária (TENÓRIO, 2002), a qual propôs a democratização da saúde, dos cidadãos, do Estado e da sociedade e um novo modelo de Atenção à Saúde (PAIM, 2008), que culminou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, como já referido, buscava instituir um novo modelo de Atenção à Saúde mental e psicossocial, a implantação de serviços substitutivos à internação prolongada em hospital psiquiátrico integral e a participação social (AMARANTE, 1995; 2007). Tais objetivos visavam, ainda, superar as denúncias de exclusão e violência em relação aos manicômios (JORGE, 2014).

Assim, com o estímulo de experiências exitosas de cuidado em Saúde Mental em outros países e pelo contexto político favorável às manifestações populares, pela promulgação da Constituição de 1988, pela criação do SUS, dentre outros fatores (BORGES; BAPTISTA, 2008), ocorreram, ao longo dos anos, discussões nas Conferências de Saúde e de Saúde Mental, o fechamento de instituições psiquiátricas por denúncias de maus tratos e a instituição

de novos dispositivos de cuidado que fomentavam e iniciavam as transformações na oferta de cuidados em saúde mental no Brasil (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

As transformações desencadeadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil permitiram que se pensasse em serviços substitutivos à internação psiquiátrica. Dessa forma, a lógica de tratamento focada no hospital psiquiátrico deu lugar a dispositivos de base territorial, voltados ao resgate da autonomia e independência do indivíduo, à manutenção e busca dos direitos desses indivíduos e de sua responsabilização pelo tratamento. Com isso, o processo de trabalho dos profissionais modificou-se para um trabalho desempenhado em equipe, numa construção conjunta do cuidado ao usuário (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Nesse contexto de transformação das práticas em Saúde Mental, foram propostas legislações que vieram a alicerçar o novo modelo assistencial (BORGES; BAPTISTA, 2008), dentre as quais destaca-se a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2011, do Ministério da Saúde, que versa sobre os direitos das pessoas com transtorno mental, e que instigou mudanças na oferta de cuidados em vários estados do Brasil (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; BRASIL, 2001). Coadunando com o proposto pela referida lei, foram instituídos pela Portaria nº 336, de 2002, do Ministério da Saúde, os CAPS, de caráter comunitário, gratuito, que visam o resgate da autonomia e reinserção social de indivíduos com sofrimento devido ao transtorno mental (BRASIL, 2002), dispositivos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Tais legislações classificam os CAPS em modalidades conforme complexidade e critério populacional, descritas no Quadro 2.

QUADRO 2 - MODALIDADES DE CAPS

(continua)

TIPO DO CAPS	POPULAÇÃO-ALVO	PORTE DO MUNICÍPIO	EQUIPE MÍNIMA <sup>1</sup>
<b>CAPS I</b>	Pessoas de todas as faixas etárias com sofrimento advindo de transtorno mental grave e persistente, incluindo o relacionado ao uso de substâncias psicoativas.  Funciona no período das 8h às 18h, em dois turnos, nos	Entre 20 mil e 70 mil habitantes.	1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior; 4 profissionais de nível médio.

<sup>1</sup>Por profissional de nível universitário compreende-se os inseridos nas categorias de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Por profissionais de nível médio, os que se inserem nas categorias de técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão; e como profissionais de nível universitário para o CAPSi os psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, pedagogos ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

(conclusão)

	cinco dias úteis.		
<b>CAPS II</b>	<p>Pessoas com intenso sofrimento psíquico em virtude de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo o relacionado ao uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Funciona das 8h às 18h, em dois turnos, nos cinco dias úteis, podendo comportar um terceiro turno até às 21h.</p>	Entre 70 mil e 200 mil habitantes.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.
<b>CAPS III</b>	<p>Pessoas com intenso sofrimento psíquico em virtude de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo o relacionado ao uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Atenção contínua, funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.</p>	Acima de 200 mil habitantes.	<p>2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior; 8 profissionais de nível médio.</p> <p><b>Para acolhimento noturno:</b> 3 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 profissional de nível médio da área de apoio.</p> <p><b>Para as 12 horas diurnas em sábados, domingos e feriados:</b> 1 profissional de nível superior; 3 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 1 profissional de nível médio da área de apoio.</p>
<b>CAPSad</b>	Para pessoas de todas as faixas etárias que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.	Acima de 70 mil habitantes.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.
<b>CAPSi</b>	<p>Serviço ambulatorial, diário, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais.</p> <p>Funciona das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis, podendo ter terceiro turno até às 21 horas.</p>	Acima de 200 mil habitantes ou outro parâmetro populacional definido pelo gestor local, conforme critérios epidemiológicos.	1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior; 5 profissionais de nível médio.

FONTE: Adaptado de BRASIL (2002; 2015).

O trabalho desenvolvido nos CAPS ocorre por meio de ações de núcleo profissional e multiprofissional em atividades individuais, grupais, oficinas, discussões de caso, reuniões de equipe e miniequipe (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017), atendendo indivíduos que estejam em crise com internamentos breves (AMARANTE, 2007).

No modelo de atenção psicossocial, entende-se que a crise pode ser ocasionada pela influência de muitos fatores, o que, por sua vez, requer participação de equipe multiprofissional para acolher e buscar a resolutividade dessa crise. Para tanto, o vínculo afetivo estabelecido entre os profissionais e o indivíduo permeia o tratamento em virtude da relação mútua entre os pares, sendo crucial para a escuta e compromisso com o tratamento. Desse modo, a atuação dos profissionais dos CAPS envolve estar o mais próximo possível do indivíduo, de sua família, do seu território, buscando potentes e potenciais suportes de cuidado para essa pessoa em sofrimento (AMARANTE, 2007).

No construir do cuidado psicossocial, alguns saberes se fizeram emergentes, tendo em vista as demandas dos usuários no sentido de integrar o ser humano nas suas “dimensões biológica, existencial, cultural, socioeconômica, ético-política, filosófica e religiosa” (SAMPAIO *et al.*, p. 4690, 2011). Com isso, as orientações de trabalho nos CAPS seguem as premissas de atuar em equipe interdisciplinar mínima conforme população adstrita, complexidade da demanda e projeto institucional, com desenvolvimento de ações coletivas sem perda das atividades individuais, respeitando a particularidade de cada indivíduo. Desta forma, as equipes têm se organizado a partir de ferramentas como o acolhimento, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com inserção em atividades que visem o alcance dos objetivos de melhora de cada pessoa, o elenco de Técnicos de Referência (TR) para acompanhamento dos casos, as discussões clínicas dos casos mais graves no coletivo (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Ainda sobre o cuidado desenvolvido no CAPS, Sampaio *et al.* (2011) trazem o desafio, no nível gestor, de promover linhas de cuidado em saúde mental em consonância e consolidando as redes de atenção à saúde mental. Sobre isso, os autores alegam que o matriciamento das unidades de atenção primária e o acompanhamento dos usuários em internação integral nos hospitais pelas equipes dos CAPS são ferramentas que viabilizam o processo gestor.

Pode-se inferir que a atuação dos CAPS é **psicossocial**, por essência do objeto de trabalho, qual seja o processo saúde/doença mental; é **territorial**, tendo em vista a significância do trabalho considerando as experiências de cada indivíduo/família; é **interdisciplinar**, ao relevar o enredamento de saber exigido para cada indivíduo, o que transcende o campo de atuação individual do profissional; destarte, o cuidado é construído em equipe (SAMPAIO *et al.*, 2011).

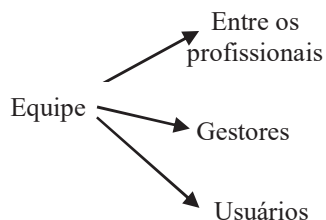
Esse trabalho em equipe na área de saúde mental tem, segundo Sampaio *et al.* (2011), três vantagens maiores: a **ideológica** — que inibe o domínio de um saber sobre outro; a

**teórica** — que instiga o aperfeiçoamento e a permuta de saberes; e a **organizacional** — como já descrito, um cuidado complexo transcende a atuação individual de cada profissional, de maneira que o trabalho em equipe torna-se uma imposição do próprio serviço.

A dinâmica do trabalho em CAPS perpassa situações relativas à demanda dos usuários, ao trabalho em equipe, à articulação em rede e à gestão, que se configuram como desafios às equipes que atuam nesse ambiente, em que se denota esse serviço como um espaço complexo e formador da prática; para tanto, sendo qualificada a resolução de seus impasses, qualificada poderá ser a atuação prática dos profissionais (SILVA *et al.*, 2012). Ainda sobre essa dinâmica, tem-se que o trabalho em saúde mental perpassa por uma demanda que surge de algumas fontes, exemplificadas na Figura 1.

Assim, para o enfrentamento desta problemática oriunda desses três meios, demonstrado na Figura 1, são precisas três ordens de atitudes: a **competência**, concernente ao desenvolvimento de cada profissional no que se refere a aptidões técnicas, relacionais, comunicacionais e políticas; a **humildade**, o entendimento de que as experiências de cada usuário não podem ser limitadas à doença; e a **democracia**, um trabalho em conjunto valorizando o usuário (SAMPAIO *et al.*, 2011).

FIGURA 1 - DEMANDA DE PROBLEMAS NO TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE MENTAL



FONTE: Adaptada de SAMPAIO *et al.* (2011).

Ao revelar as dificuldades mencionadas acima, Silva *et al.* (2012) associam a carestia dos modelos de atendimento, o sofrimento e a singularidade do trabalho cotidiano dos profissionais de saúde mental como questões que precisam ser revistas para a sustentação da prática profissional, considerando a posição estratégica que ocupam os CAPS no cuidado psicossocial.

Para a resolução desses impasses existentes no trabalho em equipe multiprofissional na Saúde Mental, um instrumento facilitador é a Supervisão Clínico-institucional (SAMPAIO

*et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2012), especialmente potente para resolução da problemática relativa à **competência** (SAMPAIO *et al.*, 2011).

## 2.2 SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

A Supervisão Clínico-institucional foi proposta pela Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, no sentido de qualificação dos CAPS. O artigo 3º da referida Portaria define que tal supervisão configura-se como

[...] o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (BRASIL, 2005, p. 38).

Para a execução da Supervisão Clínico-institucional alguns instrumentos podem ser utilizados. Um estudo realizado com supervisores clínicos de CAPS no Rio Grande do Sul evidenciou que as ferramentas utilizadas em seu trabalho de Supervisão Clínico-institucional são a escuta e a palavra. Tais instrumentais, quando livres de julgamentos morais e isentos de domínio da verdade por parte do supervisor, permitem aos profissionais que participam da supervisão questionarem e enxergarem seu serviço e sua atuação de um ângulo externo às rotinas de trabalho, de modo que possam falar e ouvir-se. Outra ferramenta usada na Supervisão Clínico-Institucional evidenciada no mesmo estudo foi a discussão de casos clínicos com as equipes, que possibilita uma análise da condução dos casos e de como têm desenvolvido o cuidado. Nessas discussões, podem ser levados casos que demandem envolvimento de todo o grupo, sendo possível expor dificuldades e dúvidas entre os profissionais, revelando diferenças importantes do trabalho e que dificultem seu entrosamento, evidenciando onde há divergências e divisão dos trabalhadores, conformando com isso um ambiente de cuidado institucional, político e clínico (SILVA *et al.*, 2012).

Silva *et al.* (2012) também apontam que a leitura de textos sobre temas específicos contribui para a equipe encontrar soluções para uma dada situação, desde que sejam textos e assuntos condizentes com a necessidade da equipe para que esta se reconheça nos mesmos. Os participantes do estudo citaram ainda que convidaram profissionais externos para versar sobre assuntos específicos.

Outra ferramenta muito utilizada pelos supervisores clínico-institucionais é a problematização do cotidiano de trabalho, em que a própria equipe discute sobre concepções de trabalho, repensa condutas, reflete e se indaga sobre seu trabalho, de modo que seus membros clarifiquem seu conhecimento e atuação. O elemento de problematização “produz um trabalho de educação permanente que não impõe os ideais do supervisor em detrimento do desejo e do conhecimento dos trabalhadores nas equipes” (SILVA *et al.*, 2012, p. 317). Por fim, a transferência do trabalho refere-se a outra estratégia em que o norte da condução clínica seria a singularidade de cada caso e não o saber de cada profissional ou sua trajetória e experiência técnica; não haveria hierarquia de saberes. As equipes trabalhariam as dificuldades que possuem entre si e com a gestão, guiadas pelo supervisor.

Para exemplificar, destaca-se a experiência de Supervisão Clínico-institucional em serviços de saúde mental — a saber, um posto de saúde, uma policlínica, um CAPS II, uma emergência e um instituto psiquiátrico — e também da rede de saúde mental de um território no Rio de Janeiro em estudo proposto por Oliveira e Passos (2012). Os autores comentam as dificuldades que observaram com a supervisão no CAPS investigado, constatando que, devido à grande demanda de atendimentos, os trabalhadores apresentavam urgência na resolução dos casos, o que comprometia a organização do cuidado no serviço e gerava escassa influência no território e a ideia de que o lugar da crise psiquiátrica era no hospital psiquiátrico.

Com a implementação do processo de Supervisão Clínico-institucional no CAPS do estudo citado no parágrafo anterior foi estabelecida forte comunicação transversal entre trabalhadores e gestores nos níveis de atenção à saúde dos demais componentes da rede, permitindo reflexão não apenas sobre o caráter funcional do trabalho desempenhado. É possível que a supervisão permita o planejamento conjunto dos processos de trabalho, uma constante análise desse processo e a construção grupal de maneiras novas de cuidar (OLIVEIRA; PASSOS, 2012).

Entende-se que o processo de supervisão permite desvelar características do grupo de profissionais que por vezes passam despercebidas ou ocultas no dia a dia de trabalho, permitindo conhecer fatores que dificultam o trabalho ou mesmo que o facilitem.

A Supervisão Clínico-institucional é apontada por Sampaio *et al.* (2011) também como ferramenta de educação permanente que fomenta as ações terapêuticas e o aprimoramento profissional, elaborando conhecimentos no serviço. Além de permitir a formação em trabalho, acolhe as diligências afetivas dos profissionais, que são permeadas por contrastes individuais, organizacionais, profissionais e influenciadas ainda pela procura dos usuários.

Ao pesquisar a experiência profissional dos psicólogos em CAPS no Rio Grande do Sul, as autoras Cantele, Arpini e Roso (2012) identificaram que o trabalho daqueles profissionais perpassa por uma carência de recursos vinda da graduação, sentimento de frustração e susto e uma ressignificação de sua profissão. Como instrumento facilitador dessas dificuldades também elencaram a Supervisão Clínico-institucional, de modo que esta permita à equipe perceber os entraves de seu trabalho, possibilitando que se compartilhem, além de condutas, sentimentos da equipe multiprofissional (CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012), coadunando com o até aqui exposto.

Segundo documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental (2007), cabe ao supervisor clínico-institucional na Saúde Mental estabelecer um paralelo entre a questão clínica da prática profissional e a dinâmica política da rede e do território. Para o desempenho de seu trabalho é esperado que a equipe acolha esse novo profissional e também que o supervisor se aproprie das características diversas, intrínsecas e intensas dessa equipe, de modo a criar um ambiente de trabalho favorável para todos. O mesmo documento descreve que as características do trabalho do supervisor correspondem à supervisão como permeio clínico e político, à integração da equipe multiprofissional e à elaboração do PTS, considerando o universo de cada usuário do serviço. Tais características possibilitam o desempenho do supervisor independentemente da formação teórica que ele possua.

A Supervisão Clínico-institucional pode ser vista como um espaço em que o profissional possa refletir sobre seu trabalho, expor dúvidas, dificuldades e angústias, distanciar-se do cotidiano para rever sua atuação e pensar ações estratégicas mais amplas para o trabalho (FERRARI, 2009). Sobre sua contribuição, cita-se Ferrari (2009, p. 33) ao dizer que, se “atento à reconhecida importância de um espaço de escuta para o profissional que lida com situações de vulnerabilidade, o trabalho oferece a oportunidade de vislumbrar possibilidades de intervenção mesmo que em ambientes aparentemente inóspitos”.

### 3 DESCRIÇÃO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Nas linhas a seguir descrevemos informações a respeito do local proposto para este estudo.

#### 3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

A descrição da organização proposta como local deste estudo foi dividida em subseções, as quais correspondem a um breve histórico sobre o surgimento do CAPS, a população assistida e a organização interna do serviço.

##### 3.1.1 Histórico e área de abrangência

Os CAPS de Curitiba são tidos como serviços de referência no tratamento para pessoas com sofrimento mental. Partindo do pressuposto do acolhimento ao indivíduo numa lógica psicossocial e pautados no trabalho multiprofissional e intersetorial, desenvolvem estratégias de cuidado clínico individualizado e personalizado através de uma estrutura versátil, com foco no indivíduo (TOSIN *et al.*, 2018).

O local proposto para realização deste projeto será um CAPS III da cidade de Curitiba-Paraná. Sua gestão é realizada pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) desde 2014. Sua inauguração deu-se em 2008, como CAPS II, em parceria entre a Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) e a Organização Não Governamental (ONG) Menon Simons. Atualmente, sua missão é “ofertar assistência especializada de referência em saúde mental de caráter aberto com base territorial a População [*sic*] adulta com o diagnóstico de transtornos mentais graves e ou persistentes” (PROJETO INSTITUCIONAL, 2018, p. 6) dos distritos que atende.

Conforme informações diretas com a coordenação e as informações disponíveis no setor administrativo deste CAPS III em questão, estão em tratamento cerca de 216 usuários pertencentes a cinco Distritos Sanitários (DS) adistritos. Esta divisão territorial de assistência segue as determinações da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e/ou Coordenação de Saúde Mental (TOSIN *et al.*, 2018). O Quadro 3, abaixo, mostra informações sobre o DS, número de pacientes em tratamento por DS e as Unidades de Saúde (US) referenciadas de cada Distrito.

QUADRO 3 – DS, NÚMERO DE USUÁRIOS EM TRATAMENTO E UBS REFERENCIADAS AO CAPS III

DISTRITO SANITÁRIO	USUÁRIOS INSERIDOS	US REFERENCIADAS <sup>2</sup>
Tatuquara	45	8 US: Caximba, Dom Bosco, Monteiro Lobato, Moradias da Ordem, Palmeiras, Pompéia, Rio Bonito, Santa Rita.
Pinheirinho	77	11 US: Aurora, Concórdia, Fanny Lindóia, Ipiranga, Maria Angélica, Parque Industrial, Sagrado Coração, Vila Clarice, Vila Feliz, Vila Leão, Vila Machado.
Matriz	23	3 US: Ouvidor Pardinho, Capanema, Mãe Curitibana.
CIC	2	1 US: Santos Andrade.
Portão	49	6 US: Estrela, Parolin, Santa Amélia, Santa Quitéria, Santa Quitéria 2, Vila Guaira.

FONTE: Adaptado de SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA (2019).

Segundo o Projeto Institucional (PI<sup>3</sup>) do referido CAPS III, construído em 2018, podem ser constatados diferentes Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde (IVAB<sup>4</sup>) na população atendida: 9 US possuem índice baixo, 8 US são classificadas com índice médio, 3 US são elencadas com alto índice de vulnerabilidade (PROJETO INSTITUCIONAL, 2018).

### 3.1.2 Equipe multiprofissional do CAPS III

A equipe deste CAPS é dividida em quatro turnos: matutino, vespertino, noturno 1 e noturno 2, como mostra o Quadro 4. Quanto à carga horária, conforme contrato de trabalho, psicólogos realizam escala de 36 horas semanais; assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, de 30 horas semanais; profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), de 180 horas mensais; médicos psiquiatras tem contrato de trabalho por hora trabalhada.

A equipe de enfermagem trabalha em feriados e fins de semana e no terceiro turno; em finais de semana a equipe conta com três profissionais de enfermagem, e no trabalho noturno a equipe máxima é de quatro profissionais de enfermagem.

<sup>2</sup>Informações atualizadas em janeiro/2019.

<sup>3</sup>A informação trazida no PI relativas ao número de US tem como referência julho/2018, por isso, desatualizadas. O PI encontra-se em reavaliação.

<sup>4</sup>O IVAB foi implantado no intuito de servir como ferramenta para promoção da equidade no SUS de Curitiba. Utiliza os dados do Cadastro Único do Governo Federal, calculando através da média aritmética de 4 dimensões: Adequação do Domicílio, Perfil e Composição Familiar, Acesso ao Trabalho e Renda e Condições de Escolaridade (PROJETO INSTITUCIONAL, 2018).

QUADRO 4 - RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS E TURNO DE TRABALHO

MATUTINO	VESPERTINO	NOTURNO*	FINS DE SEMANA
2 Terapeutas ocupacionais 1 Assistente social 2 Enfermeiros 4 Técnicos de enfermagem 2 Psicólogas 1 Psicóloga em 3 manhãs da semana 2 Assistentes administrativas 2 Agentes de higienização 1 Médica psiquiatra 2 manhãs 1 Médica psiquiatra 3 manhãs	1 Assistente social 2 Enfermeiros 3 Técnicos de enfermagem 1 Psicóloga 1 Psicóloga em 3 tardes da semana 1 Terapeuta ocupacional 2 Assistentes administrativas 2 Agentes de higienização 1 Médica psiquiatra 4 tardes 1 Médica psiquiatra 3 tardes	2 Enfermeiros 2 Técnicos de enfermagem Retaguarda da SERP <sup>5</sup> 19h à 1h	1 Enfermeiro 2 Técnicos de enfermagem Retaguarda da SERP 13h à 1h

FONTE: A autora (2019).

Nota: \* 2 equipes, escala 12x36. Dados de janeiro/2019.

Quanto ao processo de trabalho, o serviço é organizado em equipes de referência, entendidas como arranjos dos serviços de saúde em que profissionais específicos acompanham certo número de usuários, discutindo amiúde seu PTS, quadro clínico e cuidados, o que facilita o vínculo específico entre esse grupo de profissionais e os usuários (BRASIL, 2007).

O arranjo em equipe de referência organiza a oferta de cuidado, contudo, não isenta os demais profissionais do serviço de sua atuação com os usuários. As unidades de saúde referenciadas acima descritas são divididas entre as duas miniequipes, que abarcam o mesmo número de profissionais dos núcleos de enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, psicologia, psiquiatria.

Cada miniequipe faz uma reunião semanal para articulação de casos, inserções ou altas de usuários, visitas domiciliares, dentre outros. De acordo com o Projeto Institucional (2018), as reuniões de miniequipe visam à discussão dos casos no sentido da construção da clínica ampliada, a necessidade de avaliação especializada por núcleo profissional, articulação de casos com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e ações matriciais. Os profissionais da miniequipe organizam-se quando há necessidade de

---

<sup>5</sup>O SERP é considerado um serviço de referência para urgências e emergências em saúde mental para os CAPS, UPA, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Hospital do Idoso Zilda Arns (HIZA), de Curitiba. Funciona de segunda a sexta-feira, das 19h à 1h e aos sábados, domingos e feriados das 13h à 1h. Trabalha num modelo de interconsulta do psiquiatra da SERP. Visa apoio/retaguarda, avaliação e diagnóstico, manejo de psicofármacos e definição de condutas de tratamento para pacientes com distúrbios psiquiátricos (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2018).

atendimentos conjuntos tais como visitas domiciliares, atendimentos familiares, inserções ou altas do acolhimento em leito noturno, dentre outros.

Em relação à gestão, é realizada por representante da SMS, e a coordenação por representante da FEAES. Semanalmente, em horário alternado entre manhã e tarde, ocorre reunião geral com os profissionais do serviço e gestão e/ou coordenação para repasse de informações administrativas, organização de atividades, discussão de pautas, construção do processo de trabalho, dentre outros. Eventualmente ocorre a Parada Técnica, momento em que se discute a organização geral do serviço; recentemente se resgatou a construção do Projeto Institucional do referido CAPS, que descreve todas as ações realizadas no serviço.

### 3.1.3 Organização do cuidado clínico do usuário inserido no CAPS

Ao procurar o CAPS em questão, bem como os demais desses serviços em Curitiba, seja por encaminhamento de serviço referenciado — tais como essas unidades de saúde, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) — ou demanda espontânea, o usuário seguirá um fluxo de atendimento, podendo haver 3 resoluções para sua demanda, quais sejam:

- a. não é inserido para tratamento no CAPS, sua demanda é referenciada a outro dispositivo;
- b. há ambiguidade de entendimento do profissional quanto à inserção ou não; assim, será agendado novo atendimento após o profissional discutir em miniequipe, para elucidar tais dúvidas;
- c. usuário é inserido no serviço; assim, organiza-se sua participação no grupo de acolhida e posterior organização de seu PTS com o profissional que será seu TR.

Assim, quando inseridos para tratamento no CAPS, como dito, os usuários formulam o PTS<sup>6</sup>, instrumento que facilita atenção e atuação integral da equipe de saúde, considerando a visão clínica multiprofissional e aspectos do contexto de vida do indivíduo (BRASIL, 2007). Tal instrumento organiza e conduz o tratamento do usuário, podendo ser formulado com usuários e familiares conforme a demanda e objetivos individuais a serem buscados, com atividades ofertadas tanto no CAPS quanto no território (TOSIN *et al.*, 2018). Tendo o PTS

---

<sup>6</sup>O PTS pode ser entendido como sendo um plano de cuidados pensado para o indivíduo ou um coletivo de pessoas; é formulado em conjunto com equipe interdisciplinar (BRASIL, 2007).

como norteador do tratamento é possível observar o alcance ou não dos objetivos, a melhora do quadro, servindo como fundamentação para condutas vindouras, tais como a alta clínica.

Neste CAPS figura a presença do Técnico de Referência (TR), o profissional que organiza o cuidado clínico a ser prestado ao usuário que fica sob sua referência, elaborando o PTS, discutindo o caso em reuniões, realizando atendimentos familiares (CAMPOS, 1999). Atualmente, há 10 profissionais de nível superior<sup>7</sup> que têm cerca de 22 usuários de sua referência.

Destaca-se, por ser característica dos CAPS tipo III, que o referido local é cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do SUS com oito leitos de acolhimento noturno integral. Nessa modalidade, o usuário pernoita no serviço, permanecendo acolhido nos finais de semana e feriados, conforme for a necessidade de cada caso. Nesse formato, o usuário tem um PTS para que, enquanto estiver no acolhimento noturno, sua evolução seja acompanhada por toda a equipe e discutido seu caso diariamente nas passagens de plantão — a saber, manhã, tarde e noite — para, então, de acordo com a melhora possível para seu quadro, receber alta do acolhimento noturno, mantendo seu PTS durante o dia.

Além de acolhimento noturno integral, o serviço oferece um conjunto de atividades, dispostas no Quadro 5, abaixo.

QUADRO 5 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CAPS DE CURITIBA - PR **(continua)**

ATIVIDADE	CARACTERIZAÇÃO
Recepção	Primeiro contato do indivíduo; desenvolvida por um profissional assistente administrativo que apreende as demandas trazidas pelos usuários e dá resolução às mesmas, organizando o fluxo de atendimentos.
Ambiência	Ambiente terapêutico que não substitui as atividades de tratamento indicadas, mas que, pela postura acolhedora e humanizada do profissional, também é caracterizado como modo de cuidado.
Acolhimento	É o primeiro atendimento que o indivíduo recebe ao chegar ao CAPS por demanda espontânea ou referenciada; consiste em identificar as demandas trazidas pela pessoa e dar resposta resolutive para ela.
Avaliação especializada	Atendimento com profissional de cada núcleo profissional para construção do PTS.
Projeto Terapêutico Singular	Seguindo modelo institucional, o PTS é uma gama de propostas terapêuticas pensadas com profissional, usuário e familiares para o alcance dos objetivos elencados por esse usuário para sua melhora.
Oficinas Terapêuticas	São atividades técnicas com objetivos delimitados de núcleo, individuais e/ou em grupo, que visam ir ao encontro das demandas trazidas pelos usuários no seu PTS. Outros momentos como oferta do café da manhã, almoço e lanche da tarde são vistos como ambientes em que é possível uma abordagem terapêutica.

<sup>7</sup>Neste CAPS, os enfermeiros Responsáveis Técnicos (um turno matutino e um vespertino) não têm usuários de referência devido à organização interna do serviço.

(conclusão)

Atenção à crise	Manejo de eventos em que o indivíduo esteja apresentando sofrimento e desorganização intensos, podendo ser realizada no CAPS, domicílio e outros. Quando esgotados os recursos terapêuticos de manejo à crise, outros serviços podem ser acionados, como a UPA e internação integral em hospital psiquiátrico.
Acolhimento em leito	Estratégia para manejo de crises, pensado de acordo com o PTS do usuário. A indicação de acolhimento em leito parte da avaliação multiprofissional.

FONTE: Adaptado de TOSIN *et al.* (2018).

### 3.1.4 Estrutura física

Com relação à estrutura física, o local é uma casa alugada pela PMC. Possui duas salas de atendimento individual, uma sala de atendimento em grupo e de reuniões, uma sala de equipe, uma sala de enfermagem, uma sala de lazer, uma cozinha com lavanderia, dois quartos para os usuários em acolhimento noturno com banheiro em cada quarto (masculino e feminino separados), um quarto de observação, um refeitório, uma sala de guarda de materiais, uma sala administrativa com banheiro e “arquivo morto”, garagem, jardim amplo, com flores e árvores, uma piscina coberta com concreto, um área de descarte, três banheiros de uso comum, recepção. Para entrada no CAPS há um portão pequeno e um portão maior da garagem, cercados por grade pontiaguda e um muro dividindo laterais e fundo da casa.

## 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Para resgate de informações a respeito da Supervisão Clínico-institucional foram utilizados os livros-ata de reuniões gerais realizadas no referido CAPS, bem como fatos resgatados da memória de eventos como o Fórum de Trabalhadores de CAPS (extinto em 2018) e de eventos de programa gerencial. Para encorpar os dados informais obtidos, em que a equipe sinalizou a importância da Supervisão Clínico-institucional como meio de qualificação do trabalho especificamente no que se refere a discussão de casos, elaborou-se um questionário aplicável (APÊNDICE 1), enviado em meio digital pela plataforma *google.docs*. Tal questionário foi encaminhado aos profissionais de saúde do referido CAPS por mensagem individual em aplicativo para celulares e *smartphones*. Para esse envio, foi solicitada autorização da coordenação e gestão imediatas do local; também houve apresentação deste trabalho, sucintamente, em reunião geral de equipe, a fim de elucidar objetivos e metodologia, no intuito de esclarecer aos profissionais sobre sua participação no questionário. Por não ser considerado pesquisa de campo, este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Todavia, foram respeitados os preceitos éticos.

Dos 26 profissionais a que foi estendido o convite para responder ao questionário, 13 responderam, dentro das profissões assistente social, enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional. Como dados gerais, em relação à idade, variou de 28 a 57 anos, sendo a média de 38,6 anos. Quanto ao sexo, majoritariamente feminino, e o tempo de formação na graduação foi de 4 anos a 33 anos, numa média de 12 anos.

Sobre o tempo de atuação no CAPS, houve respostas de profissionais que atuam no mínimo há 5 meses e no máximo há 5 anos. Alguns profissionais possuem experiências anteriores em outros CAPS. A respeito da formação adicional, nas especializações foram citadas: saúde da mulher, residência médica em psiquiatria, especialização em neurologia, pós-graduação em psiquiatria, mestrado em engenharia de produção e mestrado em enfermagem na linha de saúde mental.

Nessa lógica foi possível identificar as características e elementos da situação-problema de fragilidade na supervisão dos profissionais de saúde atuantes no serviço, assim como suas causas e consequências, que se referem a problemas de relacionamento e comunicação interpessoal, divergência de pontos de vista, opiniões peculiares e intrusões na condução de determinadas situações/casos, relutância em acatar modificações e seguir orientações combinadas em equipe, enfrentamento com as lideranças, uso do celular. Ainda, questões relacionadas ao processo de trabalho como carência de funcionários, modificação frequente de profissionais na equipe incluindo gestão, rigidez na divisão do trabalho, salários e escalas de trabalho díspares e desfoque dos assuntos pertinentes ao trabalho.

Como sugestões para superar tais problemas estão ações voltadas ao relacionamento interpessoal, à comunicação, compreensão, complacência, interação entre os profissionais, compartilhar informações e conhecimento, encontro de opiniões divergentes, comprometimento; as relacionadas ao processo de trabalho incluem a flexibilidade e organização da grade, homogeneidade nas condições de trabalho, horários/espacos para discussões frutíferas de assuntos de interesse às conduções dentro do serviço; houve sugestões relativas à gestão, na resolução de conflitos, na coordenação do serviço de modo transparente, ações voltadas à saúde do trabalhador, ao fortalecimento e reconhecimento do núcleo profissional, especialização conjunta, aprimoramento, educação continuada, supervisão clínico institucional, perfazer a grade completa de profissionais e evitar uso do celular.

Sobre a supervisão clínico-institucional o entendimento é de que tal ação é desenvolvida por um profissional externo ao quadro de profissionais do serviço (profissional psicólogo foi

citado) e que, de maneira imparcial, atuaria junto à equipe multiprofissional proporcionando maior ponderação e conseqüentemente maior entrosamento entre os profissionais, permitiria problematização e percepção de bordas e possibilidades da equipe, favorecendo a corresponsabilização no trabalho. Além da atuação nas relações entre profissionais, o supervisor clínico institucional atuaria na elaboração do trabalho, esclarecendo, alinhando, auxiliando nas condutas complexas, aproximando a clínica e gestão.

Sobre o entendimento de Supervisão Clínico Institucional, pensa-se como ferramenta imprescindível ao trabalho atual que auxiliaria a recriação da equipe, não sem antes organizar a equipe e haver parecer favorável e participação da gestão. Seria um espaço permanente voltado à equipe, proporcionando harmonia e amparo entre/para os profissionais no que se refere às condutas no trabalho e também à sua saúde, oportunizando melhorias e ganhos aos profissionais, usuários e rede de atenção à saúde.

Destaca-se que a aplicação do questionário permitiu identificar também as potencialidades e sugestões para superar fragilidades no trabalho em equipe multiprofissional, as quais foram substanciais para o delineamento da Proposta Técnica para Solução da Situação-Problema, descrita a seguir.

#### 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Dentre as soluções para enfrentamento dos problemas identificados, a partir da fragilidade na supervisão de profissionais de saúde que atuam neste CAPS III, apontam-se questões a respeito do relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional, bem como segurança e qualificação do trabalho pela reflexão e pensamento crítico sobre sua atuação multiprofissional, as quais vão ao encontro da Proposta de implementação da Supervisão Clínico-institucional. Uma vez que tal Supervisão refere-se a uma ferramenta imprescindível ao trabalho atual, que auxilia a recriação da equipe, não sem antes organizá-la, deve haver parecer favorável e participação da gestão. Corresponde a um espaço permanente voltado à equipe, proporcionando harmonia e amparo entre/para os profissionais no que se refere ao processo de trabalho, oportunizando melhorias e ganhos aos profissionais, usuários e à rede de atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Para tanto, a implementação da Supervisão Clínico-institucional regular vai ao encontro do descrito como objetivo desse espaço no PI deste CAPS em questão, quando expõe que são espaços, respectivamente, de “construção contínua do processo de trabalho, bem como discussão de casos previamente selecionados pelas miniequipes” (PROJETO INSTITUCIONAL, 2018, p. 16). A formação profissional é ainda um desafio para atuação interdisciplinar e interprofissional na saúde mental, o que suscita a supervisão e educação permanente como ferramenta para adequação desse trabalho (DELGADO, 2014), haja vista que essa atuação requer, além do cuidado clínico, um olhar voltado ao contexto psicossocial e familiar dos indivíduos com foco na manutenção de seus direitos. Corroborando o exposto a Portaria nº 3.088, de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que cita a educação permanente com diretriz para o trabalho na RAPS.

##### 4.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A proposta de intervenção sugere a implementação da Supervisão Clínico-Institucional regular neste CAPS III, é configurada como primordial e imprescindível e propõe a contratação de um profissional de nível superior que desempenhe tal função para os profissionais de saúde, respeitando as características dispostas na Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Portanto, as etapas para execução desta intervenção são:

1. Solicitar profissional de saúde mental de nível superior da PMC: a PMC já cede alguns profissionais por ela contratados para atuação na FEAES e outros órgãos (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2018b). Segundo o documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental (2007), os profissionais que desenvolvem a supervisão como trabalho possuem formação teórica e práticas diversas.
2. Contratar profissional de saúde mental de nível superior pela FEAES: a Portaria nº 1.174, já citada, elenca o supervisor como profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais do CAPS (BRASIL, 2005).
3. Solicitar parceria a Instituições de Ensino Superior (IES) com as quais a FEAES tem cooperação, um profissional de saúde mental de nível superior: com a parceria com as instituições educacionais a que a FEAES oferta campo de estágio/estudo, poder-se-ia solicitar que um profissional/docente, em contrapartida, realizasse a supervisão clínico-institucional no referido CAPS.
4. Implantar ação de educação permanente para os profissionais do CAPS III proposto, com parceria do Departamento de Ensino e Pesquisa da FEAES. Assim, solicitar-se-ia a presença de um profissional externo ao quadro de profissionais da equipe do CAPS III desenvolvendo ações voltadas ao trabalhador, com periodicidade mensal, na reunião de equipe geral. Este profissional poderia ser integrante do Departamento de Ensino e Pesquisa da própria instituição. Tal departamento tem como objetivo promover o desenvolvimento profissional nas dimensões gerencial, humana e técnica através de ações de cunho educacional, sendo o direcionamento de tais ações dado pela educação permanente, pois incentiva a colaboração e o pensamento crítico no trabalho, o que oportuniza oferta de maior qualidade nos serviços (FEAES, 2019).
5. Elaborar projeto de solicitação ao MS de supervisor clínico-institucional: tem-se a possibilidade de produzir um projeto para o MS a fim de angariar recurso financeiro, visto haver destinação desses recursos para esta prática na saúde mental.

Para execução de tais propostas, segue-se o disposto no Quadro 6.

QUADRO 6 - CRONOGRAMA DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL (continua)

ETAPAS	AÇÕES	PRAZO
<b>Solicitar profissional da PMC</b>	Elaborar documento de solicitação deste profissional ao órgão competente da PMC	01/05/2019 a 01/06/2019
	Reuniões entre coordenação do CAPS, gerente assistencial dos	02/05/2019 a 01/07/2019

(conclusão)

	CAPS com responsável da PMC	
<b>Contratar profissional de saúde mental de nível superior pela FEAES</b>	Convocação de profissional da FEAES por edital	01/04/2019 a 15/05/2019
	Entrevista com este profissional chamado pelo edital	20/04/2019
<b>Profissional das instituições de ensino parceiras</b>	Elaborar documento de solicitação deste profissional à IES parceira	01/04/2019 a 01/05/2019
	Reuniões entre coordenação do CAPS, gerente assistencial dos CAPS com responsável da IES	02/04/2019 a 01/06/2019
<b>Educação Permanente</b>	Discussão de temas e data para espaço educação permanente, em reunião geral.*	04/04/2019
	Contato da coordenadora do CAPS com Ensino e Pesquisa repassando combinados de reunião geral	08/04/2019
	Retorno deste contato para equipe, por parte da coordenadora	11/04/2019
	Retorno da equipe para coordenadora	26/04/2019
	Retorno da coordenadora ao Ensino e Pesquisa para fechamento do combinado	29/04/2019
	Confirmação, por parte da coordenadora para equipe, da data e tema para primeiro momento de educação permanente	02/05/2019
<b>Elaborar Projeto ao MS</b>	Estudo e confecção do projeto	01/04/2019 a 01/07/2019
	Apresentação do projeto à equipe do CAPS e coordenações	15/07/2019 a 30/07/2019
	Coleta dos documentos exigidos pelo MS	01/08/2019 a 31/08/2019
<b>Estas etapas seriam comuns a quaisquer das formas de requerimento do supervisor clínico-institucional, exceto pelo requerimento via MS.</b>	Ambientação/Integração deste profissional à FEAES e à demanda de supervisão clínico-institucional	A partir de 01/09/2019
	Apresentação do supervisor à equipe do CAPS III e da proposta de supervisão	01/10/2019
	Elaboração do cronograma e temas de supervisão	De 02/10/2019 a 02/11/2019
	Primeiro encontro de supervisão	15/11/2019

FONTE: A autora (2019).

Nota: \* Na data do primeiro encontro, profissional do Ensino e Pesquisa combina com equipe do CAPS cronograma de datas e temas.

#### 4.1.1 Recursos

Quanto aos recursos necessários à implantação dessa proposta, sugere-se para a etapa 1, “solicitar profissional de saúde mental de nível superior da PMC”, que o recurso necessário seria a disponibilidade de um profissional de saúde mental de nível superior por parte da PMC. Este profissional teria como custo seu transporte até o local, uma vez que a estrutura física e outros materiais que fossem necessários à sua prática poderiam ser ofertados pelo próprio CAPS (material de escritório, artigos, projetor multimídia, computador).

Para a etapa 2, “a contratação profissional de saúde mental de nível superior pela FEAES”, em um cálculo breve, visto os profissionais da FEAES serem contratados mediante processo seletivo público ou simplificado, estando regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo o vencimento básico de um psicólogo contratado pela fundação em questão o recurso igual a R\$ 3.097, 24, disposto no Portal Transparência da referida fundação (FEAES, 2019b), com salário proporcional de férias, décimo terceiro salário, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), descontando INSS e Imposto sobre a Renda Retido na Fonte (IRRF), o custo de contratação do profissional seria de aproximadamente R\$ 4.922,50.

A terceira etapa corresponde à solicitação junto às universidades que mantêm campo de estágio e/ou estudo na FEAES (FEAES, 2018) de contrapartida cedendo um profissional para realizar a supervisão clínico-institucional. O edital de credenciamento de instituições de ensino que requerem campo de estágio obrigatório não remunerado da FEAES estabelece em seu item 6.2 que poderá haver contraprestação técnico-científica com finalidade de capacitação dos funcionários, especialmente das instituições de ensino públicas. Tais atividades pedagógicas são “seminários, encontros, fóruns, grupos de estudo, cursos, educação em serviço, permanente e/ou continuada, relacionados à disciplina e ao setor de realização do estágio com periodicidade mensal” (FEAES, 2018b, p. 5). Assim, o recurso necessário seria o profissional de saúde mental de nível superior de uma instituição de ensino. Aqui também o profissional arcaria com os custos de seu transporte até o local, uma vez que a estrutura física e outros materiais que fossem necessários à sua prática poderiam ser ofertados pelo próprio CAPS (material de escritório, artigos, projetor multimídia, computador).

No que se refere à quarta etapa, que seria a Educação Permanente, o recurso necessário seria a liberação de um profissional do Departamento de Ensino e Pesquisa da FEAES para ações — tais como cursos, palestras, mesa-redonda — sobre assuntos oriundos da demanda dos profissionais do CAPS III em questão, de modo que se tornasse um espaço regular de educação em serviço. Além da presença desse profissional, poderiam ser necessários materiais de escritório e/ou simulação que ele necessitasse; seria preciso a liberação de horas para compensação dos trabalhadores do CAPS que participassem desse momento, que aconteceria na reunião de equipe, durando em torno de 60 minutos.

Como quinta e última sugestão de implantação da proposta, a realização de um projeto para o Ministério da Saúde para o Programa de Qualificação dos CAPS, requerendo supervisor clínico-institucional para o CAPS, segundo a Portaria nº 1.174 (BRASIL, 2005). Para tal, a referida Portaria, em seu artigo 5º, estabelece que o gestor municipal/estadual envie

documentos à Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Saúde Estadual, que contemplem um ofício pleiteando apoio financeiro para estabelecer o Programa de Qualificação dos CAPS, projeto técnico, currículo *vitae* do profissional que se indica para a supervisão clínico-institucional em cada CAPS e relatórios de periodicidade trimestral sobre as ações de tal programa. Os valores de aporte financeiro são de caráter emergencial com duração de um ano e, segundo o artigo 6º,

Terão o valor total de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada CAPS com solicitação aprovada e serão transferidos aos fundos dos estados, dos municípios, e do Distrito Federal, em três parcelas de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), R\$ 3.000,00 (três mil reais) e R\$ 3.000,00 (três mil reais) nesta ordem, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

§ 1º Com o objetivo de permitir mais extensa e equânime distribuição de recursos a todos os municípios, naqueles que tiverem mais de três CAPS em funcionamento, os valores de repasse, a partir do 4º CAPS, serão de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), em três parcelas iguais de R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

§ 2º Os incentivos repassados deverão ser aplicados na implantação do Programa de Qualificação dos CAPS, conforme estabelecido no artigo 2º desta portaria.

§ 3º O repasse da segunda e terceira parcelas fica condicionado à análise dos relatórios trimestrais previstos no inciso IV do Artigo 5º desta Portaria (BRASIL, 2005, p. 1).

O Quadro 7, disposto abaixo, delinea a estimativa dos recursos necessários para cada uma das sugestões de meios para implantação da supervisão clínico-institucional no CAPS III Portão.

QUADRO 7 - RECURSOS ESTIMADOS PARA EXECUÇÃO DAS PROPOSTAS DE IMPLANTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO CAPS III

(continua)

Atividade	Solicitar profissional da PMC	Contratar profissional pela FEAES	Solicitar um profissional de uma IES com que a FEAES possui parceria	Implantação de ação de educação permanente em saúde	Elaborar projeto de solicitação de supervisor clínico-institucional para o MS
<b>Recurso humano</b>	- Profissional da SMS/PMC - Coordenador do CAPS - Gerente assistencial dos CAPS	- Coordenador do CAPS - Gerente assistencial dos CAPS - Profissional de RH responsável pelo chamamento de novos profissionais (edital)	- Coordenador do CAPS - Gerente assistencial - Profissional da IES responsável por estes trâmites	- Coordenador do CAPS - Gerente assistencial dos CAPS - Profissional do Departamento de Ensino e Pesquisa da FEAES	- Coordenador e profissional de saúde do CAPS III Portão para escrever o projeto
<b>Recurso material</b>	- Computador e material para impressão disponíveis	- Computador e material para impressão disponíveis no CAPS para	- Computador e material para impressão disponíveis no CAPS para	- Materiais que o profissional da educação permanente necessite	- Computador e material para impressão disponíveis no serviço; acesso à

(conclusão)

	no CAPS para elaborar o pedido de cessão de profissional.	elaborar o pedido de cessão de profissional.	elaborar o pedido de cessão de profissional.	conforme o cronograma: bonecos de simulação, material de escritório.	internet do CAPS.
<b>Recurso estrutural</b>	- Estrutura física da FEAES e PMC	- Estrutura física da FEAES	- Estrutura física da FEAES e IES	- Estrutura física do CAPS	- Estrutura física do CAPS
<b>Recurso financeiro</b>	- Liberação de horas para os profissionais do CAPS participarem das reuniões de supervisão, equipes noturnas inclusas.	- Remuneração mensal fixa para o supervisor clínico-institucional Liberação de horas para os profissionais do CAPS participarem das reuniões de supervisão, equipes noturnas inclusas.	- Liberação de horas para os profissionais do CAPS participarem das reuniões de supervisão, equipes noturnas inclusas.	-Liberação do profissional da educação permanente - Liberação de horas para os profissionais do CAPS participarem das reuniões de educação permanente, equipes noturnas inclusas.	- Disponibilização de tempo para o profissional de saúde realizar estudos e a descrição do projeto dentro de sua carga horária normal de trabalho (1 hora por semana, por um mês).

FONTE: A autora (2019).

#### 4.1.2 Resultados esperados

A partir da implementação da Supervisão Clínico-institucional, embora sua mensuração seja delicada visto que depende do envolvimento de cada profissional, numa avaliação somativa espera-se que haja melhoria das questões de relacionamento interpessoal, qualificação das discussões e condutas técnicas e estimulação da troca de saberes entre os profissionais da equipe multiprofissional.

Como forma de avaliação dos resultados, sugere-se mensuração através da aplicação de questionários/*quizes online* e *feedback* direto ao profissional de educação permanente do Departamento de Ensino e Pesquisa e ao supervisor clínico-institucional, ou com ferramenta própria da avaliação e atividades desse cunho já existentes na instituição. Sugere-se que, previamente à implementação de quaisquer das duas propostas, haja uma investigação inicial também por meio de *quizes/questionários* junto aos profissionais, como meio de comparação entre antes e depois da intervenção.

#### 4.1.3 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

O risco a que as intervenções estão sujeitas é de baixa adesão dos profissionais nos encontros propostos para a supervisão clínico-institucional quando implantada, sendo necessário reforçar individualmente o convite para a equipe na semana em que esses momentos acontecerão, exposição do calendário das reuniões nos murais e outros meios de comunicação que possam haver no serviço.

Não são descritos riscos relacionados à implantação da supervisão clínico-institucional. Contudo, o que se evidencia são dificuldades enfrentadas pelo supervisor quando no início de seu trabalho com uma equipe, como relatam Severo, L'Abatte e Onocko Campos (2014) sobre o processo de supervisão de que participaram, em que uma rede de saúde mental de um pequeno município no interior do Nordeste passou por dificuldades relacionadas à gestão do trabalho em equipe devido a mudanças na gestão municipal de saúde. A fragilidade ou o não estabelecimento de um vínculo de confiança podem dificultar e retardar o processo de supervisão; como mediador para o andamento do processo elenca-se o apoio do gestor do serviço (FERRARI, 2009).

## 5 CONCLUSÃO

A prática em saúde mental mostra-se complexa tendo em vista todas as dimensões e singularidades envolvidas no cuidado à pessoa que sofre em decorrência de transtorno mental. O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil propôs novas formas de cuidado a esse indivíduo, propondo a desinstitucionalização, fomentando espaços de tratamento mais próximos de sua casa, com aproximação da família, resgatando autonomia, pensando a reinserção social e o respeito aos direitos de todos esses indivíduos, e trouxe como dispositivos estratégicos para o cuidado em saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Assim, o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental mantém-se em movimento, tornando necessário, por sua vez, que se problematize esse processo de trabalho, valorizando os profissionais que desempenham funções junto aos CAPS, serviços propostos, inicialmente, como substitutivos à internação psiquiátrica integral.

Nesse sentido, a supervisão clínico-institucional é tida como importante ferramenta para qualificação das equipes de atenção em saúde mental, proporcionando ações que envolvam as dimensões clínica, política e individual dos profissionais, tamanha a complexidade do trabalho nessa área de atuação.

A partir deste estudo, foi possível sugerir propostas de implementar ações voltadas a implantar a supervisão clínico-institucional em um CAPS III de Curitiba, tendo em vista a necessidade de aprimoramento de questões voltadas ao relacionamento interpessoal e à gestão nas dimensões clínica e política neste local. Tais ações buscam a valorização dos profissionais imbuídos nessa tarefa de cuidado clínico em saúde mental nos CAPS, o revigoramento interno como meio indireto de fortalecimento das articulações em saúde mental e das práticas no âmbito do SUS. Considera-se o atual momento propício para tal ação, haja vista a reestruturação e reformulação dos processos de trabalho e dos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde que ocorrem no município de Curitiba.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21n60/63-76/pt>>. Acesso em: 11 jan. 2019.
- BIREME; OPAS; OMS. **Sobre a BVS**. 2019. Disponível em: <<https://bvsalud.org/sobre-o-portal/>>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025)>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- BRASIL. **Áreas Temáticas BVS MS Saúde Mental**. 2019. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/index.php>>. Acesso em: 26 nov. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 44 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)>. Acesso em: 27 dez. 2018.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 abr. de 2001. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/628932/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-04-2001/pdfView>>. Acesso em: 11 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o programa de qualificação dos centros de atenção psicossocial –

CAPS e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 08 jul. de 2005.

Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=38&data=08/07/2005>>. Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, n. 96, 21 maio 2013. Seção 1, p. 37-39. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/54565597/dou-secao-1-21-05-2013-pg-37>>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os centros de atenção Psicossocial. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 20 fev. de 2002.

Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=22&data=20/02/2002>>. Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

CANTELE, J.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 4, 910-925, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n4/v32n4a11.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. 2007. Disponível em:

<[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/oficiodasupervisao.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/oficiodasupervisao.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2018.

DELGADO, P. G. G. (org.). Reforma Psiquiátrica. *In*: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Álcool e outras drogas: da coerção à coesão**. Florianópolis: UFSC, 2014, 11-28.

FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DE CURITIBA. FEAES. **Edital de credenciamento Ensino e Pesquisa EP nº 04/ 2018 FEAES/Programa de estágio obrigatório não remunerado**. 2018b. Disponível em: <[http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/images//ensinoPesquisa/Estagios/Edital\\_credenciamento\\_instituicoes\\_ensino.pdf](http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/images//ensinoPesquisa/Estagios/Edital_credenciamento_instituicoes_ensino.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Edital de resultado final EP nº04/2018 Instituições de Ensino habilitadas**. 2018. Disponível em: <[http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/images/ensinoPesquisa/Estagios/Resultado\\_final\\_Instituicoes\\_ensino\\_credenciamentos2018.pdf](http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/images/ensinoPesquisa/Estagios/Resultado_final_Instituicoes_ensino_credenciamentos2018.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Ensino e Pesquisa**. 2019. Disponível em: <<http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/ensino-pesquisa.html>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

FERRARI, R. Escutando famílias na rede pública: uma experiência de supervisão institucional com a equipe do PAIF – Programa de Atenção Integral à Família dos CRAS1, Vinhedo/SP. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. São Paulo, v. 10, n. 2, 33-40, jul./dez. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702009000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702009000200005)>. Acesso em: 10 fev. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JORGE, M. A. S. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. **Polis e Psique**, v. 2, número temático, 171-187, 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40326/25633>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Informativo - Serviço de Retaguarda Psiquiátrica – SERP**. Curitiba, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Relação de servidores à disposição de outros órgãos**. 2018. Disponível em: <[http://multimedia.transparencia.curitiba.pr.gov.br/funcionarios/TOTAL\\_DE\\_SERVIDORES\\_A\\_DISPOSICAO\\_DEZEMBRO\\_2018.pdf](http://multimedia.transparencia.curitiba.pr.gov.br/funcionarios/TOTAL_DE_SERVIDORES_A_DISPOSICAO_DEZEMBRO_2018.pdf)>. Acesso em: 09 fev. 2019.

PROJETO INSTITUCIONAL. **Projeto Institucional CAPS III TM Portão**. Curitiba, 2018.

SAMPAIO, J. J. C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Localização de serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/localizacao-de-servicos-da-saude.html>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

SEVERO, A. K. S.; L'ABBATE, S.; ONOCKO CAMPOS, R. T. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface, Comunicação e Saúde**, v. 18, n. 50, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220130520.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2018.

SILVA, G. M. *et al.* O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)\*. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/07.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

TOSIN, E. V. *et al.* **Diretrizes institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Curitiba**. Curitiba, 2018.

**APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL**

Idade:

Sexo:

Tempo de formação/formado:

Tempo de serviço no CAPS:

Profissão:

Titulação: ( ) Especialização em: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado em: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado em: \_\_\_\_\_

1. Como ocorre o trabalho multidisciplinar neste CAPS?
2. Quais são as potencialidades (pontos positivos) do trabalho multidisciplinar neste CAPS?
3. Quais são as fragilidades/dificuldades (pontos negativos) do trabalho multidisciplinar neste CAPS?
4. Quais seriam suas sugestões para o enfrentamento dessas fragilidades/dificuldades do trabalho multidisciplinar neste CAPS?  
Assim, o que você entende por supervisão clínico-institucional?
6. Qual sua opinião sobre a implementação da supervisão clínico-institucional neste CAPS?