

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL: REFLETINDO OS PRINCÍPIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

PATRÍCIA ELIZABETH SANZ DE ALVAREZ – Bolsista CAPESⁱ

RESUMO:

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil surgiu em plena vigência da ditadura militar, influenciado por movimentos que reivindicavam os direitos humanos e clamavam pela restauração da vida democrática no país. Além disso, sofreu influências de movimentos internacionais com os mesmos ideais. Nesse contexto, e a partir de uma revisão bibliográfica, o presente trabalho apresenta reflexões sobre o trabalho do Supervisor Clínico-Institucional que, inserido no campo da Saúde Mental, atua assessorando, acompanhando e supervisionando os trabalhos exercidos pelos profissionais do CAPS. Na perspectiva da reforma psiquiátrica avaliam-se os avanços propiciados pela incorporação do Supervisor nos cuidados ofertados aos usuários, apontando ao acolhimento, tratamento integral e visando consolidar uma prática de cuidados em rede, embasada na cidadania e reconhecendo o direito de participar da vida ativa do país.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, direitos humanos, supervisão clínico-institucional, rede de assistência, cidadania.

Durante muito tempo – e ainda pode acontecer- as pessoas com problemas mentais foram colocados à margem da sociedade e as famílias que possuíam membros com problemas mentais consideravam vergonhosa a situação. Na idade média esses indivíduos eram considerados possuídos pelo demônio e pensava-se que suas capacidades eram controladas por essa entidade demoníaca. Provocando uma desonra a família que os alojavam em instituições nas quais eram submetidos a praticas cruéis e desumanas. Durante o século XVIII, mais precisamente após a revolução francesa, o trato com o ser humano passou a ser mais ameno, inclusive com aqueles que possuem deficiência mental, destaca-se o Philippe Pinel que empreendeu uma luta pelo tratamento igualitário entre as pessoas com transtornos mentais e reivindicou os direitos dos pacientes, os libertou das correntes, tratando-os os com mais urbanidade (RIBEIRO, 1999).

Seguidamente, as questões dos deficientes mentais se dividiram em duas correntes diferentes de pensamento. A primeira orientava-se sobre o tratamento moral, enfatizando no tratamento e práticas psicopedagógicas e a terapia afetiva, favorecendo uma rápida e eficaz recuperação a partir de uma relação marcada pelo afeto entre paciente, médico e seus familiares. A segunda corrente destinava a sua doutrina no tratamento físico, apoiando que a loucura era um mal orgânico, ocasionada por uma lesão ou disfunção encefálica. Esta última propiciava o tratamento institucional cujas praticas se embasavam no tratamento de choque e raiavam com as torturas.

Apesar de que durante muito tempo estas cruéis práticas predominaram na assistência, com o passar do tempo a corrente que predominou foi a primeira sustentada no relacionamento afetivo com o paciente como recurso terapêutico. Nessa perspectiva foram criadas várias instituições, destinadas ao cuidado dos pacientes de uma forma mais humana, sendo inclusive anexada ao currículo dos profissionais matérias que possibilitavam compreender a integração entre o corpo funcional e psique no ser humano.

No Brasil as primeiras instituições de tratamento orientado a pessoas com transtornos mentais receberam uma nítida influência europeia, colocando o deficiente à margem da sociedade. Essas primeiras instituições surgiram no século XVII e em nada ajudaram na recuperação dos doentes, contrariamente incentivavam a revolta contra essa condição. Nesse sentido somente nas ultimas décadas do século XX, percebe-se uma preocupação por parte das autoridades do setor da saúde. Preocupação esta que se compreende através da busca de reformas que propiciem a inclusão na sociedade dos pacientes. As ações nesse sentido se consolidaram através dos centros de atendimento ambulatorial e cursos de capacitação de diversos profissionais da área da saúde.

ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nos mediados do Século XIX no Brasil inicia-se a reclusão hospitalar de pessoas portadoras de sofrimento psicológico grave. Desde então, o atendimento e cuidado oferecido a essas pessoas foi sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados. Esse tipo de tratamento especializado era ofertado nos centros de maior desenvolvimento econômico do país e, em consequência, as regiões mais afastadas geograficamente permaneciam privadas de assistência em saúde mental (BRASIL, 2002).

Com o decorrer do tempo a assistência em saúde mental passou por uma serie de modificações, impulsionadas por um movimento social conhecido como movimento da reforma psiquiátrica. Amarante (1995) considera a reforma psiquiátrica como um conjunto de mudanças políticas, sociais, culturais e clínicas que se iniciam no Brasil, na década de 70 do século passado, com o movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM). O processo de Reforma Psiquiátrica foi contemporâneo ao movimento sanitaria da década de 1970,

nascendo a partir da crise do modelo hospitalocêntrico de assistência aos portadores de transtorno mental e das reivindicações de pacientes pelos direitos relegados (BRASIL, 2005).

Nesse cenário foram vários os movimentos da área da saúde no Brasil que se pronunciaram contrários a política de saúde mental no país, já que neste período se observaram diversas denúncias de maus tratos nos hospitais psiquiátricos. Em alguns casos o tratamento dado aos pacientes nestes locais foi comparado ao tratamento recebido pelos presos políticos na época da ditadura militar. A década de 70 foi marcada pelo incipiente desenvolvimento de práticas visando à transformação da assistência, pautadas inicialmente na reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e posteriormente na proposta de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado (BRASIL, 2002).

A proliferação de ambulatorios de saúde mental ocorrida na década de 80, de acordo com Vasconcellos (1997), surge como uma oferta alternativa que diminuísse os efeitos negativos que eram o produto das sucessivas internações às quais os usuários eram submetidos. Em 1986 surgem em São Paulo os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em 1988 os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (BRASIL, 2005). A criação desses espaços e sua proposta de trabalho em equipe multidisciplinar apontava horizontalizar as práticas de cuidado desvirtuando a figura do psiquiatra como centro das decisões. Dessa forma pretendia-se a construção de um campo ‘da saúde mental’ no qual a negociação entre profissionais, usuários e familiares substituísse o tradicionalmente hegemônico discurso psiquiátrico (JUCÁ et al., 2010).

Diversos encontros e debates constitui um novo momento nas políticas de saúde, sendo em 1987 realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (BEZERRA & AMARANTE, 1992). Coincidentemente no final desse ano se realiza o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, a partir do qual se amplia o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial. Surge assim o Movimento de Luta Antimanicomial, movimento que preconiza o lema por uma sociedade sem manicômios (MESQUITA, NOVELLINO E CAVALCANTI, 2010). A reforma psiquiátrica foi amplamente influenciada pelo movimento da reforma sanitária no Brasil, que almejava acabar com a precarização da saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso, além da possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar os problemas (AROUCA, 1988).

A reforma constitucional em 1988 permitiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o delineamento de medidas institucionais para a implementação de novas políticas públicas em saúde, dentre as quais se destaca o estabelecimento da política de saúde mental. Um ano mais tarde o deputado Paulo Delgado começa a elaborar um projeto lei que “propõe a regulamentação dos direitos da pessoa como transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005. p.7). Dois anos após foi aprovada a lei 10.216, que traz o respeito e garantia da cidadania das pessoas que sofrem de transtorno mental. Porém, deixa em aberto questões relativas à interdição e não consegue regular a sistematização necessária para a progressiva extinção dos manicômios (DIMENSTEIN E SEVERO, 2009).

A década de 90 assistiu grandes avanços em Saúde Mental no contexto internacional, com destaque da Declaração de Caracas que organizou as recomendações elencadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A magnitude dessa experiência no Brasil incentivou ao Ministério da Saúde a definir uma nova política de saúde mental objetivando destino aos recursos da assistência psiquiátrica. Entraram em vigor as primeiras normas federais que implantaram e regulamentaram os serviços de atenção diária: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais-dia (HD), acompanhado por normativas de fiscalização e controle dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Como principal função dos CAPS está oferecer acolhimento e atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e zelar pela reinserção social dos usuários através do livre exercício da cidadania, através do acesso ao trabalho, atividades culturais, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental o CAPS tem demonstrado sua importância na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tendo em vista que com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede de cuidados que permita substituir ao Hospital Psiquiátrico no país (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2006).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1992 e resultou de grande importância para o movimento da Reforma e na afirmação e fortalecimento do SUS, firmando-se a noção de desinstitucionalização como possibilidade de transformação da realidade psiquiátrica assistencial brasileira. Traz as recomendações gerais sobre o modelo de atenção propondo a adoção dos conceitos de território e responsabilidade como forma de "ruptura com o modelo hospitalocêntrico" e de garantir "o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte" (BRASIL, 1994, p. 22).

A noção de território já mencionada cobra maior relevância recentemente, quando se introduz a discussão apontada por Jucá et al (2010) sobre o envolvimento da atenção básica no que se refere ao cuidado da saúde mental, partilhando as responsabilidades entre as equipes dos NASF e CAPS e articulados à estratégia de saúde da família. O nexo entre estas instâncias de cuidado ocorre através do chamado processo de matriciamento que tem por objetivo primordial abordar discussões ou intervenções clínicas conjuntas entre as equipes de saúde mental e as da atenção básica (FIGUEIREDO & CAMPOS, 2009).

O SURGIMENTO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

A função do Supervisor Clínico-Institucional se apresenta como uma abordagem relativamente recente na área da saúde mental, seu surgimento coincide com o advento dos serviços substitutivos na mesma. Foi incorporada aos CAPS a partir da portaria GM 1174/05 acolhendo, dentre outras justificativas, o resultado da deliberação do grupo de trabalho específico formulada em 2004, na cidade de São Paulo com motivo da realização do I Congresso Brasileiro de CAPS. Embora em caráter emergencial, tal portaria garante o financiamento para a contratação de Supervisores através do Programa de Qualificação dos CAPS.

Entende-se por supervisão clínico institucional, conforme definido no artigo 3 da Portaria GM 1174

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 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, a articulação do serviço com a rede de saúde e intersetorial, e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada.

Nos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, sobre a saúde mental no Brasil, a metodologia da supervisão clínico-institucional é elencada como uma forma apropriada de qualificar os CAPS. Estes asseguram a multidisciplinariedade no exercício da função, já que pode ser exercida por profissionais de formações teóricas e práticas diversas.

Independentemente da sua área de formação compete os supervisores adquirir conhecimentos sobre a história da reforma psiquiátrica e dos processos que propiciaram a atual política nacional de saúde mental, assim como analisar a partir de tal referencial, os problemas e desafios dos novos serviços, no contexto do SUS.

O trabalho de supervisão clínico-institucional recai na responsabilidade de promover reflexões considerando as dimensões que compõem o contexto institucional, ou seja, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Cabe ao supervisor focar seu trabalho na tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Significa que deve priorizar e sustentar ativamente as situações dialógicas entre as dimensões política da clínica e clínica da política (BRASIL, 2007).

De acordo com Bartela & Elias (2007, p. 3), a supervisão promove a “desespecialidade”. O neologismo utilizado por estes autores refere-se a um processo, uma operação individual, na qual cada técnico precisa suspender o seu próprio saber para deixar-se afetar por uma direção da clínica. Que se delinea em um coletivo sobre supervisão. Os autores afirmam que a função psicossocial do trabalho seria operada a partir dessa direção. Caberia ao supervisor sustentar um trabalho que funde a exigência de uma rede. Colocando-se como primeiro elo e produzindo o que se denomina de “empuxo à rede”.

Em consonância a perspectiva psicanalítica adotada pelos autores anteriores, Figueiredo (2004) procura oferecer esclarecimentos frente a uma aparente correspondência entre o processo de “construção do caso clínico” e o de supervisão em instituições de saúde mental. Refere-se a construção do caso sendo um processo que parte das discussões realizadas por uma equipe heterogênea, sobre a história da pessoa conformada a partir de vários elementos discursivos. De alguma forma o trabalho do supervisor apontaria propiciar essas discussões.

Para Figueiredo (2004), a supervisão atua de forma a sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentar os frequentes impasses institucionais no cotidiano do trabalho coletivo. Desta forma, para esta autora, o supervisor não é o portador do saber tal qual aquele que ensina, nem do controle como aquele que fiscaliza, mas sim do manejo da clínica e dos impasses que existem no trabalho. Além disso, a supervisão não deve se limitar ao momento de implantação ou do estabelecimento dos serviços, nem temporário. Perspectiva compartilhada por Viganò (1999) onde afirma que a supervisão atua no instante do olhar e requer do supervisor um lugar suposto saber. Ou seja, parte da premissa de que a figura do supervisor será reconhecida pelos membros da equipe como aquele que com seu conhecimento apontará esclarecimentos necessários para a compreensão dos casos e a dinâmica dos processos de trabalho. Na mesma perspectiva o supervisor cumpre a função ao mesmo tempo de alguém externo e interno, permitindo que o trabalho tenha desdobramentos e seu produto tenha um registro (FIGUEIREDO, 2005).

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial as normativas definidas nas portarias do SUS em consonância com os ideais da luta para um melhor tratamento aos pacientes psiquiátricos, o trabalho da supervisão clínico institucional passa a pautar na direção de oito aspectos:

- 1 - A supervisão será operada por profissionais de diversas formações e práticas.
- 2- A denominação Supervisão Clínico-Institucional refere-se a considerar a complexidade do contexto e suas dimensões, abordando a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política.
- 3 - Possibilitar o andamento favorável e adequado do serviço e o fortalecimento permanente do trabalho em equipe.
- 4 - Estimular as equipes a consolidar práticas operativas de Rede no Território, promovendo a construção do Projeto Terapêutico Singular que permitam ao sujeito, e à sua família, a autonomia possível.

- 5 - A Supervisão, no âmbito de uma política pública, deve ser um espaço social e histórico de trabalho cujo objetivo se dirija a construção permanente do SUS.
- 6 - A Supervisão deve elaborar estratégias que favoreçam a harmonia dos membros da equipe, havida conta das diversas formações profissionais e teóricas que a compõem, contribuindo com o sucesso da Política Nacional de Saúde Mental.
- 7 - Espera-se do Supervisor: que se aproprie da trajetória histórica da Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de SM e das dificuldades e desafios dos serviços no contexto do SUS.
- 8 – O supervisor deve estar atualizado sobre a produção teórica referente ao trabalho em CAPS, rede de atenção psicossocial e do “ofício e missão” da supervisão.

A incorporação da Supervisão Clínico-Institucional resulta um recurso de suma importância para o desenvolvimento dos trabalhos realizados nos CAPS, possibilitando uma melhor qualificação e apoio às equipes que atuam na rede de atenção psicossocial, álcool e outras drogas. O Ministério tem estimulado a criação de “Escolas de Supervisores”, com o propósito de promover a formação de novos profissionais e a atualização permanente dos profissionais atuantes na rede de atendimento psicossocial; sistematizar a qualificação e o desenvolvimento de competências que os preparem para o enfrentamento dos desafios próprios da área da saúde mental.

As Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais de Rede da Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas é um projeto de fomento à qualificação voltado para a capacitação teórica e prática de profissionais, na forma de cursos, seminários, oficinas, encontros, ações de matriciamento e outras, de modo a assegurar a formação permanente de profissionais aptos a atuarem como supervisores clínico-institucionais da rede. As Escolas de Supervisores funcionam conjunto com o Programa de Formação e Educação Permanente em Saúde do SUS, em alguns estados da federação, e o apoio de instituições formadoras, através de articulação e apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Com a supervisão clínico-institucional percebem-se significativos avanços no processo de reestruturação da assistência hospitalar e inclusão social de pessoas com internações prolongadas. Por meio do método de supervisão clínico-institucional os técnicos envolvidos nestes serviços avançam na direção da consolidação de um trabalho harmônico e em rede, através de ações integradas entre os equipamentos de saúde do território e algumas estratégias intersetoriais. Com efeitos importantes sobre os projetos terapêuticos e do direcionamento clínico do trabalho e sobre a própria equipe (SILVA, 2010).

Um aspecto importante aponta ao tratamento humanizado dos pacientes com transtornos psiquiátricos. Reconhecendo-se a necessidade de perceber aos usuários em sua condição de seres humanos que necessitam de atenção e cuidados. A supervisão, neste caso, exerce um papel muito importante, pois é através deste espaço que todos podem relatar suas angústias e anseios e juntos desenhar estratégias de enfrentamento adequadas à problemática (SCHMIDT & FIGUEIREDO, 2009).

A supervisão clínico-institucional consolida um espaço reservado a discutir os casos de forma coletiva convocando a participação da equipe multiprofissional, que pode contribuir com seus conhecimentos e experiências, sempre levando em consideração que todos os componentes da equipe são responsáveis por cada paciente que frequenta o serviço disponível. Outro ponto é elencado por Silva (2010) quanto a existência em alguns serviços substitutivos de uma interlocução significativa entre os serviços disponíveis na rede e as equipes desses serviços (coordenação, trabalhadores e pacientes). Apesar de ter propiciado um

grande salto na qualificação dos serviços assistenciais substitutivos, assim como a reforma psiquiátrica, a supervisão clínico-institucional enfrenta diversos desafios em sua prática. Sobre isso Silva (2010) pondera a necessidade de reconhecer a complexidade do trabalho no campo da saúde em decorrência dos encontros e desencontros entre a teoria e a prática. A implantação e efetividade das Políticas Públicas também são apontadas pelo autor como os maiores desafios a serem enfrentados por Supervisores.

Outros desafios ainda a ser superados, para que os ideais da reforma psiquiátrica sejam colocados em prática, refere-se a falta de profissionais qualificados em determinadas regiões. Em alguns estados foram desenvolvidos projetos que visam uma melhor formação destes profissionais como as Escolas de Supervisores, além de incentivos financeiros para que tais profissionais tenham totais condições de desenvolver seus projetos. Desta forma, possibilitam aos supervisores articular a rede de serviços de saúde disponível em seu território de atuação, o governo local e a intersetorialidade. Outro desafio da supervisão é proceder a conformar novas redes e ampliação de redes já existentes, proporcionando inovação e atualização em consonância com os objetivos dos serviços substitutivos. Para que haja resultados importantes nesse processo é necessário o zelo do supervisor clínico-institucional pela dupla conotação: abordando a construção coletiva dos casos a partir da análise dos processos de trabalho e da organização do cotidiano e o planejamento de metas e prioridades da instituição (ONOCKO & LEAL, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica desde do seu início visou uma melhor qualificação dos serviços na área da saúde mental e a alteração no tratamento dado aos seus pacientes. Nesse intuito várias lutas foram protagonizadas por seus participantes para se conseguir tais metas, sendo que algumas foram alcançadas e outras se encontram em processo de aquisição. Acompanhando este ritmo, o Ministério da Saúde vem incentivando a promulgação de portarias e diretrizes para que as alterações exigidas pelo movimento da reforma psiquiátrica sejam finalmente alcançadas. No entanto, ainda hoje, há regiões que carecem de serviços substitutivos adequados e/ou profissionais qualificados para contemplar tais demandas.

Com a aprovação da portaria GM 1174, de julho de 2005, configurou a presença de um profissional com um olhar externo à instituição (supervisor clínico-institucional), que através de sua experiência e saber teórico poderia auxiliar os trabalhadores tanto nas demandas dos serviços substitutivos como as demandas institucionais. As supervisões passam a ser, um espaço comunicacional dialógico, no qual os trabalhadores podem expor os casos, e através de discussões onde todos participam encontrar as estratégias terapêuticas mais adequadas para cada caso. Esse espaço possibilita também que os trabalhadores em conjunto com o supervisor analisem suas condutas diante de determinados casos, promovendo um cuidado mais humanizado e propiciando aos usuários dos serviços um ambiente acolhedor. Além disso, o supervisor pode esclarecer dúvidas e derrubar certos preconceitos que por ventura existam naquele local.

Outro ponto a ser destacado refere-se à interligação entre o serviço e a rede, neste sentido, o supervisor passa a ser o interlocutor entre eles, facilitando o acesso dos usuários e dos trabalhadores nos serviços disponibilizados pela rede. Desta maneira, enriquecendo os projetos terapêuticos. Apesar de ser um artifício ainda recente, é importante ressaltar que graças a sua implantação algumas mudanças já podem ser notadas no campo da saúde mental, porém existem diversos desafios que precisam ser quebrados para que os ideais da reforma sejam concretizados, como por exemplo, a real constituição de Escolas de Supervisores em todos os estados do Brasil. A efetivação das Escolas de Supervisores pode proporcionar uma melhor qualificação aos profissionais que já atuam como supervisores e preparar aqueles

profissionais que desejam iniciar-se nesta área, para que possam oferecer serviços muito mais qualificados. Na perspectiva da educação permanente representa um modelo de suporte na área de saúde, pois inclui e valoriza todos os agentes, como corresponsáveis dos serviços inseridos, no qual é valorizada a contribuição da experiência e conhecimento de todos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AROUCA, A. S. da S. A reforma sanitária brasileira. *Tema/Radis*, n. 11, p. 2-4, nov. 1988

BARLETA, C. M. e ELIAS, L. da F. A Supervisão Clínico-Institucional. Trabalho apresentado em mesa redonda IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia, 2007. Disponível em:

http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/congresso2010/mesas_redondas/MR36-Cleuse-M.-Brandao-Barleta--e-Luciano-da-Fonseca-Elia.pdf

BEZERRA, JR. B. & AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da saúde. *Lei 10.216 de 06 de abril de 2001*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm >

BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado a Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1174*, que destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134>.

BRASIL. *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355

BRASIL. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

DECLARAÇÃO DE CARACAS (1990). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

DIMENSTEIN, M. e SEVERO, A. K. S. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida nos serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), p. 59-67, janeiro-abril. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf>

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição à psicopatologia e à Saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 7(1), p. 75-86. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n1/06v15n1.pdf>

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, vol.3, no. 5, p. 44-55, nov. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a04.pdf>

FIGUEIREDO, M. D. & CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), p.129-138. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>

JUCA, V. J. S. et al. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, ano VIII, n. 14, p. 93-113, jan-jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v8n14/v8n14a06.pdf>

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F. & CAVALCANTI, M. T. *A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental*. p. 1-9. 2010. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf

ONOCKO-CAMPOS, R. T. & LEAL, E. M. *A supervisão clínico-institucional: concepções e experiências*. Curso ministrado no Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R. & FURTADO, J. P.. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5), p. 1053-1062, mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf>

RIBEIRO, P. R. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. *J bras Psiq*, 48(2), p. 53-60. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0047-2085&lng=en&nrm=iso

SCHMIDT, M. B. e FIGUEIREDO, A. C.. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* São Paulo, v.12, n.1, p. 130-140, março. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1.pdf>

SILVA, G. M.. *O processo de trabalho do Supervisor Clínico-Institucional nos centros de atenção psicossocial (CAPS) na percepção dos supervisores*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Psicologia. Centro de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Federal de Santa Maria/RS. 2010. Disponível em: <http://200.18.45.28/sites/ppgp/images/documentos/texto%205.pdf>

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. *Cadernos do IPUB: Saúde Mental e Desinstitucionalização- Reinventando os Serviços*. p. 17-39. Rio de Janeiro: IPUB, 1997.

VIGANÒ, C.. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*. Belo Horizonte: EBP-MG, n. 13, p. 50-59. 1999.

i Doutoranda em Psicologia – USAL Argentina, Bolsista CAPES BEX 9702/13-0