

## **Os lugares e função da supervisão clínico institucional na construção e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial**

The places and role of institutional clinical supervision in the construction and consolidation of the Psychosocial Care Network

Disete Devera; Silvio Yasui

Universidade Estadual Paulista

---

### **RESUMO:**

O presente artigo analisou o processo de institucionalização da Supervisão Clínico-Institucional (SCI), ressaltando os principais elementos que a tornam um importante dispositivo de formação e qualificação das práticas de saúde mental, a fim de contribuir com o resgate e a construção da memória deste processo no Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo sobre dispositivos de formação em saúde e políticas de escrita/narratividade. Realizou-se uma leitura cuidadosa de documentos governamentais e da produção acadêmica relativa ao tema, os quais foram sistematizados tendo em vista o processo histórico de constituição da SCI como dispositivo de formação. A segunda etapa constitui-se na escrita da narrativa de memórias relacionadas aos encontros da pesquisadora com a SCI no Brasil. A terceira etapa consiste na discussão sobre as contribuições da SCI na construção e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conclui-se que a SCI é um dispositivo de formação fundamental na consolidação da RAPS.

**Palavras-chave:** supervisão clínico-institucional; atenção psicossocial; narrativa

---

### **ABSTRACT:**

This article analyzed the institutionalization process of Clinical-Institutional Supervision (SCI), highlighting the main elements that make it an important device for training and qualifying mental health practices, in order to contribute to the rescue and construction of memory of this process in Brazil. This is a qualitative study on health training devices and writing/narrative policies. There was a careful reading of government documents and academic production on the subject, which were systematized in view of the historical process of constitution of the SCI as a training device. The second stage consists of writing a narrative of memories of the researcher's encounters with the SCI in Brazil. The third stage consists of discussing the contributions of the SCI in the construction and consolidation of the Psychosocial Care Network. Conclude that an ICS is a key training device in consolidating RAPS.

**Key-words:** clinical-institutional supervision; psychosocial care; narrative

---

*DOI: 10.12957/mnemosine.2022.71196*

### **Mudança de paradigma: os desafios na consolidação das práxis e os referenciais, lugares e função da supervisão clínico institucional**

Historicamente, o paradigma psiquiátrico, que surge a partir da Revolução Francesa ancorado em seus princípios e sob a regência de Pinel, instituiu o hospital como local de correção e penitência, fundando a vigilância e o controle do doente mental baseado na disciplina, a saber, tratamento moral (RESENDE, 1987; PEREIRA, 2004; YASUI, 2006). Apoia-se no modelo médico psiquiátrico, articulando em suas bases uma ‘terapêutica’ de tratamento que se respalda na hospitalização do sujeito, então doente, por ser um desviante das normas e que carrega em si algo que o reflete, sua desrazão (COSTA-ROSA, 2013; AMARANTE, 2007).

Essa sistematização do cuidado determinou um modo de operar. O isolamento e a segregação foram as formas de responder à demanda social em vista da desrazão do sujeito desviante da ordem moral, ou seja, instituiu métodos, suposições e problemas típicos que constituem uma forma de manejo da situação-problema (doença mental) e a melhor forma de a ela responder (internação), definindo, assim, um paradigma que sustenta essa prática (YASUI, 2006).

Entretanto, a potencialidade do conceito de paradigma reside na faculdade de contrapor-se à ideia de linearidade e contiguidade na produção científica que leva ao seu progresso, culminando em seu aperfeiçoamento (YASUI, 2006; KUHN, 2000). Nesse sentido, “uma revolução científica acontece quando surgem “anomalias”, ou seja, fenômenos ou fatos que não são explicados pelo paradigma vigente e que obriga a comunidade científica a produzir um novo paradigma, inexistente até então. (YASUI, 2006, p. 68).

Dessa forma, urge a necessidade em se criar novos métodos devido ao malogro em sustentar a forma de operar das instituições psiquiátricas na intenção de recuperar os doentes, as quais se ativeram unicamente à função do isolamento do alienado e sua concomitante exclusão do convívio social.

Um momento de grandes transformações foi iniciado após a Segunda Guerra Mundial. Em função, também, das violações de direitos humanos identificadas nos campos de concentração e sua similaridade com o tratamento dispensado às pessoas privadas de liberdade nos serviços psiquiátricos, um panorama de reformas das instituições de cuidados aos doentes mentais se descortinou na Europa e nos Estados Unidos (BARROS, 1996).

Vários autores (FLEMING, 1976; AMARANTE, 1995; PITTA-HOISEL 1984) descrevem os principais movimentos reformistas, citando as Comunidades Terapêuticas e o movimento de Antipsiquiatria na Inglaterra, a Psiquiatria de Setor na França, a Psiquiatria

Democrática Italiana, a Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos e a Psicoterapia Institucional francesa. Para Pitta-Hoisel (1984), esses movimentos foram referência para a fundamentação das práticas que nortearam a implementação do CAPS “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”.

A Psiquiatria de Setor sustenta a ideia de levar o cuidado à população evitando ao máximo a segregação, tratando-se de “uma terapêutica *in situ*, [...] o paciente será tratado dentro de seu próprio meio social e com o seu meio e que a passagem pelo hospital [...] será uma etapa transitória do tratamento” (FLEMING, 1976: 54, grifo da autora), designando à psiquiatria uma vocação terapêutica e concebendo a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar em instituições que terão por tarefa a progressiva ressocialização do paciente. Na França, ocorreu a divisão do território em setores que tinham por competência uma abrangência de 70.000 habitantes que correspondia a uma rede de instituições que tinha por função a prevenção, o tratamento e o acompanhamento pós-alta das doenças mentais.

Já a Psicoterapia Institucional é entendida como um conjunto de mediações em que as combinações produzem efeitos terapêuticos, dando à instituição um papel de sujeito-analisante, cujas potencialidades são muito vastas e suas mediações são de natureza diversa (oficinas, reuniões, atividades de gestão e organização), todas constituindo uma rede significativa, ou um campo transferencial, a partir do encontro da Psiquiatria com a Psicanálise, com o objetivo de “criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo esteja preparado (terapêuticas-biológicas, analíticas; neutralização dos sistemas alienantes socioeconômicos, etc.), para que o psicótico aceda a um campo onde se possa referenciar, re-delimitar o seu corpo numa dialética entre parte e totalidade”. (FLEMING, 1976: 47-8).

Fleming (1976) apresenta o entendimento de que não há contradição entre uma verdadeira psicoterapia institucional e os princípios de base da Psiquiatria de Setor, dizendo ainda que, por ter sofrido uma influência da psicanálise de tendência lacaniana, a Psicoterapia Institucional sofreu uma transformação mais profunda da prática psiquiátrica, enquanto que a Psiquiatria de Setor tem como baliza essencial a transferência das atividades do hospital para uma pluralidade de intervenções terapêuticas na comunidade.

Alguns países da América Latina foram influenciados pelos movimentos de transformação da assistência psiquiátrica no mundo, especialmente os do modelo norte-americano. Assim é que, a partir da década de 1960, em países como Chile, México, Colômbia e Argentina foram desenvolvidos programas de atenção à Saúde Mental que tinham em comum a implantação de centros comunitários e o objetivo de realizar a prevenção primária

(AMARANTE, 1995). Com relação à influência norte-americana no Brasil, a “*psiquiatria preventiva e comunitária*, opera uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. [...] A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta” (AMARANTE, 1996: 16).

Diferenciando-se das propostas de reforma desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos, que deslocavam a ênfase posta nos hospitais psiquiátricos para a criação de serviços na comunidade, a experiência italiana, a partir da década de 1960, enfatizava a necessidade de tomar, como ponto de partida, o interior do manicômio, criando condições para a sua desmontagem, subvertendo sua lógica e seu funcionamento. Este movimento foi chamado de *Psiquiatria Democrática Italiana* (BASAGLIA, 1985).

O processo de transformação da psiquiatria iniciado em 1971 em Trieste levou ao fechamento completo do manicômio e à constituição de um determinado tipo de assistência territorial. Esse processo foi, posteriormente, teorizado e passou a ser conhecido como “desinstitucionalização” (AMARANTE, 1996). Essa vertente traz a questão da cidadania enquanto fundamental, já que aqueles compreendidos como doentes eram despojados de seus direitos políticos, jurídicos e civis, tornando-se não-cidadãos: “O que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma [...], é a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 1996: 15).

Além disso, cabe destacar que

*[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.* (ROTELLI et al., 1990: 33).

A Psiquiatria Democrática Italiana é uma resposta crítica à psiquiatria reformada na Europa e Estados Unidos em que a desinstitucionalização foi reduzida à desospitalização. “A desinstitucionalização foi realizada [...] como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos” (ROTELLI et al., 1990: 19).

Enquanto palavra de ordem, a desinstitucionalização era utilizada para muitos e diferentes objetivos. Para grupos técnicos e políticos radicais apresentava-se na perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, se posicionando paralelamente à antipsiquiatria; já para os administradores era vista como um programa de racionalização

financeiro-administrativa, entendida como redução de leitos hospitalares e uma consequência da crise fiscal, revelando-se coerente com as orientações neoliberais.

No sentido de atingir a superação gradual da internação psiquiátrica através da criação de serviços na comunidade, rompendo com o predomínio cultural do modelo clássico da psiquiatria, em que o hospital era a única resposta do sofrimento psíquico, as reformas psiquiátricas nos anos 1960 na Europa multiplicaram as estruturas extra-hospitalares; porém as internações psiquiátricas continuam a existir na Europa e nos Estados Unidos. “Em todos os sistemas de saúde mental nascidos das reformas, malgrado as intenções que as animavam, permaneceram os hospitais psiquiátricos e as estruturas de internação que tem um peso não secundário” (ROTELLI et al., 1990: 20).

Como decorrência de ser entendida e praticada como desospitalização, a desinstitucionalização produziu o abandono de parcelas consideráveis da clientela psiquiátrica (BASAGLIA, 1985). As análises sociológicas e psiquiátricas sobre a psiquiatria reformada colocam em evidência que entre os serviços da comunidade e as estruturas de internação existe uma complementariedade, um jogo de alimentação recíproca. Particularmente a imagem de circuito coloca em evidência o fato de que a psiquiatria reformada ‘estática’ da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela ‘dinâmica’ da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. Assim, funcionam: o centro para internação durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro de psicoterapia etc. (ROTELLI et al., 1990).

Portanto, na perspectiva da psiquiatria reformada, a desinstitucionalização tem um balanço negativo. Já para a experiência italiana, desinstitucionaliza-se o paradigma psiquiátrico. Pelo fato de a psiquiatria por não conseguir equiparar seus métodos de trabalho aos princípios abstratos que a balizam, suas instituições funcionam sustentadas por uma codificação entre definição e explicação do problema e resposta racional, sendo, portanto, um sistema que intervém em um problema dado, “a doença”, para atingir uma solução racional, de preferência a cura. Entretanto, a psiquiatria apresenta-se como prática que denuncia a fragilidade do paradigma racionalista: “Nesse sentido a psiquiatria revela ser uma instituição [...] que administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição, residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível” (ROTELLI et al., 1990: 27).

É justamente esse conjunto que é preciso desmontar para resgatar a existência dos pacientes enquanto existência-sofrimento, que o modo Psicossocial tem como um de seus parâmetros.

### **Meus encontros e percurso com a Supervisão Clínico-Institucional**

A primeira vez que me deparei com a função de supervisão clínico-institucional foi em 1991, quando fiz aprimoramento na Faculdade de Medicina de Botucatu, após concluir a graduação em Psicologia – hoje, seria o equivalente à residência multiprofissional. Mesma época em que ocorre o primeiro encontro com alguém em sofrimento psíquico intenso, minha primeira vivência clínica com alguém vivendo uma experiência delirante e alucinada. Um divisor de águas.

Sou acionada numa interconsulta na enfermaria da cirurgia vascular: uma senhora diabética, que tinha dado entrada há pouco mais de dez dias com ferimento no pé que ocasionou uma sequência de cirurgias de progressivas amputações, culminando em amputação transfemural. Respondo à interconsulta e encontro essa senhora alucinando uma cena de parto, onde o “coto” seria a cabeça da criança e ela pedia que a ajudasse a parir a criança. Foi transmutador<sup>1</sup> poder acompanhar uma pessoa em intenso sofrimento dentro de um hospital geral e não em uma instituição fechada como um hospital psiquiátrico. Quão viável é o cuidado em liberdade, por mais complexo que seja.

Compunha a proposta do Aprimoramento (FUNDAP) trabalharmos no hospital geral, no ambulatório de saúde mental e no hospital-dia, durante dois anos. Foram anos intensos e forjaram definitivamente minha clínica comprometida ético-politicamente com o cuidado em liberdade e radicalmente uma trabalhadora no Sistema Único de Saúde (SUS), para o SUS e pelo SUS.

Foi durante a estada no Hospital-dia que conheci Isabel Marazina. Fiquei encantada com sua sensibilidade e, ao mesmo tempo, com a capacidade de fazer um manejo no cotidiano com práticas que acolhiam os atravessamentos das singularidades dos atores envolvidos. Isso me aproximou de Isabel.

Foi, então, um momento muito importante, pois eu já tinha uma provocação em mim em relação ao trabalho com grupos; pois eu já tinha, desde os tempos da faculdade um interesse em estudar e compreender o trabalho com grupos.

Passei pela experiência de psicologia no hospital geral, no ambulatório e no hospital-dia. Quando saí de lá, retornei para Rio Claro e ingressei na prefeitura. Fui para o ambulatório

e fiquei muito intrigada, porque a mim foi dirigida uma demanda: “Você tem que atender a fila de crianças de 7 a 9 anos” e eu “Ok”. Eu nunca tinha atendido crianças, e pensei: “Eu vou aprender”. Mas percebi que ia ter dificuldades se chamasse uma por uma. Fui pesquisar como outros serviços equacionavam essa realidade e encontrei uma proposta de avaliação psicodiagnóstica em grupo.

Iniciei o contato com os pacientes da lista de espera, porque era uma demanda escolar. Comecei a estudar o perfil da clientela que constava na lista, agrupando dados como idade, bairro, escola, queixa principal, configuração familiar, informações coletadas a partir da ficha de triagem.

Havia uma sala de 40 alunos que tinha sido encaminhada para atendimento. Pensei que era preciso conversar com a professora ao invés de chamar 40 crianças, então fui até a escola. A partir do levantamento, fui definindo ações de saúde no território. Havia pessoas que estavam por dois anos na fila de espera. Muito provavelmente, depois de tanto tempo, já haviam encontrado (ou não) outras alternativas para a queixa inicial. Tanto é que muitos não compareciam, tampouco retornavam o contato.

Essa experiência foi importante e compus junto com a equipe do Ambulatório de Saúde Mental de Rio Claro um grupo de estudos com Isabel Marazina sobre a teoria de Enrique Pichon Rivière. Isabel vinha para Rio Claro, acho que quinzenalmente, não me recordo, e líamos o trabalho do Pichon, que me interessava desde a graduação. Ele formulou a teoria dos três D (depósito, depositante e depositário). Pichon propõe o estudo do encontro, do vínculo. Para ele, o grupo não opera nem em A nem em B, mas em encontros. Sempre tive muito interesse nisso.

Em 1997, com a eleição municipal, ocupa o cargo de prefeito uma coligação com partidos de esquerda, ocasião em que sou convidada para coordenar a saúde mental. Retorno, então, para o trabalho na prefeitura em um outro lugar: o de gestora. Até aquele momento só havia um ambulatório de saúde mental em Rio Claro e o Bezerra (de Menezes - Hospital Psiquiátrico conveniado SUS), que nunca foi do município, sempre foi um serviço independente com financiamento do SUS, com autonomia de gestão.

E aí comecei a pensar no cotidiano do serviço. Vários aspectos do cotidiano do ambulatório me incomodavam muito. Por exemplo, havia uma sala de espera comum. Assim, tínhamos no mesmo espaço pacientes psicóticos, dependentes químicos, crianças, pacientes esperando perícia acompanhados de policiais. Comecei a discutir com os colegas de trabalho a singularização do cuidado e pensamos em espaços distintos, e foi quando se articulou a montagem da rede de serviços de Rio Claro. Nesse momento, coloquei que era preciso

supervisão clínico-institucional para as equipes do serviço de saúde mental de Rio Claro, porque pensar a questão do cuidado em liberdade implica postura e formação desses trabalhadores da saúde, coerentes com essa proposta terapêutica.

Procurei Isabel Marazina para a função, mas ela não podia, e indicou a Stella Maris Chebli<sup>2</sup>, que foi trabalhar no serviço de atendimento infantil. Para álcool e outras drogas, estabelecemos parceria; por exemplo, com o Projeto Quixote – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-São Paulo).

Stella ocupava a função de supervisora em uma posição autônoma, sem vínculos com a universidade, tampouco com a gestão. Aprendi muito com Stella, porque ela tinha um cuidado em acolher a equipe, mas em me acolher também (como gestora). Stella fazia questão de almoçar comigo e dava um aporte para o meu exercício de gestão, que é um pouco o que norteia a função do supervisor: cuidar da equipe como um todo, integrando trabalhadores e gestão. O supervisor ocupa um lugar de absoluta tensão entre os campos da gestão e da clínica. Que lugar de absoluta tensão é esse? É o lugar do vivido, onde ressoam as contradições. Uma mesma equipe pode afirmar-se desejosa da lógica da Atenção Psicossocial, mas, ao mesmo tempo, operar cotidianamente na lógica ambulatorial tradicional. O lugar, nesse caso, é ouvir essa contradição, o que gerava um sofrimento diante da urdidura de se fazer operar a política. O exercício é de cuidado da equipe, mas fomentando nela e com ela as transformações necessárias na direção do paradigma da Atenção Psicossocial.

Durante o último ano de gestão, em 2000, fiz um curso de especialização, fruto de uma parceria entre a Universidade de São Paulo (USP), o Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do estado de São Paulo, que acontecia às sextas-feiras no CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva). Ao final do curso, pequenos grupos de alunos foram organizados para elaborar uma monografia. O fato de eu atuar como gestora facilitou para que a pesquisa de monografia tivesse como campo de intervenção o NAPS<sup>3</sup> de Rio Claro, e as entrevistas foram realizadas pelos outros pesquisadores. Na época, como gestora, pontuava que “se temos um serviço 24h com prontidão à crise, não podemos encaminhar para o hospital psiquiátrico” e a equipe dizia “ah, mas esse mês ‘só’ encaminhamos oito”, e eu dizia “não é para encaminhar. É zero”. Então, na monografia, refletimos sobre o que interditava a equipe em sustentar o cuidado em liberdade, não encaminhando para hospital psiquiátrico. Não era apenas uma questão de ser um serviço 24h. Naquele momento, era um exercício de apropriação efetiva dos parâmetros da Atenção Psicossocial. Foi o primeiro momento de querer estudar a episteme da Atenção

Psicossocial. O grupo analisou as entrevistas (para a monografia) a partir do que Abílio da Costa-Rosa apresentava como parâmetros em suas publicações.

No início de 2001, no começo do segundo mandato do prefeito, durante meu período de férias, fui destituída do cargo de coordenadora municipal de saúde mental. No meu retorno, fui comunicada que o cargo de coordenação municipal de saúde mental havia sido incorporado à diretoria de atenção especializada. Fui convidada a coordenar o CAPS III, que precisava de um apoio e investimento intenso da gestão central. Compreendendo que a coordenação de saúde mental não é simplesmente um cargo, mas uma função de articulação de políticas públicas, ela não é dispensável. Nessa conjuntura, seria mais potente trabalhar no atendimento direto ao usuário do CAPS III, onde teria mais governabilidade para produzir cuidado em liberdade, pautado na aposta na cidadania, na ética e no vínculo.

Em meados de 2001, Ana Pitta, uma das coordenadoras e professoras do curso de especialização em saúde mental já mencionado, que atuava na Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, me convidou para compor a equipe da coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo. A atuação de Ana Pitta sempre foi articulada com instituições significativas na construção de políticas públicas, como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, o que demandava ações sistemáticas para a operacionalização concreta de agendas. Nesse processo, aprendi muito com Ana, as nuances e detalhes no manejo da gestão. Aprendi a organizar minha grade de atividades olhando Ana organizar a dela. Em uma lousa branca, ela tinha o mês de trabalho ali (congressos, atividades, reuniões) - uma fotografia do mês.

Nesse mesmo período, ocorriam os preparativos da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em que tive a oportunidade de trabalhar assessorando as pré-conferências, buscando oportunizar e garantir a participação efetiva de usuários, familiares e trabalhadores. Dois meses depois de encerrada a Conferência, em fevereiro de 2002, o Ministério publica a Portaria nº 336/2002, que dispunha sobre o credenciamento dos CAPS. Em função disso, passamos a visitar os serviços que solicitavam credenciamento, discutíamos com as equipes o que no serviço, no processo de trabalho caracterizava um funcionamento de CAPS, e assim justificávamos a legitimidade do processo. O compromisso com a formação de trabalhadores para a mudança paradigmática inerente à Atenção Psicossocial me conduziu a um retorno à universidade.

Na época, Ana Pitta mencionou um congresso em Barcelona e outro em Roma, aos quais ela iria, e me convidou, sugerindo que eu apresentasse o trabalho da monografia. Foi muito bom

ter participado desses congressos; a aproximação com o universo da pesquisa acadêmica despertou o desejo de fazer mestrado. Foi quando fiquei sabendo que Abílio estava na Unesp de Assis, prestei a prova de ingresso e participei do processo seletivo em 2002.

No mestrado, fiz o levantamento do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo, desde os primeiros serviços territoriais comunitários até 2004. Interessavam-me as vertentes que norteavam as políticas públicas, as influências que os modelos de cuidado no território exerciam na sustentação das práticas e no discurso dos trabalhadores. Foi uma pesquisa *quanti-quali* envolvendo todo o interior paulista, menos Grande São Paulo, Capital e litoral. Enviei os questionários para os gestores municipais via Diretorias Regionais de Saúde (DRS).

Durante o mestrado, 2002-2005, me convidaram para ajudar na implementação de um CAPS III regional, o Centro de Reabilitação de Casa Branca<sup>4</sup>. Em 2002, isso era algo novo, era algo que tinha que ser pensado para pequenos municípios como substitutivo ao manicômio, era preciso ser organizado, porque um município pequeno não comporta um serviço 24h. Em Casa Branca, foi a primeira vez que vivi a função de supervisora clínico-institucional, mais por conta da experiência como gestora do que como docente ou pesquisadora. Viver essa função pela primeira vez foi compreender que quando o coletivo direciona uma demanda ao supervisor clínico-institucional, ele se baseia no pressuposto de que há ali uma oferta para a configuração de um campo de trocas, de saberes-fazer. Nesse sentido, acredito que a minha experiência como trabalhadora e gestora nutriu as expectativas do coletivo, que identificava essa oferta: mobilizar recursos materiais, afetivos, técnico-teóricos, dentre outros aspectos necessários para implementar o serviço CAPS III Microrregional. Vivenciar, ao longo desse percurso, a construção de um serviço inovador a época foi autorizar-me a desempenhar essa função, a partir do reconhecimento do coletivo sobre a minha potência, sustentando a máxima de que a análise da oferta precede a análise da demanda.

Depois disso, tomei gosto pela tarefa, que venho realizando desde 2003. Em decorrência do mestrado, surgiram oportunidades na docência, dei aula na Unesp - Rio Claro, Unip - Limeira, PUC-Campinas. No final do primeiro semestre de 2010, fui convidada para dar uma aula no curso de especialização realizado na Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP para trabalhadores da DRS de Piracicaba. Poucas semanas mais tarde, a então coordenadora do curso, Telma Souza, convidou-me para assumir uma vaga de professora na graduação de psicologia. A UNIMEP era uma faculdade muito respeitada, sempre teve uma pós-graduação bem avaliada; enfim, eram outros tempos.

Nessa experiência docente, ministrei as disciplinas de Teorias e Técnicas Psicoterápicas Psicanalítica I e II, adulto e infantil respectivamente, Psicoterapia de Grupo I e II, em que trabalhava os grupálistas, história da psicoterapia de grupo e Análise Institucional, com referenciais de Pichon, Bleger, Lourau, Baremlitt, entre outros. Aprofundei-me nessa construção conceitual e teórica. Respondia pelo estágio supervisionado em saúde mental nos serviços territoriais comunitários. Caracterizava-se, assim, um eixo entre as disciplinas na sustentação teórica-conceitual para os campos de estágio.

O estágio foi importante por causa da minha experiência como gestora, pesquisadora, do compromisso com a formação do psicólogo. Considerando o modelo territorial comunitário, penso que a graduação em psicologia, de um modo geral, não está em consonância com efetivas demandas para a mudança paradigmática pertinente à Atenção psicossocial. Então, como supervisora de estágio, é preciso fomentar uma formação que atenda essas demandas.

Ao longo dos meus 10 anos de trabalho na UNIMEP, balizei minha prática com esse princípio crítico. O estágio em Psicologia Clínica na Saúde Mental era realizado em diversos serviços, em três municípios distintos. Meu olhar enquanto supervisora considerava a experiência do estágio como um *acontecimento*<sup>5</sup>, entendendo esse conceito como uma ferramenta para pensar as potencialidades e dificuldades da formação, no processo pertinente às práticas do campo da Atenção Psicossocial (LOURAU, 1975). Era pertinente investir em: a) sensibilização ética e estética, ou seja, nos valores e formas que estão em jogo no processo de formação, b) raciocínio crítico diante das práticas e seus lugares de tensão permanente, c) criação de territórios de produção de cuidado e d) inquietações que nos fazem refletir acerca de nossas práticas cotidianas. Minha atuação foi coexistir nesse campo de *horizontalidade*, conduzindo ao desarrumar do instituído, ao assumir que tanto o meu saber quanto o dos estudantes são importantes, ambos seguindo no caminho de invenção e da expansão de relações e saberes. O grupo de supervisão precisa ser sujeito, não assujeitado ou objeto, sem negar os lugares de poder, mas reconhecendo a possibilidade de expansão e não de enrijecimento das demarcações.

Influenciada por essa experiência, em 2016 decidi fazer um curso em Belo Horizonte, na Fundação Gregório Baremlitt. Foi mobilizador o suficiente para desejar sistematizar essas histórias, dando corpo a isso. A partir desse curso, entrei em contato com o grupo de pesquisa da Unicamp de Análise institucional e Saúde Coletiva e também fui estudante especial na disciplina optativa SC 398 A – Tópicos em Ciências Sociais em Saúde - Análise Institucional:

teoria e prática em saúde coletiva, coordenada pela professora Solange L'Abatte. Dessa experiência, nasce a primeira proposta de projeto para o doutorado.

A ideia inicial era estudar a prática na formação da graduação, com a minha experiência em supervisão. Como eu trabalhava alunos em estágio, tinha conversa com a análise institucional. Em 2017, quando ingressei no doutorado, era professora na UNIMEP, trabalhava 20h semanais, era supervisora em Capivari e, em 2018, trabalhava em Santa Bárbara D'Oeste, e na clínica - uma média de 50h a 60h semanais. Foi uma época muito potente, com muitas oportunidades que não tinha tido antes, apesar da intensa carga horária de trabalho. Aprendi muito, inclusive a fazer escolhas.

Nesses percursos, em 2017, houve uma greve dos professores, com apoio dos estudantes, com engajamento de todos. Foi um cenário difícil, com questões trabalhistas sérias que impediram que o tema inicial pudesse ser continuado na instituição de ensino.

Durante esse processo, seguia o doutorado, realizando os créditos das disciplinas. Finalizada essa etapa, finalmente, precisava consolidar meu objetivo de pesquisa. Em 2019 fui para Cuba e para EUA apresentar trabalho, ainda com projeto sobre a universidade e os estagiários do curso de psicologia. Em maio de 2020, considerando a urgência dos prazos para a qualificação, concluí que a conjuntura político-pedagógica da universidade não possibilitaria sustentar aquela pesquisa. Diante das circunstâncias, optei por suspender minha matrícula por seis meses. Reelaborei o objeto de pesquisa, colocando em questão a história, os usos e os sentidos da supervisão clínico-institucional, me dando conta de que essa temática produzia ressonância muito mais intensa e provocativa na relação com minha história e análise de implicação.

Toda essa reelaboração ocorreu no seguinte cenário: o período de suspensão de matrícula coincidiu com os primeiros seis meses pandêmicos. Muitas mudanças: aulas online, supervisão online, campos de estágio interditados para a frequência dos alunos, e ao final do primeiro semestre letivo de 2020 fui demitida pela universidade. Finquei o pé no consultório e fiz. Fiz com muito trabalho, com muita angústia. Qualifiquei-me em novembro de 2020. Na ocasião da banca, foi evidenciado que o texto da qualificação continha um luto, para além da perda do projeto de pesquisa inicial. Esse apontamento me fez perceber que havia o luto da docência, da cena pandêmica, o ataque às políticas públicas, aos direitos humanos. A aposta no trabalho foi uma aposta na vida; na pesquisa a vida pulsava, a cada entrevista eu saía revigorada.

E foi nesse sentido que, ao longo desse processo de pesquisa, realizei um levantamento das histórias, dos usos e dos sentidos da supervisão clínico-institucional no Brasil,

compreendendo os recursos teórico-metodológicos da SCI, enquanto ferramenta de construção, consolidação e formação permanente dos trabalhadores da RAPS, questões essas que são pertinentes ao processo de institucionalização da SCI no Brasil.

### **Supervisão Clínico-Institucional (SCI)**

O ponto-chave é: a formação do institucionalista é interminável, assim como a do supervisor clínico-institucional. Pensar a dimensão formativa da supervisão clínico-institucional (SCI) passa necessariamente por pensar de onde ela procede; a prática da supervisão atravessa diversos processos formativos em várias áreas profissionais. Sua configuração no campo da Atenção Psicossocial sofre influência da psicanálise. (COIMBRA, 1989).

Em Psicanálise, a supervisão é entendida como um dos elementos primordiais em sua transmissão, compondo um dos elementos do tripé básico da formação, juntamente com análise pessoal e estudo teórico. Essa prática é tão importante para a formação que existe desde Freud e Breuer em 1883, nos primórdios da psicanálise, sendo quesito essencial para a formação.

Nela, o(s) casos(s) são apresentados e discutidos com um psicanalista com mais tempo de experiência, que traga consigo uma bagagem profissional substancial na condução de diversos casos ao longo de sua trajetória. Geralmente, a supervisão se dá mediante a transcrição de uma sessão que auxiliará o supervisionando a enxergar/ouvir possíveis pontos que até então encontravam-se obscuros na sua escuta clínica, produzindo intersecções entre o campo teórico, o manejo técnico e sua análise pessoal.

No âmbito teórico auxiliará o supervisionando a reconhecer as ancoragens conceituais da psicanálise, elucidando, a partir do material clínico, as manifestações da transferência, da resistência e conseqüentemente do recalque, por exemplo. No aspecto técnico, o analista em supervisão se apropriará do manejo do enquadre terapêutico para que o inconsciente se apresente, trabalhando seus elementos fundamentais tais como o tempo da sessão, a questão do pagamento, as faltas e férias e assim manejar as indagações operativas pertinentes às interpretações, apontamentos inerentes às construções em análise. Quanto ao âmbito da análise pessoal, trata-se de um encontro de inconscientes, de experiências que marcam e atravessam a subjetividade de ambos os implicados, presentificando-se no encontro a importância do *cuidado de si*<sup>6</sup>. A implicação do analista configura-se como ferramenta no e para o processo de trabalho em análise (STEIN, 1992; MANNONI, 1992).

O supervisor clínico-institucional sustenta dois objetivos fundamentais: potencializar as equipes através de um olhar crítico, reflexivo e instrumental técnico à situação das famílias e das pessoas atendidas, bem como colocar em análise o impacto emocional que elas causam nos profissionais. Define-se também ser um articulador de ações desenvolvidas através dos vários equipamentos sociais, de forma que haja integração e sinergia, aliando objetivos e ações, ao qual gradativamente se equacionam alguns obstáculos, tais como a fragmentação das informações, a discordância entre os membros das equipes. Cria-se um modelo comum de intervenção sustentado pelo coletivo de trabalhadores das equipes, planejando e implementando ações junto à família. Isso através de relato minucioso sobre o caso clínico e todas as informações disponíveis, bem como uma multiplicidade de olhares como forma de compreender a família, a dinâmica, os recursos e as carências do sujeito. Após os relatos, utiliza-se de dados técnicos de visitas, intervenções, entrevistas, recursos da comunidade e informações sobre os serviços de saúde física e mental, bem como a identificação e estabelecimento de redes de cuidado no território, articulando-se reuniões intersetoriais, e inter equipamentos para discutir conjuntamente o caso e as possíveis intervenções (AVILA, 2013).

Nesse contexto, é necessária a promoção de reflexões que considerem as dimensões do serviço, da rede, da gestão e da política pública, cabendo ao supervisor a tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, considerando as tensões e a dinâmica da rede e do território. Trata-se de priorizar o diálogo entre as dimensões políticas da clínica e a clínica da política, fortalecendo o adequado andamento do serviço e do trabalho em equipe, estimulando as equipes operativas da Rede do Território e promovendo a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que permite a autonomia do sujeito e da família. Dessa forma, o supervisor não é portador do saber ou do controle, mas aquele que maneja a clínica e os impasses do trabalho, requerendo um lugar de suposto saber e de reconhecimento pela equipe, cumprindo a função de ao mesmo tempo alguém externo e interno e que seu trabalho tenha um desdobramento e seu produto, um registro (ALVAREZ, 2014).

Com o intuito de consolidar os avanços na implantação da rede de serviços de base comunitária e enfrentar os enormes desafios e lacunas, é necessário lançar mão de múltiplas estratégias de intervenção. A SCI é uma estratégia que emerge como resposta à complexidade da tarefa de implementar o paradigma psicossocial no campo das práticas. Essa estratégia tem como função articular, organizar e potencializar a rede de cuidados no enfrentamento dos problemas de Saúde e Saúde Mental, fomentando o protagonismo das equipes que constituem os serviços e promovendo uma atitude de corresponsabilidade intersetorial e controle social.

As ações intersetoriais com CRAS, CREAS e outros recursos do território têm ampliado o acesso e as possibilidades de resposta às necessidades de atenção e suporte psicossocial. É neste contexto que a SCI constitui uma ação importante para a qualificação do cuidado. A SCI qualifica as equipes de trabalho por meio do estudo do caso clínico, na construção do PTS, na apropriação de ferramentas conceituais clínicas e das configurações sócio históricas das condições de sofrimento psíquico. Nisso reside a dimensão clínico-política do paradigma da Atenção Psicossocial que fundamenta a Política Pública de Saúde Mental.

Qual a função das equipes nesse processo de cuidar? Broide e Broide (2016) indicam o desafio de analisar as relações transferenciais com o território, para que as equipes não se identifiquem com a função de juiz, promotor, polícia etc., desconstruindo posicionamentos moralizantes e punitivos sobre os modos de vida da população atendida. Nesse sentido, a SCI promove reflexões com o coletivo de trabalhadores dos serviços de saúde sobre as identificações produzidas nos laços sociais, promovendo análises de implicação. A potência subjetivadora do desejo, nesse sentido, faz parte do cuidado a ser produzido.

A SCI contribui com a reflexão sobre os laços sociais no território e a influência que possuem na constituição do sujeito. A reflexão por ela promovida subsidia a função de cuidado das equipes na promoção do reposicionamento do sujeito na cena promotora de sofrimento, na apropriação da história de vida, considerando que há uma proposição metodológica de incluir o sujeito e a família na construção do projeto terapêutico singular (SEVERO, 2014; ONOCKO-CAMPOS, 2014; SILVA et al., 2012).

*Assim, em um trabalho para a construção de algo, existe um sem número de relações presentes, mas que não são explícitas ou conscientes. Elas emergem no grupo através do latentes e do manifesto, através do sintoma, do sonho, do conflito, etc. É necessário colocá-las o máximo possível em palavra, no grupo no qual se propõe a realização da tarefa. (BROIDE; BROIDE, 2016, p. 67).*

A SCI como campo de reflexão crítica fundamenta sua prática no serviço e no território, através da equipe concebida como um coletivo. Esta, em sua dimensão clínico-política e ética, fundamenta seu projeto clínico institucional, promovendo a construção de referenciais coletivos e grupais, potencializando a criação de novas estratégias de cuidados. Configura-se, assim, a construção de uma clínica no território, com o território e para o território (DELGADO, 2007).

Entende-se a SCI como dispositivo favorecedor para promover a autonomia dos serviços que efetivem a proposição sustentada pelo paradigma da Atenção Psicossocial, de maneira que a necessidade de interlocução entre outras formas incongruentes com este modo de operar

Saúde deixe de ser sustentada e articulada. Trata-se, portanto, de despertar as sensibilidades para a redução de procedimentos que corroboram com a clausura do sujeito ofertada por meios que centram sua atenção em aspectos hospitalocêntricos, de maneira que a SCI promova e amplie espaços de acolhimento ao sofrimento, angústias e alegrias, a potência entre as relações institucionais e o fluxo de afetos relacionados à produção de vida (DELGADO, 2013; COSTA-ROSA, 2013; SEVERO, 2014; ONOCKO-CAMPOS, 2014).

Contudo, as atuações nos serviços substitutivos ao paradigma psiquiátrico exigem outros modos de organização dos serviços, com relações de trabalho horizontalizadas e baseadas na abordagem interdisciplinar e intersetorial dos problemas. Requerem também disposição e análise da implicação da equipe e da gestão para assegurar espaços permanentes de reflexão e questionamento sobre os processos de trabalho desenvolvidos, sua sustentação técnico-política e seu impacto na comunidade em questão (PALOMBINI, 2004; SILVA et al., 2012).

Tais exigências se apresentam em cenários em que a diversidade é uma constante, em que muitos são os atravessamentos e desafios presentificados no cotidiano das práticas, seja na grande demanda de “urgências” reais e subjetivas de todos os envolvidos, seja ainda pelas limitações do trabalho em equipe, ou pelo desconhecimento e fragilidade da rede de saúde e das relações com os gestores, dentre outros fatores, permitindo entrever um cotidiano de trabalho intensamente atravessado e desafiador (SILVA et al., 2012).

O modelo da supervisão clínica já existia desde a criação do CAPS Prof. Dr. Luis da Rocha Cerqueira, e contribuiu como um importante espaço para refletir sobre o cotidiano e para a construção das práticas que ali foram se criando (YASUI, S. 1989). Sobre tais práticas nesse CAPS, Yasui (2019), relata:

*Um pequeno coletivo em um casarão, perto da Avenida Paulista, que se chamava Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira. Eram pessoas que, saídas, por desejo ou expulsão, de outros trabalhos, se encontraram e, inspiradas por muitas referências e experiências, inventavam um outro modo de olhar e cuidar do sofrimento psíquico. Por exemplo, nos importava muito mais o sujeito, a complexidade de sua vida e as suas histórias, do que seu diagnóstico. Os primeiros encontros dos usuários com o Caps, que eram realizados geralmente com uma dupla de trabalhadores, podiam durar duas semanas, meses, até que pudéssemos compor, a partir da matéria da vida cotidiana de quem chegava, os caminhos pelos quais o cuidado poderia ser trilhado (YASUI, 2019: 215)*

E desde a configuração dessas proposições de cuidado, a equipe se reunia periodicamente, acompanhadas de um terceiro externo ao seu cotidiano imediato, que hoje nomeamos como supervisor clínico-institucional.(DEVERA, 2021)

Com a expansão dos serviços CAPS como serviços comunitários e territoriais de saúde mental, a supervisão foi diferenciando-se dos modelos tradicionais (psiquiatria, psicologia e psicanálise) na qual ela é uma prática “realizada fora do território, e como conceituação, acreditou-se que a SCI não existe sem o território” (DELGADO, 2013: 21).

O trabalho de SCI caracteriza-se em alguns dispositivos como mapeamento das práticas no processo de trabalho, experiência profissional na clínica e na saúde pública, com ênfase no SUS, tendo como instrumento o uso da escuta e da palavra, bem como a construção coletiva dos casos clínicos, apresentando-se como ferramenta/meio e não fim. Nesse sentido, busca-se criar um campo de confiança para a reflexão crítica da equipe sobre sua prática no serviço e no território, trabalho que supõe o enfrentamento das limitações provenientes da formação acadêmica. Exige não apenas acompanhar o processo de constituição da equipe, como um coletivo que compartilha um determinado projeto institucional e que está contextualizado nas dimensões teórico-técnica e ético-política, mas também promover a construção de referenciais coletivos e grupais, de forma a produzir estratégias de intervenção junto a usuários e familiares (DELGADO, 2013).

Para tanto é necessário que o coletivo de trabalhadores envolvidos seja investido quanto ao modo de construir a clínica do cuidado na Atenção Psicossocial em toda sua nuance e complexidade. Portanto, investigar a SCI no Brasil possibilita a compreensão do seu papel clínico-formativo em sua dimensão clínico-política.

### **Considerações finais**

Esse processo, em desenvolvimento desde início da redemocratização brasileira, ancorado na Constituição de 1988 e reafirmado ao longo de Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais, foi interrompido a partir de 2016 com ações como a Emenda Constitucional (EC) 95, em que as políticas sociais sofrem severos cortes em seus financiamentos, e o SUS passa a ser alvo de desmonte, bem como as políticas intersetoriais (assistência social, e educação principalmente). Através de Notas Técnicas, o governo vem fortalecendo o movimento de retrocessos da Reforma Psiquiátrica, reforçando o papel estratégico e de centralidade do hospital psiquiátrico; enfatizando internações, inclusive de crianças e adolescentes; legitimando métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia, bem como a desqualificando a política de redução de danos (DELGADO, 2019).

No Brasil, o desmonte do projeto de bem-estar social, a pauperização, a privatização do Estado e o acirramento da desigualdade dizem do contexto atual. Assim, defender a democracia

é de ordem imediata, bem como combater a fragilização do SUS é a tarefa. Aos atores sociais do campo da Atenção Psicossocial diretamente implicados nos serviços, cabe sustentar o exercício cotidiano reafirmando práticas coerentes com os princípios e parâmetros da Atenção Psicossocial (YASUI, 2017; DELGADO, 2019). Investigar a SCI como dispositivo de fortalecimento para a transição paradigmática apresenta-se no atual cenário como de suma importância para consolidar os princípios do paradigma da Atenção Psicossocial.

## Referências

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, Pages: 136.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ALVAREZ, P.E.S. Supervisão clínico-institucional: refletindo os princípios da reforma psiquiátrica. In: CONGRESSO VIRTUAL DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 2014, [s.l.]. Anais [...]. São Paulo: [s.l.], 1994.
- ÁVILA, L. A. A psicanálise das configurações vinculares e a supervisão de equipes de assistência social. *Vínculo-Revista do NESME*, v. 10, n. 2, p. 1-6, 2013.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: FGB/IFG. 6ª edição, 2012.
- BARROS, R. B. Institucionalismo e dispositivo grupal. In: RODRIGUES, H. C. B. e ALTOÉ, S. (Orgs.). *Saúde Loucura 8: Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BARROS, S. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice*. São Paulo, 1996. 201p. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, p. 99-133, 1985.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Brasília: Senado Federal, 2001.
- \_\_\_\_\_. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília. 2010.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS n° 224, de 29 janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- BROIDE, J.; BROIDE, E. E. A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2016.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- COIMBRA, C. M. B. A supervisão institucional como intervenção sócio analítica. *Psicol. cienc. prof.*, v. 9, n. 1, 2012 [Data do Fascículo: 1989]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931989000100008>. Acesso em: 9 ago. 2021.
- COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Ed. Da Unesp, 2013.
- COSTA-ROSA, A. *O Modo Psicossocial*: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, P.(Org.) *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44
- DELGADO, P. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde*, 17, 2019 [Acessado 9 Novembro 2021], Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt> .
- DEVERA, D. *A reforma psiquiátrica no interior do estado de São Paulo: psiquiatria reformada ou mudança paradigmática?* 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Assis, 2005.
- DEVERA, D. *Supervisão Clínico-Institucional: histórias, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica*. 2021. 332 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Assis, 2021.
- FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.
- FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis, RJ: Vozes. 1975
- LOURAU, R. Implicação e Transdução (1994). In: ALTOÉ, Sônia (Org.). *René Lourau - Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2003c.
- MANNONI, M. Risco e possibilidade da supervisão. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. Trad. Eliana Borge Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992. p. 37-39.
- ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise e Saúde Coletiva*: interfaces. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

- PALOMBINI, A.L. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. In: *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. 2004. p. 151-151.
- PASSOS, Eduardo.;BARROS, Regina Benevides. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, V. 16 (1), p. 71-79, 2000.
- PEREIRA, M. E. C. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VII, n. 3, p. 113-116, set/2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n3/1415-4714-rlpf-7-3-0113.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. In: *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 1996. p. 158-158.
- PITTA-HOISEL, A. M. *Sobre uma política de Saúde Mental*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de medicina - USP, 1984.
- RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. do R. (orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- ROTELLI, F. et al. A instituição inventada. *Desinstitucionalização*, v. 2, p. 89-99, 1990.
- SANTOS, G. L. G. *Sobre discursos e práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco). 2008.
- SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. In: *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 1999. p. 176-176.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *Reabilitação psicossocial no Brasil*, v. 2, pág. 13-18, 1996.
- SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. M. F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 193-198.
- SEVERO, A. K. de S. *A institucionalização da supervisão na reforma psiquiátrica brasileira: (re)produção de controle e desvios junto às equipes de saúde mental*. 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2014.
- SILVA et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, junho 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/07.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- YASUI, S. Caps: Aprendendo a perguntar In: LANCETTI, A. *Saúde Loucura*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 47-59.
- YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- YASUI, S. Apostas em uma Atenção Psicossocial menor. In: EMERICH, B. F.;ONOCKO-CAMPOS, R. (Orgs.). *Saúdeloucura 10 – tessituras da clínica: itinerário da reforma psiquiátrica*. V. 1, 1ed. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 209- 231.

Disete Devera  
E-mail:disetedevera@gmail.com

Silvio Yasui  
Universidade Estadual Paulista

---

1 De acordo com o dicionário Michaelis (2021) o termo transmutação vem do latim *transmutatio*, - *onis* e significa: (1) Ação ou efeito de transmutar(-se); transmudação, transmudamento; (2) Processo que consiste na formação de uma nova espécie por meio de uma sucessão de mutações na espécie original; (3) Transformação de um nuclídeo em outro mediante reação nuclear. Nesse sentido, utilizamos o termo para designar um processo de romper-se “enquanto totalidade, abandonando seus sujeitos-objetos disciplinados em prol da criação (PASSOS; BARROS, 2000, p.78).

2 Stella morreu em agosto de 2020. Ela fez muita falta para a minha pesquisa.

<sup>3</sup> Antes da Portaria 336/2001 houve duas experiências significativas no processo de transformação da política nacional de saúde mental. Em São Paulo (SP), o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, serviço que funcionava de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> (12h), e em Santos (SP), os Núcleo de Atenção Psicossocial, serviço que funcionava 24h00 ininterruptas.

4 Hospital psiquiátrico estadual, que em 2001 foi modificado, configurando as residências terapêuticas e o Centro de Atenção Psicossocial III – Regional.

<sup>5</sup> Entendemos o conceito de *acontecimento* como a possibilidade de emergência do novo, da singularidade, da diferença (BAREMBLITT, 2015), produzindo ruptura do instituído, precipitando movimentos instituintes.

<sup>6</sup> O conceito “cuidado de si” foi difundido por Michel Foucault em seus estudos sobre sujeito e verdade, governo de si e dos outros, a partir dos anos 1980, para se referir à história das práticas, das discursividades, dos modos de vida, condutas e à ética na relação das pessoas consigo mesmas e com os outros. A noção grega *epiméleia heautoú* e romana *cura sui* na filosofia visava a descrição dos modos de vida, de como se estabeleciam essas relações, dando forma à existência dos sujeitos e, de maneira regrada, à sua relação com o mundo e com os outros (FOUCAULT, 2010).