

## A formação do supervisor clínico-institucional: a experiência de um percurso

### *Formation of the clinical supervisor institutional: the experience of a journey*

Ronaldo Rodrigues<sup>1</sup> Pires e Maria Zilná Arrais Daniel Mendes<sup>2</sup>

#### Resumo

O presente texto apresenta uma reflexão sobre a formação do supervisor clínico-institucional. Pretendeu-se a partir de nossa experiência dissertar sobre o percurso formativo que traçamos enquanto cursistas na Escola de Supervisores Clínico-Institucional do Ceará. Discutiuse sobre nossas percepções acerca de alguns dispositivos criados pela Escola trazendo contribuições para o debate em torno da formação do supervisor clínico-institucional. Buscou-se assim contribuir com elementos de análise que permitam avanços possíveis na direção de novas experiências sobre a formação para esta função.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Formação de Recursos Humanos. Administração de Serviços de Saúde.

#### Abstract

This paper presents a reflection on the training institutional clinical supervisor. It was intended speak about our experience on the training path that traced while students in the

School of Clinical Supervisors-Institutional of Ceará. It was discussed about our perceptions of some devices created by the School bringing contributions to the debate on the formation of the clinical supervisor-institutional. We sought to contribute with elements of analysis for possible advances towards new experiences on training for this role.

**Keywords:** Mental Health. Human Resources Formation. Health Services Administration.

#### Introdução

Iniciamos este relato de experiência com a reflexão produzida a partir de uma roda de conversa realizada com a primeira turma da Escola de Supervisores Clínico-Institucional do Ceará. Um dos convidados, em sua fala de abertura sobre sua atuação enquanto supervisor trouxe de pronto uma problemática ao dizer que a supervisão não se ensina.

Com essa frase pensamos que estava posta uma questão que merecia nossa problematização sobre a formação do supervisor clínico-institucional já que falamos de uma Escola de Supervisores. Desse modo, repercutiram em nós as

---

1. Psicólogo, Mestrando em Psicologia pela UFC.

2. Assistente Social, Especialista em Gestão em Saúde UAB-ENSP/FIOCRUZ.

seguintes indagações: se a supervisão não se ensina, qual seria então a contribuição de uma Escola de Supervisores para a formação destes? De que modo esta pode contribuir para a formação do supervisor e quais as limitações que a institucionalização desta traz?

A supervisão clínico-institucional é uma atividade de apoio na produção de novas maneiras de cuidar pelas equipes de saúde. Ela se construiu principalmente a partir dos serviços substitutivos visando a qualificação dos processos de trabalho e o aumento da eficácia terapêutica destes<sup>1,2</sup>. No entanto, tem se observado que esta atividade tem se expandido para outros serviços da rede.

A relevância de se pensar uma Escola de Supervisores está situada na realidade da saúde pública brasileira. Observa-se que o Sistema Único de Saúde - SUS é um dos maiores empregadores dos profissionais de saúde no país, com a existência de cerca de 3490 cursos universitários que preparam profissionais para a área de saúde. No entanto, é notável que embora haja essa expansão das instituições formadoras, a universidade não tem conseguido, ainda, acompanhar e responder as novas demandas, dando conta de uma formação que contemple os complexos desafios postos pela prática na saúde pública<sup>3</sup>.

De acordo com Barreto<sup>4</sup> por melhor que seja a formação inicial, esta não será capaz de prever as nuances dos diferentes contextos e populações com as quais os profissionais irão se deparar. Dessa maneira a formação diante dessa constatação, se coloca como um processo de permanente construção. A formação de supervisores para os serviços de saúde proporciona então, uma contribuição para

a sistematização do trabalho a partir da partilha de experiências dos obstáculos, dos problemas e soluções encontradas na prática cotidiana pelos profissionais.

Desta forma, é clara a percepção da necessidade de formação dos trabalhadores para o SUS. Embora haja inúmeros fatores que tragam impactos sobre a baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS, a limitação qualitativa, embora também quantitativa, dos recursos humanos surge como um fator que se destaca neste contexto de consolidação e expansão dos serviços de saúde<sup>3</sup>. Assim, a existência de uma Escola de Supervisores já se mostra como uma iniciativa necessária para contribuir com a qualificação das equipes de saúde.

A ideia de uma Escola de Supervisores surgiu no I Congresso Brasileiro dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, em São Paulo, no ano de 2004 com a pretensão de ser um dispositivo de difusão e intercâmbio do ofício da supervisão. A proposta do Ministério da Saúde é de que esta seja uma iniciativa aberta e pública que promova a articulação entre os supervisores de diversas partes do Brasil<sup>1</sup>.

No Ceará, a prática da supervisão clínico-institucional já vem sendo construída por vários pioneiros no campo da saúde mental e algumas dessas experiências foram sistematizadas e publicadas<sup>5</sup>. No entanto, a formação de uma Escola de Supervisores no Ceará é algo novo que traz avanços e também desafios.

A constituição da Escola de Supervisores no Ceará se deu de forma participativa por meio de um seminário sobre supervisão clínico-institucional realizado em abril de 2011, contando com

a participação de inúmeros atores que compõem a rede de atenção psicossocial, opinando e deliberando sobre as diretrizes formativas. Dentre alguns dos objetivos propostos pela Escola estão: assegurar formação permanente de profissionais do SUS para atuar como supervisores clínico-institucional; construir características básicas para o exercício da supervisão; qualificar profissionais para o exercício da supervisão; apoiar a sistematização e metodologias de supervisão<sup>6</sup>.

A formação do supervisor clínico-institucional no âmbito da Escola se insere nessa intenção de preparação dos indivíduos para a realização desta atividade, buscando ampliar essa concepção de formação para além de uma transmissão de conhecimentos e títulos. Embora o sentido de “formar” possa ser concebido como “modelar”, “conformar” a um perfil, aceitar instruções, a formação aqui pretende ser um espaço de aperfeiçoamento de capacidades e de crescimento pessoal por meio do enriquecimento de experiências.

Sendo assim, buscamos descrever a experiência desse processo de formação sob a ótica dos discentes que aqui se apresentam como autores num processo reflexivo, de leitura crítica desta experiência.

### **O percurso formativo – alguns elementos para uma análise**

Destacaremos dessa experiência alguns elementos para sistematizar esse percurso. Entre eles, propomos tecer observações de nossa experiência sobre: a formação teórica, o grupo de reflexão sobre a prática, as vivências terapêuticas, a experiência do exercício prático da supervisão e a sistematização do

conhecimento através da escrita científica.

### **A formação teórica**

Contemplada no curso como um importante elemento na formação dos supervisores, a formação teórica se respalda na necessidade dos supervisores se apropriarem dos problemas e dos desafios do SUS, tal como propõem as diretrizes do Ministério da Saúde<sup>1</sup>. Assim, pensamos que esta dimensão da formação nos ajuda a reconhecer que nosso conhecimento é sempre finito diante de tão complexa e dinâmica realidade com a qual nos deparamos no cotidiano.

No curso, a riqueza de discussões trazidas pelos docentes, de formações diversas, abarcou temas interessantes como a prática da supervisão, o matriciamento, a dinâmica da rede de atenção psicossocial, a espiritualidade, entre outros. No entanto, percebemos ausência de uma discussão sobre o tema das drogas e o financiamento público das comunidades terapêuticas, a precarização das políticas públicas e o avanço da ideologia neoliberal no direcionamento destas, temas pertinentes à atual situação da saúde no Brasil que necessitam ser incluídos e discutidos. A ausência destes temas parece sugerir o afastamento dos profissionais de saúde das discussões e questões políticas que envolvem os rumos do nosso país e o pouco engajamento destes nessas discussões.

Embora seja uma dimensão importante na formação, Ferreira e Goyatá<sup>7</sup> advertem sobre a necessidade de cuidar para que a formação dos supervisores não seja submetida ao discurso universitário com preocupações exclusivamente burocráticas sobre exigências de avaliação de currículo e preocupada com os produtos da

prateleira do saber, os pontos no diploma, fazendo com que estes se tornem meros reprodutores de ideias e colecionadores de títulos acadêmicos.

Consideramos importante a valorização do momento de reflexão teórica para incentivar o supervisor a perceber a necessidade de basear sua prática em referências teóricas e a construir avanços no campo do conhecimento, uma vez que sua atividade pode ajudar a construir um novo saber em cada encontro com as equipes, incentivando a superar a dicotomia teoria-prática. A formação teórica ganha importância sob esta perspectiva, pois, como afirma Freire<sup>8</sup>, a leitura persistente e a crítica de textos possibilita pensar a prática para melhor praticar.

## As vivências terapêuticas

Constituíram-se em um espaço onde diferentes formas de cuidado como a Biodança, a arte-terapia, a terapia comunitária e outras formas de intervenção foram incluídas na formação dos supervisores. Essas formas de cuidado trazem estratégias grupais de convivência resgatando as dimensões da expressão corporal, dos afetos e dos sentimentos. Elas se colocam como fundamentais ao integrar essas dimensões humanas necessárias para se pensar a saúde e o cuidado.

A relevância destes momentos se dá a partir da observação de que alguns profissionais que cuidam da saúde mental da população não buscam um processo terapêutico e com frequência não reservam para si momentos de cuidado. Desse modo, a inserção das vivências colabora com o reconhecimento de que o profissional que somos se constitui na prática social e nas experiências de vida que cada um percorre em sua existência. Compreende-

se assim que não é possível separar o ser profissional do que se vem sendo como pessoa humana, pois a trajetória profissional tem a ver com nossa presença no mundo<sup>8</sup>.

Essa separação que também é vista na fragmentação da saúde humana<sup>9</sup> nas especialidades profissionais contribuíram no direcionamento do sentido da formação em saúde que algumas profissões de saúde construíram. Excluindo a dimensão humana do saber sobre a saúde, não contemplam assim, o cuidado de si e o autoconhecimento como necessários para o manejo da relação interpessoal que é entendida como uma das principais tecnologias<sup>10</sup> nos serviços de saúde.

Uma consequência dessa exclusão é que os profissionais comumente têm sido treinados para diagnosticar, propor uma terapêutica e acompanhar o desenvolvimento da doença e sua cura, mas, ao mesmo tempo, estão pouco capacitados para lidar com o sofrimento humano<sup>11</sup>.

Sendo assim, a inserção deste tipo de atividade na formação dos supervisores se dá na constatação de que não é apenas de falta de conhecimento do que padecemos, mas de percepção sobre a vida<sup>9</sup>. Tendo em vista que há uma valorização do acúmulo do conhecimento acadêmico na sociedade atual, o ser humano, muitas vezes, corre o risco de se manter alienado da sua relação consigo mesmo e com a própria vida.

Desse modo, a superação da visão do outro enquanto um simples objeto de intervenção de nosso trabalho ganha um diferencial com esse dispositivo, pois, como afirmam Gois e Ximenes<sup>12</sup>, não mais a racionalidade é o paradigma exclusivo de leitura da realidade, mas se valoriza as

formas de conhecimento que se utilizam da sensibilidade humana como ponto de partida.

No entanto, percebemos que a formação teórica ainda tem conquistado mais espaço e tempo em detrimento das vivências. Essa realidade nos mostra a necessidade de uma discussão que merece ser aprofundada sobre o lugar que as vivências ocupam na formação e sua importância, pois apontam que há ainda dificuldade de perceber a relação do cuidado pessoal e sua importância para o trabalho em saúde. A dificuldade e a resistência em participar desses processos revelam ainda uma dificuldade dos profissionais em apropriar-se de outras linguagens na aproximação e intervenção na saúde das populações que revela ainda um descuido consigo mesmo.

### **A experiência do exercício prático da supervisão**

Tendo como pressuposto a ideia de que a supervisão, de fato, não se ensina, pensamos que a experiência prática em diferentes serviços foi um dos dispositivos mais importantes pensados para a formação dos supervisores, e buscaram abranger novas possibilidades de atuação. Mesmo tendo entre os discentes do curso alguns integrantes que já tiveram experiências como supervisores, estes tiveram o desafio de supervisionar outras equipes de outros setores distintos dos quais se havia trabalhado.

Consideramos que o exercício da prática de supervisão foi essencial em nossa formação enquanto supervisores, pois foram as dificuldades, incertezas e alegrias de ocupar esse lugar que nos indicaram o caminho a ser percorrido e os desafios a serem superados.

Nossa experiência de supervisão clínico-institucional se deu em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas - CAPS AD de um município de pequeno porte do Estado do Ceará. A construção do projeto da supervisão do CAPS AD iniciou-se com a apresentação dos discentes supervisores e dos objetivos da supervisão clínico-institucional. Foram realizados cinco encontros mensais.

A receptividade da equipe propiciou a construção de um vínculo positivo entre supervisores e equipe de modo que o trabalho fluísse de maneira construtiva. Desse modo, pudemos construir o espaço da supervisão, buscando fazer desse momento, um instrumento de aprendizado coletivo pelo exercício da escuta e respeito pelo saber do outro<sup>4</sup>.

A equipe e os supervisores analisaram a conjuntura política delicada em que vivia o município devido à transição política de um novo gestor municipal e a implicação desta na precarização das relações de trabalho e funcionamento do serviço. Salientamos que estes processos precarizados de trabalho não são exclusividade deste CAPS AD, mas que fazem parte de uma realidade mais ampla em nosso país e no mundo<sup>13</sup>.

O grande gargalo evidenciado foi o fato do CAPSAD não estar habilitado e, por esse motivo, não receber recursos do Ministério da Saúde. A equipe encontrava-se num momento de fragilidade, vivenciando um querer desistir e abandonar o serviço devido ao atraso de salários e a incerteza quanto a sua permanência no serviço.

Utilizamos a escuta como instrumento de acolhida às necessidades da equipe, procurando problematizar o que poderíamos fazer junto. Assim, pensamos intervir de modo que o supervisor, como

afirma Ferreira e Goytacá<sup>7</sup>, pudesse ser mais um que sai da regra institucional, da burocracia vigente e do desânimo pela impotência das dificuldades, incitando o ânimo e o entusiasmo, buscando perceber onde existem os pontos de ruptura que produzem vida no trabalho das equipes.

Sendo assim, nosso trabalho teve como um dos principais focos o apoio aos processos de gestão do serviço. O cadastramento do serviço mobilizou o trabalho da equipe e todas as decisões foram tomadas coletivamente, pautadas em discussões e consensos. Essas discussões e recomendações seguiram a direção do que aponta Sampaio et.al<sup>5</sup> de serem colocadas em linguagem de ações buscando a operacionalização através da delegação de tarefas e responsabilidades.

Houve o compartilhamento de responsabilidades entre os próprios membros da equipe do CAPS AD num clima de solidariedade e confiança. Foram formadas comissões para falar com o gestor municipal da saúde, prefeito, Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e equipe de transição da gestão municipal. Essas comissões assumiram tarefas da gestão do CAPS AD e sentimos que, apesar de estar em jogo a permanência dos profissionais no serviço, aliou-se a este interesse, outro interesse coletivo que era a garantia do direito à saúde do usuário do serviço.

A participação dos usuários teve papel importante nos desdobramentos das recomendações feitas em supervisão, pois, alguns destes se sentindo prejudicados com a precariedade do serviço, se organizaram e foram até a uma rádio do município denunciar as condições do CAPS AD. Discutimos nos encontros de supervisão a necessidade de envolvê-los nos encontros

com os gestores e órgãos de controle social para inclui-los nas decisões do processo de cadastramento do serviço.

Percebemos assim, que a supervisão propiciou um espaço para o diálogo, a reflexão e a tomada de decisão conjunta, produzindo condições para a emergência do que Campos, denominado de efeito Paidéia<sup>14</sup>. Este efeito é a busca que por meio do exercício político dos envolvidos se produza o aumento da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos, aumentando o empoderamento dos diversos atores envolvidos no processo. Observamos que, para isso ocorrer, os profissionais precisariam modificar suas posturas quanto à gestão do CAPS AD, compartilhando responsabilidades e assumindo tarefas, antes, exclusivas da coordenação do serviço.

Outro foco de nossa prática de supervisão foi reservar um dos momentos do encontro para a formação por meio da discussão de textos e casos clínicos. A equipe sinalizou desde o início a necessidade de refletir melhor sobre sua atuação e refletir sobre a resposta oferecida para a assistência de usuários de álcool e outras drogas no município. O próprio grupo sugeriu textos para leituras e discussão, valorizando esse espaço, pois não conseguiam anteriormente dedicar tempo para estes momentos em grupo.

A experiência da prática de supervisão foi um dos momentos mais marcantes da formação. Observamos através de nossa experiência como é potente o dispositivo da supervisão como agenciador de mudanças, disparador de energia e vitalidade para a equipe. Pudemos perceber, com esta experiência, como a supervisão pode articular esse espaço de fronteira entre os três campos: da gestão, da clínica e da

formação como afirmam Ferigato e Kimati<sup>2</sup>, contribuindo com o trabalho das equipes na qualificação do cuidado em saúde.

A construção desse caminho enquanto supervisores não foi tarefa fácil, tivemos momentos de incertezas, inseguranças, fragilidades, no entanto, a união da equipe, o compromisso com a política de saúde mental, a defesa dos direitos dos usuários do SUS se constituíram potencialidades que incentivaram a luta para superar as dificuldades que surgiram neste caminho.

### **O grupo de reflexão sobre a prática**

O grupo se constitui como um espaço de criação coletiva e reflexão entre os demais discentes do curso e um facilitador das discussões do grupo. Este espaço amparou nossas intervenções e ofereceu um suporte para as dúvidas e inquietações surgidas na prática da supervisão.

No início, percebemos que, por não havermos tido experiências anteriores em supervisão, mas sim como técnicos em CAPS e na Atenção Básica, houve momentos de confusão sobre qual seria nosso papel. Nesse processo, os membros do grupo também se constituíram como tendo um papel importante, trazendo seus múltiplos olhares, contribuindo também com seus diferentes saberes e perspectivas profissionais.

Percebemos que o grupo de reflexão da prática nos ofereceu um espaço de acolhimento diante da novidade de tornar-se supervisor clínico-institucional, contribuindo muito para nossa formação.

### **A sistematização do conhecimento**

Publicizar nossa experiência e nossas reflexões são para nós um compromisso

ético e político com a socialização dos conhecimentos gerados a partir de nosso trabalho. Sendo assim, a transformação da vivência do percurso formativo e de nossa experiência prática de supervisão em conhecimento socialmente compartilhado contribui para a consideração de que nossa atividade é um processo em permanente construção e que deve buscar sempre o diálogo.

A produção de conhecimento nos ensina a perceber nossa prática cotidiana como um espaço de pesquisa, de interrogação, de indagação sobre as dificuldades para que possamos sempre aprender que, como afirma Mills<sup>15</sup>, a experiência da vida deve iluminar e ser usada no trabalho intelectual. Aprendemos assim, a reconhecer que experiência pessoal pode ser uma fonte importante de trabalho intelectual que suscita questões, que instigam respostas e colocam o fazer em constante movimento de reinventar-se e de recriar-se.

### **Considerações finais**

Ao refletir sobre o fato de que a supervisão não se ensina pudemos perceber que o questionamento trazido nos ajudou a perceber que de fato não se pode dar uma fórmula de aprendizado para esta função, pois ele se constrói a partir de várias condições e da singularidade da trajetória de cada supervisor com suas experiências de vida e seus percursos.

Reconhecemos que o exercício prático da supervisão em um serviço de saúde foi fundamental para que pudéssemos elaborar essa função de cuidado com as equipes e com a qualificação dos serviços no SUS. A contribuição da Escola de Supervisores do Ceará se deu em propiciar as condições de suporte para que esta atividade pudesse ser realizada por meio de uma formação

que integrou teoria, prática, cuidado de si e apoio do grupo de reflexão da prática. Além disso, sentimos que a formação do supervisor se dá de maneira permanente na reflexão sobre esse lugar e essa função.

Percebemos a necessidade de que a formação de supervisores possa envolver também uma formação política. Formação esta para uma visão mais crítica do contexto das políticas públicas de saúde marcadas pela precarização dos serviços e das condições de trabalho. É preciso atentar que fatores como a terceirização de profissionais, sucateamento das estruturas físicas e investimentos ainda incipientes, trazem impactos na saúde da população e são sustentados numa dimensão política de descompromisso e conflitos decorrentes das contradições presentes no SUS.

O grande desafio para a formação dos supervisores será, desse modo, o de formar supervisores comprometidos com o princípio da saúde como direito, estimulando a participação dos usuários e percebendo o contexto macroestrutural em que se produzem essas condições que interferem na efetivação de uma saúde pública de qualidade.

## Agradecimentos

Antônio Luiz da Silva e Eveline Ervedosa pela colaboração intelectual e afetiva com que revisaram este texto.

Pedro Câmara e Regina Barroso pelas reflexões e apoio nesta experiência de ser supervisor clínico institucional.

## Referências

1. Ministério da Saúde. O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS. Brasília, DF, 2007; Disponível em: [www.saude.gov.br-saudemental](http://www.saude.gov.br-saudemental).

2. Ferigato S, Dias MK. A supervisão em saúde mental: um dispositivo teórico-prático para o fortalecimento das redes em saúde mental. In: Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de formação de supervisores clínico-institucional da rede de atenção psicossocial do Ceará. Módulo I, Introdução. Fortaleza, 2012. No prelo.
3. Almeida-Filho N. Ensino superior e serviços de saúde no Brasil. *The Lancet*. 2011;377(9781):1898-1900. Recuperado em 20 de junho de 2012; Disponível em: <http://www.lancet.com/series/health-in-brazil>.
4. Barreto MR. Como organizar uma supervisão: o antes, o durante e o depois. In: Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de formação de supervisores clínico-institucional da rede de atenção psicossocial do Ceará. Módulo I, Introdução. 2012. No prelo.
5. Sampaio JJ, Guimarães JMX, Abreu LM. Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará. São Paulo: Hucitec, 2010;
6. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de formação de supervisores clínico-institucional da rede de atenção psicossocial do Ceará. Módulo I, Introdução: manual do cursista. Fortaleza, 2012;
7. Ferreira TA, Goytacá FJRA. Supervisão e o supervisor clínico-institucional: dos riscos presentes e das possibilidades. *Clinicaps*;2010(12). Disponível em: [http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_revista\\_12\\_art\\_02.html](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_12_art_02.html).
8. Freire P. Política e educação: ensaios. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001;
9. Góis CWL. Saúde comunitária: pensar e fazer. São Paulo: Hucitec, 2008;
10. Merhy EE. O ato de cuidar como um dos nós críticos "chaves" dos serviços de saúde. 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>.
11. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008;
12. Ximenes VM, Góis CWL. Psicologia comunitária: uma práxis libertadora latino-americana. In: Lacerda Júnior F, Guzzo RSL, organizador. *Psicologia e sociedade: interfaces no debate sobre a questão social*. Campinas: Alínea, 2010;
13. Aquino CAB. O Processo de precarização

laboral e a produção subjetiva: um olhar desde a psicologia social. O público e o privado. 2008;(11):169-178.

14. Campos GW. Efeito paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. Trabalho, Educação e Saúde, 2006;4(1):19-31.
15. Mills CW. Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009;

---

**Endereço para correspondência:**

Ronaldo Rodrigues Pires  
Rua das Gaivotas – 114,  
Jardim das Oliveiras, CEP 60821-160 –  
Fortaleza - Ceará  
E-mail: ronrodpires@bol.com.br