



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

KEYLA ANTUNES KIKUSHI CÂMARA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO CLÍNICO
INSTITUCIONAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL –
CAPS, NO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS/MG**

BRASÍLIA – DF

2024

KEYLA ANTUNES KIKUSHI CÂMARA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO CLÍNICO
INSTITUCIONAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL –
CAPS, NO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS/MG**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde (PPG)

BRASÍLIA – DF

2024

KEYLA ANTUNES KIKUSHI CÂMARA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO CLÍNICO
INSTITUCIONAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL –
CAPS, NO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS/MG**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde (PPG)

Aprovada em 26 de janeiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh (Presidente)
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Marcelo Pedra Martins Machado
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/Brasília

Profa. Dra. Maria do Socorro de Souza
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/Brasília

BRASÍLIA – DF

2024

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

Nise da Silveira

AGRADECIMENTOS

Essa pesquisa foi escrita pelos meus olhos, meus afetos e meus sentidos. Através das lentes, das imagens, das idas e vindas no aeroporto, rodoviárias e estradas, com minhas percepções e sentimentos, de alegrias, tristezas, solidão, angústias, euforias, com as comidas e cheiros repletos de significados, principalmente o café.... fui a viajante dessa história em companhia de várias outras, outros protagonistas.

A realização dessa viagem não teria sido possível sem a participação e colaboração de pessoas importantes da Secretaria Municipal de Saúde, Equipe do CAPS II, CAPS IJ, CAPS AD e UAA e dos usuários(as) e familiares dos serviços, que me proporcionaram a oportunidade deste relato de experiência a quem enalteço meus sinceros agradecimentos.

Agradeço aos colegas supervisores e supervisoras que compartilharam esse momento comigo e me acompanharam nessa viagem.

Como uma viagem tem chegadas e partidas, gostaria de agradecer a tantas outras pessoas maravilhosas às quais devo meus mais genuínos agradecimentos:

As minhas filhas e filho e genros: Paula, Clarissa, José, Diogo e Felipe, pela ajuda tecnológicas, paciência e por todo amor, carinho que dividimos nesses anos e por fazerem parte da viagem da minha vida.

As minhas amigas e amigos que contribuíram nos momentos relevantes, em particular: Kátia Souto, Odília Sousa, Maria José Maninha, Cláudio Barreiros, João Armando e José Alvarenga.

A minha turma de mestrado, pelas trocas, cumplicidades e parcerias compartilhadas nos seminários mesmo no formato online.

À Coordenadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, Professora Dra. Verônica Cortez Ginani, e a todo o corpo docente por contribuir na minha formação acadêmica, em especial as professoras Dra. Maria de Fátima Sousa e professora dra. Ana Valéria Mendonça, minha eterna gratidão.

Aos professores, Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur e Dr. Marcelo Pedra Martins Machado e a professora Dra. Maria do Socorro de Souza, por aceitarem ao convite para participarem da minha banca.

Por último, reservo um agradecimento a minha orientadora Prof. Dra Muna, foi um privilégio ter sido sua orientanda.

RESUMO

A pesquisa tem o objetivo de narrar a experiência de Supervisão Clínico-Institucional (SCI) vivenciada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II do Município de Sete Lagoas, Minas Gerais, com a finalidade de propor uma matriz analítica no período de 2022 a 2023. Destaca-se a importância da SCI como ferramenta de empoderamento dos trabalhadores e das trabalhadoras dos CAPS, estimulando o exercício e a autonomia crítica a partir do referencial teórico da educação permanente em saúde e da pedagogia da autonomia. A partir do relato de experiência, foi possível a construção de uma matriz analítica respaldada no percurso de um ano de SCI no CAPS II, demonstrando-se o referencial teórico utilizado, o cenário das práticas e as ações estratégicas de superação dos elementos limitadores encontrados no percurso da supervisão. Como resultado, demonstrou-se que a SCI é uma ferramenta de qualificação dos profissionais a qual proporciona e intermedeia diálogos em que as diferenças possam ser expostas e manejadas, sendo pautada na solidariedade, na ética e no respeito à dignidade e à autonomia das pessoas.

Palavras-chave: Educação Permanente; Supervisão; Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This research aims to narrate the experience of Institutional Clinical Supervision (SCI) lived at the Psychosocial Care Center – CAPS II, in the municipality of Sete Lagoas, Minas Gerais, in order to propose an analytical matrix in the period from 2022 to 2023. The importance of SCI as a tool for the empowerment of workers in Psychosocial Care Centers (CAPS) is highlighted, stimulating the exercise and critical autonomy based on the theoretical framework of Permanent Education in Health (EPS) and the Pedagogy of Autonomy. From the experience report (SR) it was possible to build an analytical matrix supported by the course of one year of institutional clinical supervision at CAPS II, where it demonstrates the theoretical framework used, the scenario of the practices and the strategic actions to overcome the limiting elements found in the course of the SCI and as a result, demonstrating that SCI is a tool for the qualification of professionals, which provides and mediates dialogues in which differences can be exposed and managed, being based on solidarity, ethics, respect for the dignity and autonomy of people.

Keywords: Continuing Education; Supervision; Psychosocial Care Center.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Roteiro para a construção do RE.....	41
Quadro 2 – Matriz SWOT	60
Quadro 3 – Matriz analítica da SCI do CAPS II	67
Quadro 4 – Temas propostos pela equipe do CAPS e material utilizado	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho e traços da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.....	21
Figura 2 – Ciclo da Política de Saúde Mental.....	29
Figura 3 – Cenário da Supervisão e suas intersecções	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência de óbitos por ano segundo a causa (Cap CID10)	49
Tabela 2 – Frequência de óbitos por ano segundo a faixa etária (OMS) devido a lesões autoprovocadas voluntariamente	50
Tabela 3 – RAPS do Estado de Minas Gerais	51
Tabela 4 – RAPS do Município de Sete Lagoas.....	53
Tabela 5 – Pontos de atenção pactuados no Plano de Ação Regional (Microrregional) da RAPS do Estado de Minas Gerais	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Análise Institucional
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Tipo II Adulto
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CGMAD	Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CISM	Comissão Intersetorial de Saúde Mental
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTU	Contrato Temporário da União
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUSAM	Fundação de Saúde Amaury de Medeiros

GBD 2019	Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2019
GHE	Global Health Estimates
GRS	Gerência Regional de Saúde
HD	Hospital-Dia
HM	Hospital Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IHME	Institute of Health Metrics and Evaluation
LA	Liberdade Assistida
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Acompanhamento Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço Integral de Proteção e Assistência à Família
PAR	Plano de Ação Regional
PD	Permanência Dia
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PESMAD	Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PR	Profissional Responsável
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade

PSE	Programa Saúde na Escola
PSMC	Programa de Saúde Mental na Comunidade
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC-Campinas	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RE	Relato de Experiência
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT	Referência Técnica/Referência Territorial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCFV	Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SCI	Supervisão Clínico-Institucional
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SP	São Paulo
SRAS	Subsecretaria de Redes de Atenção à Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUBPAS	Superintendência de Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	26
3.2 MUDANÇA DE PARADIGMA NA TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	29
3.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL	32
3.4 PERCURSOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	33
3.5 SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS E EM SETE LAGOAS-MG	37
4 METODOLOGIA	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	40
4.2 CAMPO DO ESTUDO	43
4.2.1 Perfil sociodemográfico e epidemiológico do município de Sete Lagoas-MG ...	43
5 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO	51
5.1 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA RAPS DO ESTADO DE MINAS GERAIS	51
5.2 DESENHO DA RAPS DO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS-MG.....	52
5.3 FUNCIONAMENTO DA RAPS EM SETE LAGOAS	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
6.1 PERCURSOS DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO CAPS II DE SETE LAGOAS-MG	57
6.2 O DIA A DIA DO CAPS	61
6.3 PERCURSO DOS USUÁRIOS NO CAPS II	64
6.4 MATRIZ ANALÍTICA DA SUPERVISÃO DO CAPS II	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
8 REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO - PROCESSOS DE TRABALHO - 2022	85

APÊNDICE B - PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS)	105
APÊNDICE C - FICHA DE ACOLHIMENTO INICIAL.....	108
APÊNDICE D - PROTOCOLO PARA INCLUSÃO NA PERMANÊNCIA DIA	111
APÊNDICE E - ROTINAS DE PACIENTES EM PD	113
APÊNDICE F - QUADRO DE ATIVIDADES COLETIVAS DO CAPII-Adulto “EMILIANO TELENTINO”	114
APÊNDICE G - PLANILHA DE PACIENTES PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA – ENTREGUE PARA FARMÁCIA	116
APÊNDICE H - FLUXO DE ALTA.....	117
APÊNDICE I - DIVISÃO DO TERRITÓRIO POR PR.....	118
APÊNDICE J - ESCALA MENSAL DE TRABALHO DA EQUIPE	121
APÊNDICE K - ATRIBUIÇÕES DO PR	122
APÊNDICE L – FLUXO DE ALTA DA FARMÁCIA	124
APÊNDICE M - CALENDÁRIO DE APRESENTAÇÃO DE CASOS DA SUPERVISÃO:.....	126
APÊNDICE N – FLUXO ENTRE O CAPS E HM	127
APÊNDICE O - FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS DO HOSPITAL MUNICIPAL PARA ATENDIMENTO NO CAPSII.....	129
APÊNDICE P - ATUALIZAÇÃO DA FOLHA DE EVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS: 130	
APÊNDICE Q - INFORMATIVO INTERNO DA PERMANÊNCIA DIA.....	131
APÊNDICE R - CALENDÁRIO DO GRUPO DE ESTUDOS.....	132
PREVISÃO DO CALENDÁRIO DE GRUPO DE ESTUDOS	132
APÊNDICE S - ESTRUTRA DA REUNIÃO DE EQUIPE DEFINIDA EM SUPERVISÃO CLÍNICA INSTITUCIONAL.....	133
APÊNDICE T - TEMAS PARA SUPERVISÃO CAPS II - 2022	134
APÊNDICE U - ESCALA GRUPO DE FAMÍLIA.....	137
APÊNDICE V – PREENCHIMENTO BPA-C	138
APÊNDICE X – TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	139
ANEXO A - MEMORANDO SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD Nº 534/202	140

APRESENTAÇÃO

Cecília Meireles, no seu poema “Desenho”, versa e reflete sobre a vida e, ao final, traz: “Todos os dias estarás refazendo o teu desenho./Não te fatigues logo. Tens trabalho para toda a vida./E nem para o teu sepulcro terás a medida certa./Somos sempre um pouco menos do que pensávamos./Raramente, um pouco mais” (Secchin, 2001, p.1455-56).

Este estudo se dá a partir da ligação entre o viver e o desenhar da pesquisadora, nas várias linhas e curvas no percurso de sua profissão, sempre na área da saúde mental, e com obstinação e preocupação com o cuidado ofertado às pessoas em sofrimento psíquico – pessoas que nunca tiveram seu lugar na sociedade capitalista, pessoas que sofrem por se apresentarem em desarmonia ao dito “normal,” pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade social e emocional.

No período de 1985 a 1988, a pesquisadora cursava Terapia Ocupacional na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Nesse período, iniciavam-se marcantes mobilizações e reflexões referentes à experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria, experiência que se tornou inspiradora e despertou a possibilidade de ruptura com antigos paradigmas, passando a surgir as primeiras propostas de reorientação da assistência em psiquiatria (Tenório, 2002).

Em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, que contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e dos demais segmentos representativos da sociedade (Brasil, 1988). A conferência mencionada e o II Congresso Nacional do MTSM – ocorrido em Bauru, São Paulo, com a participação de 350 trabalhadores de Saúde Mental – dão um passo adiante na história do movimento da luta antimanicomial, marcando um novo passo na luta contra a exclusão e a discriminação. Foi realizada a primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, radicalizando a luta contra a violência dos manicômios; o tema adotado foi “Por uma sociedade sem manicômios”. Criou-se então o Dia Nacional da Luta Antimanicomial – 18 de maio de 1988 (Coletivo Organizador, 2017).

No período de 1989 a 1991, a pesquisadora estava como bolsista no curso de pós-graduação – especialização em Terapia Ocupacional em Psiquiatria – no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São

Paulo (Escola Paulista de Medicina), atualmente Unifesp. Nesse período, propagaram-se graves denúncias de maus-tratos e mortes de pacientes na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP, o que deu início ao processo de intervenção na referida casa de saúde, com grande repercussão no país. Assim, demarcou-se a oportunidade da construção de novas formas de cuidado que fossem de fato substitutivas ao hospital psiquiátrico. Como especializanda, a pesquisadora acompanhava as discussões e os processos realizados durante a intervenção e todas as discussões e a mobilização dos trabalhadores em Saúde Mental.

No mesmo ano, foi apresentado ao Congresso Nacional, pelo deputado Paulo Delgado, o Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 1989).

Em 1993, a pesquisadora foi aprovada em concurso público para terapeuta ocupacional da Secretaria de Saúde de Pernambuco/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros (FUSAM-PE) e, ao tomar posse do cargo, foi lotada para trabalhar no Hospital Ulysses Pernambucano, hospital psiquiátrico público estadual inaugurado em 1883. Como terapeuta ocupacional, cabia a ela a responsabilidade por um pavilhão com 30 homens graves, sendo dividida a assistência com um médico psiquiatra e uma psicóloga, além do corpo técnico de enfermagem. Ali, ela presenciou o que de pior poderia ser oferecido no cuidado a quem sofre. Aquele não era um lugar para tratar, muito menos para trabalhar. Fortes angústias a tomavam todos os dias em que teria de ir cumprir sua função profissional. A estrutura manicomial, asilar e violenta não lhe permitia qualquer alternativa nem modificação da sua prática clínica, a não ser se conformar em oferecer escuta, acolhimento, atenção e um bom jogo de dominó.

Nesse período, foi inaugurado o Hospital-Dia (HD) Espaço Azul do Hospital Ulysses Pernambucano, experiência inovadora firmada na certeza de fazer diferente e ofertar um cuidado humanizado, em que as pessoas pudessem ir e vir todos os dias. Mesmo que o HD ainda fizesse parte da estrutura do hospital psiquiátrico, a proposta representava uma possibilidade de luta e transformação do tratamento psiquiátrico numa perspectiva psicossocial de base comunitária. Ainda não se falava em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Nordeste. O que se tinha era a experiência do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira, do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; e dos Núcleos de Acompanhamento Psicossocial (NAPS) de Santos, frutos da intervenção da Casa de Saúde Anchieta pela Prefeitura Municipal de Santos.

A pesquisadora passou a compor a equipe do Hospital-Dia Espaço Azul em 1985, cheia de esperança, acreditando ser possível uma clínica psicossocial antimanicomial. A equipe do HD optou por fazer supervisão clínico-institucional para alinhar a prática clínica e, conseqüentemente, organizar os processos de trabalho.

Em 1997, a pesquisadora assumiu a coordenação do HD e iniciou uma mobilização, com um abaixo-assinado junto à comunidade circunscrita, para a transformação do HD em uma unidade administrativa independente do hospital psiquiátrico. Essa luta era necessária para desvencilhar a clínica do HD do estigma e da prática manicomial. Foram coletadas aproximadamente 10 mil assinaturas, e, em dezembro de 1997, o governo do Estado de Pernambuco instituiu o CAPS Espaço Azul.

O ano de 1998 iniciou-se com o primeiro CAPS estadual de Pernambuco. Sem qualquer dúvida, a supervisão clínico-institucional em curso foi fundamental para a organização de todo o processo de trabalho clínico e institucional. O planejamento estratégico anual; o acompanhamento das ações e atividades pactuadas mensalmente; a elaboração do projeto terapêutico institucional; as discussões de casos clínicos e as reuniões de equipe semanais; os grupos de estudos; as assembleias mensais com usuários, familiares, trabalhadores e a comunidade; e a instituição do conselho gestor da unidade favoreceram a configuração de uma gestão democrática e participativa, compreendendo uma nova prática da clínica de atenção psicossocial.

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 10.216 foi aprovada em 6 de abril de 2001 e considerada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica uma lei progressista (Tenório, 2002).

No mesmo ano, a pesquisadora ocupou a coordenação da Política Municipal de Saúde Mental do Município de Camaragibe, em Pernambuco, situado na Região Metropolitana de Recife. Uma de suas missões era organizar o processo de desinstitucionalização de um hospital privado sob gestão municipal e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com aproximadamente 2 mil internos, a partir de denúncias relacionadas à falta de alimentação adequada, à precariedade da higiene nas instalações hospitalares, à ausência de medicamentos, a violações de direitos humanos e à alta taxa de mortalidade por causas evitáveis. Outra missão era implantar o Programa de Saúde Mental na Comunidade (PSMC), programa inovador que tinha como objetivo central “promover ações de atenção básica em saúde mental, junto aos

munícipes de Camaragibe, bem como acompanhar famílias com portadores de transtornos mentais graves ou constatação de violência que [possibilitassem] tais transtornos” (Mendonça, 2004, p. 67).

Em dezembro de 2001, a pesquisadora participou da III Conferência Nacional de Saúde Mental na qualidade de delegada do segmento de gestores. A conferência corroborou, por meio das deliberações, condensadas no relatório final, a Reforma Psiquiátrica, que se consolidava como política de estado. O papel estratégico na mudança do modelo de assistência à saúde mental era atribuído aos CAPS, determinava-se a construção de uma política aos usuários de álcool e outras drogas e estabelecia-se o controle social como garantia do avanço do cuidado psicossocial (Brasil, 2002a).

A pesquisadora promoveu a formalização do CAPS do Município de Camaragibe a partir da publicação da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe das diretrizes e normas dos CAPS, anunciando suas várias modalidades (CAPS I, II, III, Infanto-Juvenil e Álcool/Drogas). Esse importante momento dá início ao processo de transição, com a abertura de novos serviços, e acelera a estruturação de uma rede extra-hospitalar e substitutiva de atenção à saúde mental em todo o Brasil (Brasil, 2002b).

Em 2003, com o processo de desinstitucionalização em curso no município, a pesquisadora, junto com a equipe de Saúde Mental, instituiu a primeira residência terapêutica do Município de Camaragibe e os primeiros beneficiários do Programa de Volta para Casa. O programa é assegurado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas.

Em 2004, a pesquisadora participa do I Congresso Brasileiro de CAPS, convocado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde para uma ampla reunião com trabalhadores e trabalhadoras dos CAPS, coordenadores e coordenadoras de Saúde Mental, usuários e usuárias, familiares, gestores e gestoras do SUS e convidados e convidadas.

Em decorrência de deliberações do I Congresso Brasileiro de CAPS, é publicada a Portaria nº 1.174, de 7 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial e define a supervisão clínico-institucional:

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

Em 2005 e 2006, a pesquisadora passou a exercer a função de coordenação de Saúde Mental do Município do Cabo de Santo Agostinho-PE, participando efetivamente da implementação e habilitação de novos CAPS de diferentes modalidades.

Em um período de sete anos, a pesquisadora se afastou da tarefa frente à Política de Saúde Mental, retornando somente em 2013, quando assumiu o Contrato Temporário da União (CTU) no Ministério da Saúde, especificamente na Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGMAD/DAPES/SAS/MS).

Em 2015, com reflexos e a iminência do processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, a pesquisadora presenciou a exoneração do coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori Kinoshita. Ele foi substituído pelo psiquiatra Valencius Wurch, ex-diretor clínico da Clínica Dr. Eiras, o maior hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS. A nomeação atinge brutalmente o Movimento da Luta Antimanicomial, dando início a um ciclo de retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

No dia seguinte à nomeação de Valencius, a Sala 13 da Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde era tomada por trabalhadores, familiares, usuários e ativistas do Movimento da Luta Antimanicomial – inclusive centros acadêmicos e ligas estudantis –, que ocuparam a sala, acampados, por ininterruptos quatro meses. Em janeiro de 2016, aconteceu o “Loucura Brasília”; caravanas de diferentes estados foram a Brasília exigir a saída imediata do recém-nomeado coordenador. Em abril do mesmo ano, após 121 dias de ocupação, a Polícia Federal executou o mandado de reintegração de posse da Sala 13, tudo sendo registrado pelas lentes e pela memória da pesquisadora, que estava como trabalhadora da CGMAD.

A pesquisadora ficou como ponto focal no intervalo de abril de 2016 a fevereiro de 2017, quando Quirino Cordeiro Júnior foi nomeado para o cargo de coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas pela Portaria nº 434, de 10 de fevereiro de 2017.

No período de 8 a 9 de dezembro de 2017, a pesquisadora participou do “Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”, evento que reuniu mais de 2 mil pessoas, entre pacientes, familiares, profissionais, representantes de entidades da sociedade civil, dos CAPS e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no ginásio da Universidade do Sagrado Coração, em Bauru-SP.

Nos dias 11 e 12 de dezembro de 2017, a pesquisadora participou das discussões que ocorriam na Câmara Técnica de Atenção à Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e Financiamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Lá, foi debatida a revisão da normativa da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), proposta pelo Ministério da Saúde. Essa reunião é composta por técnicos representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e precede a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Foi decidido que não seria permitida “qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados”, “[reafirmando-se] o modelo assistencial de base comunitária” (Brasil, 2017a).

No dia 14 de dezembro de 2017, a CIT aprova a Resolução nº 32, que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS, com mudanças na Política de Saúde Mental, sem consulta à sociedade civil e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O presidente do CNS, Ronald dos Santos, que participava da referida reunião, não foi autorizado pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, a se manifestar.

Isso culminou na publicação da Portaria nº 3.588, que altera as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, em 21 de dezembro de 2017. A portaria atinge diretamente a RAPS, com incentivo à internação psiquiátrica em parcerias público-privadas, aumento do financiamento dos leitos, implantação de ambulatórios de psiquiatria e separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ter ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e uma abordagem proibicionista e punitivista.

A pesquisadora acompanhou de perto a reação à publicação da referida normativa pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) do CNS, que

prontamente redigiu uma recomendação sugerindo a revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a RAPS. A recomendação foi apresentada durante a 301ª Reunião Ordinária do Colegiado, realizada em 31 de janeiro de 2018, e foi aprovada no Pleno do CNS.

Diante dos fatos relacionados, o Pleno do CNS resolve *ad referendum* pela convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), homologada pela Resolução CNS nº 652, de 14 de dezembro de 2020, cuja etapa nacional será realizada em Brasília, precedida de etapas municipais e estaduais em todo o país.

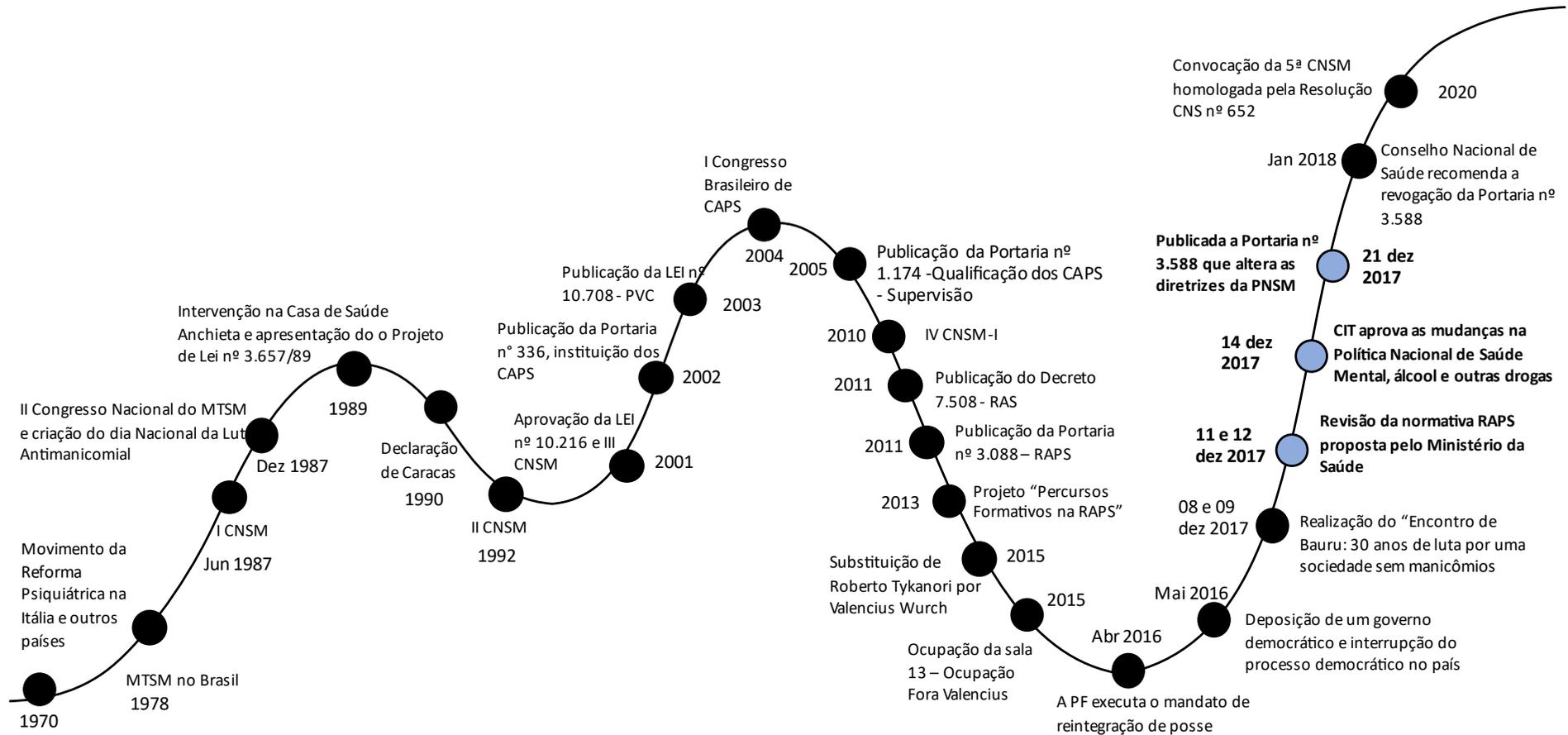
O tema da 5ª CNSM é “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da Atenção Psicossocial no SUS”. O eixo principal da conferência é “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”.

A convocação da 5ª CNSM é de suma importância para a Política Nacional de Saúde Mental, que resgata e preserva o espaço responsável pela construção e atualização participativa das políticas públicas no campo da Saúde Mental, conforme rege a legislação do SUS.

Considerando-se o que foi exposto, a Figura 1 apresenta a linha do tempo, ilustrada em forma de desenho e traços, da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, construída ao longo de cinco décadas.

Em retorno ao poema de Cecília Meireles, a mensagem valorosa é que as pessoas não devem se considerar desenhos estáticos, mas seres em constante movimento e em eterna construção. A pesquisadora vem traçando seu destino, trilhando uma prática em saúde mental nas curvas da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de forma inclusiva, equânime, plural e afetiva.

Figura 1 - Desenho e traços da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas



Fonte: Elaboração da autora (2022)

1 INTRODUÇÃO

Os retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas nos últimos seis anos, com a restrição de recursos financeiros e a supressão da qualificação profissional na RAPS, apontam para uma conjuntura preocupante em relação ao cuidado em saúde mental.

Diante desse complexo cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) registra o aumento significativo da prevalência de transtornos mentais. Antes da pandemia de covid-19, eram cerca de 970 milhões as pessoas no mundo que estavam vivendo com um transtorno mental, 82% das quais em países de baixa e média renda (WHO, 2022, p. 40, tradução da pesquisadora).

O Relatório Mundial de Saúde Mental, divulgado pela OMS (2022), evidencia que a saúde mental é essencial e sua falta afeta todos os povos do mundo. Além disso, define a saúde mental como parte intrínseca da saúde geral e do bem-estar individual e coletivo, sendo um direito humano básico. Destaca uma alta da demanda por cuidado; no entanto, aponta que as respostas são insuficientes e inadequadas, salientando dados sobre a prevalência de transtornos mentais no mundo e seu impacto para a saúde pública.

Demonstra, ainda, que uma em cada oito pessoas vive com alguma condição de saúde mental; 77% das pessoas com transtornos psicóticos não acessam os serviços, e somente 2% dos orçamentos da saúde são direcionados para a saúde mental.

Conforme os dados epidemiológicos provenientes da principal fonte internacional de dados, a WHO's Global Health Estimates (GHE) e o *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2019* (GBD 2019) do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), utilizados no Relatório Mundial de Saúde Mental:

Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, representando um em cada seis anos vividos com incapacidade. A esquizofrenia, que ocorre em aproximadamente 1 a cada 200 adultos, é a principal preocupação: em seus estados agudos, é a mais prejudicial de todas as condições de saúde. Pessoas com esquizofrenia ou outras condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, muitas vezes de doenças físicas evitáveis. (WHO, 2022, p. XV, tradução da pesquisadora)

Segundo a OMS, o cenário epidemiológico no Brasil aponta que aproximadamente 27 milhões de brasileiros apresentam algum transtorno mental, representando aproximadamente 13% da população nacional que precisa de cuidado em saúde mental (WHO, 2022, p. 99, tradução da pesquisadora). A Constituição de 1988 garante que todo cidadão brasileiro tem assegurado, por meio do SUS, o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde.

No Brasil, a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, estabelece um marco para a instituição da Política de Saúde Mental no Brasil, direcionando o cuidado em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária e garantindo a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

A partir da implantação dos CAPS, por meio da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, inicia-se a instituição de novos serviços de base territorial. Assim, acelerou-se a estruturação de uma rede extra-hospitalar e substitutiva de atenção à saúde mental em todo o Brasil, garantindo-se o processo de transição do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para o modelo substitutivo, comunitário, territorial e integral (Brasil, 2002b).

Os CAPS compõem a RAPS, particularmente no componente Atenção Psicossocial, que é entendido como ordenador do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A quantidade de CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional, no ano de 2022, era de 2.836.

Três décadas se passaram desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que visava a substituir o atendimento em hospitais psiquiátricos por serviços comunitários de base territorial. Conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹, no Brasil ainda existem 197 hospitais psiquiátricos, com um total de 20.346 leitos. Destes, 103 hospitais atendem ao SUS, com 11.926 leitos. O Estado de Minas Gerais possui um total de 13 hospitais psiquiátricos, com 1.261 leitos, mas apenas cinco hospitais atendem ao SUS, com 505 leitos. O Município de Sete Lagoas tem como referência para internações psiquiátricas um hospital estadual na cidade de Belo Horizonte, com 120 leitos.

Para que a lei seja cumprida em sua plenitude, faz-se necessário o fortalecimento da RAPS, qualificando-se os profissionais, principalmente os

¹ CNES: Competência: 02/2023.

trabalhadores dos CAPS – serviços que foram instituídos como inovação tecnológica e dispositivo estratégico para a substituição do modelo hospitalocêntrico.

Assim, esta pesquisa nasce do anseio da pesquisadora em narrar sua experiência ao aventurar-se no universo da supervisão clínico-institucional. O estudo é constituído de sete seções. A primeira apresenta os objetivos que delimitam o estudo.

A segunda traz a fundamentação teórica sobre: (i) a RPB; (ii) a constituição da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; (iii) a mudança de paradigma na transformação da atenção em saúde mental e o referencial teórico-metodológico da Supervisão Clínico-Institucional (SCI); e (iv) os percursos da institucionalização da SCI no contexto da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil.

A terceira seção dispõe sobre a metodologia, caracterizando o estudo e o campo onde foi realizada a pesquisa com a descrição do perfil sociodemográfico e epidemiológico do Município de Sete Lagoas-MG.

A seção posterior contextualiza o campo com a descrição das ações da RAPS do Estado de Minas Gerais, traçando o desenho da RAPS do Município de Sete Lagoas e desdobrando-o numa descrição do desenho da RAPS do mesmo município. Assim, a supervisão propõe uma dinâmica de aprendizado que compreenda a produção do saber centrada na conexão de diferentes conhecimentos e na prática vivencial experienciada pelo profissional, considerando a necessidade de se apropriar de um arcabouço teórico variado.

A sexta seção dedica-se aos resultados e à discussão da pesquisa, abordando o dia a dia do CAPS com o percurso do usuário no serviço, e apresenta a matriz analítica da supervisão do CAPS II.

Encerrando a pesquisa, a sétima seção traz as considerações e reflexões da experiência sobre a supervisão clínico-institucional em um CAPS II.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Narrar a experiência de supervisão clínico-institucional vivenciada no CAPS II do Município de Sete Lagoas, Minas Gerais, com a finalidade de propor uma matriz analítica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico do Município de Sete Lagoas;
2. Descrever o perfil das ações e dos serviços dos CAPS;
3. Identificar o perfil dos profissionais que compõem o CAPS II;
4. Construir uma matriz analítica para registro;
5. Apontar elementos facilitadores e dificultadores dos processos de trabalho.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A mudança na forma do cuidado centrado nos hospitais psiquiátricos para o cuidado em serviços abertos de base comunitária foi uma resposta ao movimento da RPB, que ocorreu em várias partes do mundo.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou-se nos anos 1970, com premência na Itália, devido às fortes críticas ao modelo de cuidado desenvolvido nas instituições psiquiátricas.

Esse movimento teve repercussão em vários países, especialmente no Brasil, marcado por denúncias de violência e negligência aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais (Tenório, 2002).

No Brasil, no ano de 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do Movimento Sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005b).

Esse movimento passa a protagonizar e construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais a partir de denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e hegemonia de uma rede privada de assistência, bem como denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país.

No início da década de 1980, a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria se torna inspiradora e desperta a possibilidade de ruptura com antigos paradigmas, passando a surgir as primeiras propostas de reorientação da assistência em psiquiatria (Tenório, 2002).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº 3.657/1989, que virá a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 1989).

O projeto era simples, mas possuía um alcance profundo no que tange à organização do cuidado, e era um veículo importante de intervenção na estrutura de

planejamento e financiamento da atenção à saúde mental, na época chamada “assistência psiquiátrica”. O primeiro artigo do projeto impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não manicomial de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (Tenório, 2002).

O Projeto de Lei nº 3.657/89 enfrentou muitas dificuldades no Senado, destacando-se as interferências das empresas hospitalares que se beneficiavam com as internações prolongadas e de baixíssimo custo; esse sistema era considerado na época uma “indústria da loucura”. Após 12 anos, o Senado aprovou uma alternativa muito tímida quanto à substituição asilar. O substitutivo era ambíguo quanto ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos. Na volta do texto à Câmara, conseguiu-se suprimir o artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e, finalmente, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 10.216 foi aprovada em 6 de abril de 2001, considerada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica uma lei progressista (Tenório, 2002).

A Lei Federal nº 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, garantindo o processo de transição do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para o modelo substitutivo, comunitário, territorial e integral, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Passados 50 anos do início do movimento da Reforma Psiquiátrica; 22 anos da publicação da Lei Federal nº 10.216; pactuações e compromissos internacionais; publicações de leis estaduais; a realização de quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental; regulamentações e normatizações da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com aporte financeiro; vários congressos temáticos, fóruns e seminários; vasta produção científica relacionada à eficiência, efetividade e eficácia do cuidado por meio de uma rede integrada composta por diferentes serviços para o enfrentamento às questões diversas e complexas apresentadas no campo de saúde mental, álcool e outras drogas, dentre outros importantes avanços, o

movimento permanece na arena de disputa cultural, técnica, política, econômica, de categorias e ideológica.

Apesar de todos os progressos no campo da Saúde Mental ao longo das últimas décadas, foi no período de 2010 a 2016 que se constatou o avanço institucional da política, com a instituição da RAPS e o fortalecimento do trabalho em rede intra e intersetorial; a validação da organização do SUS em Regiões de Saúde, onde a presença da Atenção Psicossocial passa a ser indispensável; o fortalecimento do protagonismo da Saúde Mental nos coletivos institucionais de planejamento; e a pactuação e publicação de Planos de Ação Regional (PAR) com garantia de financiamento. Houve, também, diferentes programas de educação permanente e o investimento no cuidado em saúde mental na lógica da transdisciplinaridade e da base territorial, com a sistematização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no cotidiano dos serviços.

Como citado anteriormente, toda política se constrói em uma arena de disputa; segundo Theodor Lowi (*apud* Souza, 2006, p. 28), “cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e [...] disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas”. A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, como política pública, não é exceção; mesmo com todos os avanços, ela ainda sofre constantes ataques e tentativas de alterações no seu princípio fundamental da substituição do cuidado, passando do modelo hospitalar para o modelo de cuidado de base territorial e comunitário.

O movimento da RPB é uma ação política inspirada na ética e ideologicamente vinculada à luta pela transformação da sociedade. Ele tem em sua origem e essência o movimento social que organizou a sua concepção, e vem discutindo, elaborando, sugerindo, enfrentando embates e disputas para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental.

A Figura 2 demonstra o ciclo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, cujo propósito foi uma construção coletiva, com a participação dos movimentos sociais, a partir de um amplo debate de trabalhadores e trabalhadoras, da sociedade civil (familiares, usuários, comunidade, associações) e de gestores públicos e privados, compondo os alicerces da sua constituição.

Figura 2 - Ciclo da Política de Saúde Mental



Fonte: Adaptado pela autora do Ciclo de Políticas Públicas (<https://caderno.medium.com/políticas-públicas-o-ciclo-das-políticas-públicas-e1eb5ffc508a>)

3.2 MUDANÇA DE PARADIGMA NA TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A inversão da lógica do cuidado centrado nos hospitais psiquiátricos para o cuidado em serviços abertos de base comunitária e em liberdade configura-se como um dos princípios éticos no campo da Saúde Mental. Assegurar a qualidade do cuidado às pessoas que nunca tiveram o seu lugar na sociedade capitalista, que sofrem por se apresentarem em desarmonia ao dito “normal” e que se encontram em situações de vulnerabilidade social e emocional é responsabilidade da aplicação da tecnologia do cuidado, com a reformulação e substituição do modelo biomédico-centrado pelo modelo biopsicossocial. É possível oferecer às pessoas que sofrem caminhos e esperanças para lidarem com os problemas, as inquietações e os sofrimentos presentes, pensando num futuro melhor; esse trabalho deve ser ajustado a cada pessoa, que participa ativamente do próprio tratamento ao longo de sua vida. Mas, para isso, é essencial que os trabalhadores e as trabalhadoras do campo da Saúde Mental estejam preparados e preparadas para a transformação e a experimentação de um novo olhar e um novo cuidado com o sofrimento psíquico. Então, é fundamental a adequação do esquema conceitual que sustenta as ações profissionais, bem como dos conceitos que são herdados culturalmente e funcionam

como crenças normativas, regulando a conduta das pessoas no dia a dia. É importante ressaltar que princípios epistemológicos influenciam as práticas ligadas ao campo da Saúde Mental, sendo indispensável percorrer alguns arcabouços teóricos para a legitimação de determinado paradigma.

É preciso que as transformações no cuidado sejam fundadas nos pilares dos direitos humanos, tenham respaldo nos instrumentos legais do SUS e contem com a participação da sociedade.

Para Amarante (2013, p. 13), “quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar as suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam os seus limites”.

Essa postura difere dos conceitos básicos da psiquiatria, que se dedicam à doença, e não ao sujeito que a experiência, ou seja, ocupam-se da doença e se esquecem de quem sofre. Assim, a depender da classe social, da idade ou do sexo, a doença pode tomar cursos específicos, com prognósticos diferenciados (Amarante, 2013).

Amarante (1996, p. 104) sintetiza a contribuição de Basaglia² em relação à crítica ao conceito de doença mental com a seguinte frase:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no “processo de cura”, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente”.

Basaglia promoveu mudanças significativas com a sugestão de “novas práticas e políticas culturais na psiquiatria e na sociedade, no lidar com a loucura e a doença mental”, trabalhando uma visão humanística da noção de “sujeito”; ou seja, sai a doença e entra o “sujeito” social e subjetivamente constituído (Amarante, 1996, p. 106).

Diante do exposto, é primordial a conceitualização de “Atenção Psicossocial”. Cabe ressaltar que o termo “psicossocial” tem a função de superar o reducionismo biomédico, questionando a cisão entre corpo e mente e a tendência de priorizar aspectos biológicos (Duarte, 1994).

² Franco Basaglia nasceu em Veneza, em 11 de março de 1924. Médico psiquiatra e estudioso da filosofia, foi precursor da reforma do sistema de saúde mental italiano.

Para Amarante (2013), o termo “Atenção Psicossocial” denomina um conjunto complexo de saberes, práticas e experiências de cuidado no campo da Saúde Mental e políticas pautadas por premissas teórico-metodológicas e éticas. O autor destaca o deslocamento conceitual do objeto: para a psiquiatria, esse objeto é a alienação, seguida da doença mental e posteriormente do transtorno mental; para a Atenção Psicossocial, é o sujeito na sua existência-sofrimento, de modo que o papel da atenção é resgatar da autonomia e a cidadania, enfrentar os preconceitos e os estigmas e concretizar um cuidado em saúde alinhado à defesa dos direitos humanos.

Com parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), a CGMAD e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio do sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), o material do curso de atualização a distância em Saúde Mental conceitua:

A Atenção Psicossocial é um campo amplo e complexo, que conjuga diversos saberes e práticas oriundos de várias áreas do conhecimento, como as Ciências, as Artes, a Filosofia e a Política, e também do plano da experiência cotidiana. As premissas ético-políticas da Atenção Psicossocial são fundamentais para nortear a produção de cuidado em Saúde Mental e Álcool e Drogas no Brasil. (UFSC, 2014a, p. 42)

Ao delimitar o conceito de “clínica” no campo da Atenção Psicossocial, Campos (2001) destaca que, ao longo da história, a clínica pode ser categorizada como

Clínica degradada: queixa-conduta, não avalia riscos, não trata a doença, trata sintomas.

[...]

Clínica tradicional: trata das doenças enquanto ontologia, na sua serialidade, o que há de comum nos casos.

[...]

Clínica ampliada: (clínica do sujeito) a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. (Campos, 2001, p. 101)

Assim, observa-se que a trajetória da clínica acompanha a constituição da própria medicina, em que o sujeito é deslocado da atenção para se focarem a doença e o corpo doente. A doença é descrita e classificada a partir dos seus sinais e sintomas; o objetivo é indicar um diagnóstico e tratá-la, num processo linear, com intervenções, buscando determinar relações de causa e efeito.

Outros campos de conhecimento contribuíram para provocar mudanças na linearidade causal simples (causa e efeito) tal como se apresenta na clínica moderna,

ao introduzirem uma complexidade maior no processo saúde-doença, para além da dimensão tão somente biológica.

O campo da Saúde Mental se relaciona com problemas complexos, cujas resoluções necessitam estar respaldadas na troca e no diálogo entre as diversas práticas clínicas, oriundas de várias profissões do campo da saúde, da educação, das ciências sociais e de vertentes filosóficas, de maneira a efetivar uma atuação inter e transdisciplinar.

A noção de clínica e dos seus processos não se limita a uma prerrogativa do trabalho médico, no viés biologicista, mas abrange uma construção coletiva, operando na lógica centrada na singularidade dos sujeitos.

Para Campos (2003), “a reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade” (Campos, 2003, p. 54). Daí o título “Clínica do Sujeito”.

3.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

Ao se fazer a revisão bibliográfica sobre o tema “supervisão clínico-institucional”, verificou-se que o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI) vem sendo bastante utilizado nas estratégias de qualificação para transformar os modos de gestão dos processos de trabalho e da clínica desenvolvidos nos CAPS.

Barros (2004) identifica três linhas de base para a instituição da AI na década de 1950 na França. A primeira é a Psicoterapia Institucional, que desenvolveu conceitos relevantes como o de analisador e o de transversalidade. A segunda linha, a Pedagogia Institucional, instituiu-se a partir das experiências da pedagogia libertária, destacando-se René Lourau e Georges Lapassade. Já a terceira linha, a Psicossociologia, desenvolveu-se no pós-guerra, quando foram implementadas técnicas de grupo desenvolvidas por pesquisadores europeus imigrantes nos Estados Unidos.

As bases teóricas da AI foram formalizadas a partir da tese de doutorado do sociólogo e professor René Lourau, com a publicação do livro *Análise institucional* em 1970 na França e em 1975 no Brasil. Assim, consolidou-se a sistematização

conceitual, congregando-se conceitos como “a transversalidade de Guattari; a implicação tomada do Direito e da Matemática; a transferência institucional e a contratransferência institucional herdada da Psicoterapia Institucional” (Rossi; Passos, 2014, p. 169).

Para Altoé, a AI tem como objetivo principal “revelar o não-dito institucional, o mal-estar existente na organização”. Ela propõe que todos os membros da equipe tenham voz, que se favoreça a circulação da palavra para que “a transversalidade institucional (os diversos pertencimentos sociais e institucionais de cada um) se atualize e permita a análise institucional” (Barros, 2004, p. 56).

Assim, com a implementação da RAPS, há de se considerar novas formas de conduzir as supervisões, ampliando a perspectiva teórico-metodológica.

Devido à complexidade e à responsabilidade pela implementação do paradigma da Atenção Psicossocial, a SCI passa a ser uma estratégia que tem a função de promover o protagonismo das equipes, fortalecendo seus processos de trabalho por meio da discussão dos casos clínicos, da construção do PTS e do apoderamento de ferramentas conceituais clínicas e das noções sócio-históricas do sofrimento psíquico, estimulando atitudes de corresponsabilidade intra e intersetorial e com os movimentos sociais. Também é sua função organizar, articular e potencializar a RAPS de forma transversal e implicada. Isso consiste na dimensão ético-clínico-política do paradigma da Atenção Psicossocial que fundamenta a Política Nacional de Saúde Mental.

3.4 PERCURSOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICO- INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Como desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, de 6 a 10 de dezembro de 1987, com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e dos demais segmentos representativos da sociedade. A conferência foi estruturada segundo três temas básicos: (I) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; (II) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e (III) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (Brasil, 1988).

O relatório final da citada conferência aponta que um dos objetivos a serem alcançados é o desenvolvimento de recursos humanos, bem como a criação da supervisão e de mecanismos de avaliação da Política de Saúde Mental:

8 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Promover uma nova política de recursos humanos voltada para a formação técnico-profissional em saúde mental, composição de equipe multiprofissional e educação continuada, em vista das propostas de reorientação da saúde mental.

9 – SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

Criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional. (Brasil, 1988, p. 40)

Em dezembro de 1992, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, construída pela mobilização de milhares de pessoas, diferentes atores sociais e setores sociais, políticos e culturais nas conferências municipais, regionais e estaduais, culminando em um amplo processo de participação e debate. Esse processo foi conquistado por meio do trabalho de 500 delegados eleitos nos eventos estaduais, com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços (Brasil, 1994).

Em seu relatório final, no capítulo 7 – “Dos Trabalhadores de Saúde, da Organização do Trabalho e da Pesquisa” –, a supervisão é referenciada:

Garantir [...] supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho.

Avançar no processo de organização dos trabalhadores nos seus locais de atuação, com vistas ao desenvolvimento de ações adequadas ao interesse e organização dos usuários. (Brasil, 1994, p. 20-21)

A III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada após a promulgação da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sua etapa nacional acontece em dezembro de 2001, com a participação de 1.480 inscritos regulares, aos quais se somam cerca de 220 pessoas que transitam pelas atividades, totalizando a cifra geral de 1.700 participantes.

A citada conferência corrobora, por meio das deliberações – condensadas no relatório final –, a Reforma Psiquiátrica, que se consolida como política de estado. É atribuído papel estratégico aos CAPS na mudança do modelo de assistência à saúde mental, bem como a construção de uma política aos usuários de álcool e outras

drogas; além disso, o controle social é estabelecido como a garantia do avanço do cuidado psicossocial (Brasil, 2002a).

No relatório final, o tema II aborda a temática de recursos humanos:

A construção e consolidação de uma política de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, integrada nos planos municipal, estadual e federal, e que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão. Para isso, ela deve garantir: a capacitação e qualificação continuadas, através da criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação, e a transformação dos processos de trabalho visando a superação das formas verticalizadas de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles. (Brasil, 2002a, p. 67)

Em âmbito federal, os primeiros serviços substitutivos surgem a partir da publicação da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe das diretrizes e normas dos CAPS, informando as várias modalidades (CAPS I, II, III, Infanto-Juvenil e Álcool/Drogas). Assim, impulsiona-se o início do processo de transição, com a abertura de novos serviços, e acelera-se a estruturação de uma rede extra-hospitalar e substitutiva de atenção à saúde mental em todo o Brasil (Brasil, 2002b).

No período de 28 de junho a 1º de julho de 2004, é realizado o Congresso Brasileiro de CAPS, convocado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde com vistas a uma ampla reunião com os trabalhadores e as trabalhadoras dos CAPS, os coordenadores e as coordenadoras de Saúde Mental, usuários e usuárias, familiares, gestores e gestoras do SUS e convidados e convidadas. Considerando que os CAPS foram instituídos como uma inovação tecnológica e um dispositivo estratégico para a substituição do modelo hospitalocêntrico, o congresso teve como finalidade a troca de experiências, o “debate de ideias, conceitos e visões sobre o campo da saúde mental inserido no mundo da saúde coletiva” (Brasil, 2004).

Em decorrência de deliberações do I Congresso Brasileiro de CAPS, é publicada a Portaria nº 1.174, de 7 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro

emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial e define a supervisão clínico-institucional:

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

Frente a esse cenário, foi aprovada a proposta de um mecanismo de formação continuada de supervisores de CAPS – o Projeto Escola de Supervisores, como aponta o Relatório de Gestão 2003-2006 da Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Brasil, 2007a, p. 44).

No período de janeiro de 2006 a agosto de 2007, a referida portaria financiou 80 projetos de supervisão clínico-institucional para qualificação dos CAPS, segundo o informativo Saúde Mental em Dados de 2007 (Brasil, 2007b, p. 10).

Em dezembro de 2007, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, no documento “O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS”, apresenta sete características comuns para profissionais de formações teóricas e práticas diversas em vista do manejo da supervisão (Brasil, 2007c).

Com a expansão de serviços de Saúde Mental entre 2007 e 2010, é retomada a discussão das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais. Como definem Scafuto, Saraceno e Delgado (2018, p. 354), as escolas “tinham o objetivo de promover o debate e a avaliação contínua da estratégia de supervisão clínico-institucional, para potencializar a atuação dos supervisores já atuantes e promover a formação de um quadro de supervisores”. Assim, no ano de 2010, foram financiados 15 projetos de Escolas de Supervisores pelo Ministério da Saúde.

Conforme consta no Relatório de Gestão 2011-2015, intitulado “Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial”, a CGMAD dá continuidade ao fomento de projetos das Escolas de Supervisores e de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional iniciados nos anos anteriores, publicando a VIII Chamada Pública para a seleção de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional e, assim, beneficiando 98 projetos em todo o país. Em 2012, é lançada a I Chamada para Refinanciamento de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de

Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais, com o objetivo de financiar a continuidade de projetos com boa execução nos territórios. Resultam dessa seleção repasses de incentivos para a continuidade de 28 projetos de supervisão clínico-institucional e três Escolas de Supervisão (Brasil, 2016).

Como proposta para viabilizar a implementação de um processo de qualificação abrangente e horizontalizado nos territórios, foi lançado pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em 2013, o Projeto Percursos Formativos na RAPS, projeto de educação permanente voltado aos profissionais que compõem a RAPS, compreendendo quatro ações distintas: (a) intercâmbio profissional entre RAPS; (b) oficinas de integração do processo de trabalho em rede; (c) desenvolvimento e execução de um plano de educação permanente; e (d) circulação de saberes e experiências por meio da mediação de um profissional (chamado de “componente de engrenagens da educação permanente”) (Brasil, 2016).

3.5 SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS E EM SETE LAGOAS-MG

Com a implementação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PESMAD, 2016), destaca-se a diretriz que compreende a implantação e implementação de um programa de educação permanente para trabalhadores de nível médio e superior, gestores, usuários de Saúde Mental e representantes dos órgãos de controle social. A ação da referida diretriz prevê a construção de uma política de supervisão clínico-institucional para a RAPS.

No ano de 2020, o Estado de Minas Gerais publica a Resolução SES/MG nº 7.168, de 20 de julho de 2020, respaldada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.192, de 20 de julho de 2020, que

Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, nos termos que menciona. (Minas Gerais, 2020b)

De acordo com a Resolução SES/MG nº 7.168, seriam contemplados 383 CAPS, totalizando um montante financeiro de R\$ 38.300.000. A Diretoria de Saúde

Mental, Álcool e Outras Drogas repassaria orientações aos municípios, com informações de prazos para envio e aprovação dos planos de aplicação dos recursos financeiros, que deveriam conter as ações planejadas e o cronograma de execução das supervisões clínico-institucionais, pelo Memorando SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD nº 534/2020 (Anexo A).

O Município de Sete Lagoas elabora, envia ao estado de Minas Gerais e tem seu plano de aplicação de recurso aprovado pela Unidade Regional de Saúde de Sete Lagoas. É então divulgado o Edital do Processo Licitatório 139, Inexigibilidade 12, cujo objeto é a contratação de serviços de supervisão clínico-institucional como apoio técnico e no desenvolvimento de ações junto ao Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II) pertencente às redes assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde.

O termo de referência que compõe o edital licitatório estabelece que

A supervisão clínico-institucional é um dispositivo de formação permanente que deve sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe, facilitar o diálogo para que as diferentes questões possam ser expostas, os casos e as situações sejam manejados com seus desafios e surpresas inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial. O objetivo do supervisor é realizar ações para o fortalecimento da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, instituída pela Resolução SES/MG nº 5.461, de 19 de outubro de 2016, aprovada em CIB e pelo Conselho Estadual de Saúde, em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A supervisão tem como premissa atuar de forma a sustentar a proposta de uma gestão compartilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo. Dessa forma, deve ocorrer a integração da equipe visando possibilitar a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, a partir do cuidado no território e respeitando a autonomia dos usuários. (Sete Lagoas, 2021)

E define as atividades a serem desenvolvidas pelo supervisor clínico-institucional, tais como

I – suporte à equipe técnica do serviço;
II – discutir e apoiar a construção do projeto institucional do serviço, projetos terapêuticos individuais dos usuários e de gestão do CAPS;
III – executar e realizar ações de cuidado no território na perspectiva da redução de danos que possam estimular a autonomia e protagonismo dos usuários;
IV – fomentar a criação de espaços coletivos para discussão da política e cuidado ofertado, como assembleia de usuários, reuniões semanais entre a equipe e matriciamento com outros serviços da rede; e
V – discutir, apoiar, fomentar e executar outras ações relevantes para a qualidade da atenção realizada. (Sete Lagoas, 2021)

A pesquisadora participa do processo licitatório e tem êxito na inexigibilidade, iniciando a supervisão clínico-institucional em fevereiro de 2022 no CAPS II – Unidade de Saúde Mental Emiliano Tolentino, CNES: 212747, situado na rua Amazonas, 434, Boa Vista, município de Sete Lagoas-MG, com duração de quatro horas semanais por um período de um ano, conforme estabelecido no Contrato Administrativo nº 093/2021.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo consiste num Relato de Experiência (RE) ancorado na supervisão clínico-institucional realizada no CAPS II – Unidade de Saúde Mental Emiliano Tolentino, CNES: 212747, no município de Sete Lagoas-MG, de 2022 a 2023, com a frequência de quatro horas semanais em regime presencial, conforme estabelecido no Contrato Administrativo nº 093/2021. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que visa a gerar reflexões e uma proposta conceitual e metodológica da sua aplicabilidade na prática das supervisões clínico-institucionais nos CAPS.

Para Daltro e Faria (2019, p. 231), o RE, como método de pesquisa, “é construído pela presença de elementos teóricos, contextuais, históricos, políticos e críticos, esses atrelados à certeza de que a forma de contar diz sobre quem conta, marca identitária nesse processo de construção narrativa”.

Para Lüdke e Cruz (2010), o RE não é meramente um relato de pesquisa acadêmica, mas deve ser destacado como um registro de experiências vivenciadas.

Mussi, Flores e Almeida (2021, p. 65) propõem o RE como abordagem metodológica e conceitual importante na construção de conhecimento científico. Para eles, o RE é

[...] um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), cuja característica principal é a descrição da intervenção. Na construção do estudo é relevante conter embasamento científico e reflexão crítica.

Assim, os autores consideram que o “RE em contexto acadêmico pretende, além da descrição da experiência vivida (experiência próxima), a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante)” (Mussi; Flores; Almeida, 2021, p. 64).

A opção pelo RE parte da necessidade da pesquisadora em compartilhar e narrar sua vivência enquanto supervisora, no sentido de contribuir e oportunizar discussões e reflexões por meio de uma matriz analítica, visando à qualificação dos

profissionais dos CAPS e dos processos de trabalho. Além disso, busca evidenciar a significância da supervisão clínico-institucional em serviços de saúde mental.

Para Daltro e Faria (2019, p. 226) o RE pressupõe um “trabalho de concatenação e memória, a elaboração de um acontecido como vê seu relator, invocando suas competências reflexivas e associativas, bem como suas crenças e posições de sujeito no mundo”. A pesquisadora utilizará, como auxílio para o estudo, anotações em formato de relatórios, atas das supervisões, materiais elaborados pela equipe do CAPS e diários de campo.

Por fim, para Daltro e Faria (2019, p. 235), o RE “Configura-se como narrativa que, simultaneamente, circunscreve experiência, lugar de fala e seu tempo histórico, tudo isso articulado a um robusto arcabouço teórico, legitimador da experiência enquanto fenômeno científico”. Para tanto, será aplicada como orientador e organizador, para a construção da presente pesquisa de RE, a sugestão de roteiro apresentada por Mussi, Flores e Almeida (2021), apresentada no quadro abaixo. (Quadro 1).

Quadro 1 – Roteiro para a construção do RE

Seção do artigo	Elementos da seção	Pergunta facilitadora para a descrição	Tipos de categoria (descrição)
Introdução	1. Campo teórico	Quais são os conceitos-chaves do tema?	Referenciada
		Qual a importância deste relato?	
		Por que escrever este relato?	
		Adveio de qual problema?	
	2. Objetivo	Qual o objetivo deste relato?	Informativa
Materiais e métodos/proce-	3. Período temporal	Quando (data)? Quanto tempo (horas, dias ou meses)?	Informativa

dimentos metodológicos	4. Descrição do local	Quais são as características do local e onde ele fica situado geograficamente (cidade, estado e país)?	Informativa
	5. Eixo da experiência	Do que trata a experiência?	Informativa
	6. Caracterização da atividade relatada	Como a atividade foi desenvolvida?	Informativa
	7. Tipo de vivência	Qual foi o tipo de intervenção realizada?	Informativa
	8. Público da ação interventiva	Qual o perfil ou característica destas pessoas?	Informativa
	9. Recursos	O que foi usado como material na intervenção?	Informativa
	10. Ação	O que foi feito? E como foi feito?	Referenciada
	11. Instrumentos	Quais foram as formas e os materiais utilizados para coletar as informações?	Referenciada
	12. Critérios de análise	Como ocorrerá a análise das informações obtidas?	Referenciada
	13. Eticidade	De quais formas houve o cuidado ético?	Informativa
Resultados	14. Resultados	Quais foram os resultados advindos da experiência? Quais foram as principais experiências vivenciadas?	Informativa
Discussão	15. Diálogo entre o relato e a literatura	Quem (na literatura) pode dialogar com as informações do relato?	Dialogada
	16. Comentário acerca das informações do relato	Quais nexos complementares podem ser feitos com os dados da experiência?	Dialogada

	17. Análise das informações do RE	Quais reflexões críticas o texto faz? Como os resultados desta experiência podem ser explicados por outros estudos (artigos, outros RE etc.)?	Crítica
	18. Dificuldades	Quais foram os aspectos que dificultaram o processo (limitações)? O que foi feito perante essas limitações?	Informativa
	19. Potencialidades	Quais foram os aspectos que potencializaram o processo?	Informativa
Considerações finais ou conclusão	20. Finalidade	O intuito do relato foi alcançado?	Informativa
	21. Proposições	Além do que foi realizado, o que mais poderia ser feito?	Informativa
Referência	22. Citação	Quais estudos foram usados para a construção do RE?	Informativa

Fonte: Mussi, Flores e Almeida (2021)

4.2 CAMPO DO ESTUDO

4.2.1 Perfil sociodemográfico e epidemiológico do município de Sete Lagoas-MG

Sete Lagoas é um município do Estado de Minas Gerais. Possui área territorial de 536,928 km² (IBGE, 2023). Localiza-se a aproximadamente 72 quilômetros da capital de Minas Gerais, Belo Horizonte. Sua economia é centrada na agricultura, na pecuária, no comércio e na indústria, destacando-se seu polo siderúrgico como uma das principais fontes de geração de emprego e renda para a população do município. Assim, Sete Lagoas constitui-se como grande polo industrial da região.

Com população estimada de 227.397 pessoas (IBGE, 2023), é o município mais populoso de sua microrregião, sendo que 98% da população vive em área urbana (Sala de Situação Municipal. Secretaria de Estado de Saúde (<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sala-de-situacao-municipal/>)).

Apresenta 93.9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 71.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 8.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 37 de 853, 323 de 853 e 602 de 853, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 257 de 5570, 3010 de 5570 e 2941 de 5570, respectivamente. (IBGE, 2023)

Observa-se uma predominância de concentração de pessoas na faixa etária entre 20 e 50 anos, ou seja, parcela economicamente ativa e que ajuda com a força de trabalho (<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sala-de-situacao-municipal/>).

Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 era de 0,760, sendo considerado pertencente à faixa de desenvolvimento humano alto (IBGE, 2023). Destaca-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado de Minas Gerais no mesmo ano foi de 0,731 (<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sala-de-situacao-municipal/>).

Em 2020, o salário médio mensal dos sete-lagoanos foi de 2.3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 27.8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 63 de 853 e 66 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 887 de 5570 e 652 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 32.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 683 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 4260 de 5570 dentre as cidades do Brasil. (IBGE, 2023)

Sua rede de educação é composta por 78 estabelecimentos de ensino fundamental e 42 de ensino médio; o município é responsável por 53 escolas públicas (IBGE, 2023).

Verifica-se, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade em 2010 foi de 98%. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública correspondeu a 5,8 em 2021, e o dos anos finais do ensino fundamental da rede pública alcançou 5,1, atingindo de forma satisfatória a média nacional prevista para 2021, que foi de 5,8 (Brasil, 2021)³.

Quanto à escolaridade da população adulta, em 2010, 4,91% dos munícipes de 25 anos ou mais eram analfabetos; 41% tinham ensino fundamental incompleto;

³ Nota informativa do IDEB 2021

16,2% tinham ensino fundamental completo e médio incompleto; 26,29% tinham ensino médio completo e superior incompleto; e 11,61% tinham ensino superior completo (Sete Lagoas, 2022).

O Município de Sete Lagoas possui quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). A principal atividade desses centros é o Serviço Integral de Proteção e Assistência à Família (PAIF), que compreende o trabalho social contínuo com as famílias, a fim de fortalecer seu papel protetor, por meio de trabalho preventivo, prevenindo a quebra de vínculos, promovendo o acesso e a garantia dos direitos e melhorando a qualidade de vida. Tais centros oferecem também Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); o Programa Bolsa Família; o Cadastro Único para Programas Sociais; e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Conta também com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), “cuja função é atender famílias e pessoas em condição de risco social, assim como cidadãos que tiveram seus direitos básicos violados”(Assistência Social, s.d), promovendo ações para comedir os impactos já causados à população. Tal centro atua no “atendimento de pessoas que sofreram algum tipo de violência física, psicológica ou sexual. Além disso, [...] também presta auxílio a indivíduos em condição de ameaça, abandono, negligência, discriminação social e maus tratos”(Assistência Social, s.d). Oferece Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida (LA); Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos e Suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; e Serviço de Encaminhamento de Sentenciados em Cumprimento de Prestação de Serviços à Comunidade, em parceria com o Juizado da Segunda Vara Criminal de Sete Lagoas.

Conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) (2020), o Município de Sete Lagoas compõe a Macrorregião de Saúde Centro (Belo Horizonte/Sete Lagoas), composta pela Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS-Belo Horizonte), pela Superintendência Regional de Saúde de Sete Lagoas (SRS-Sete Lagoas) e pela Gerência Regional de Saúde de Itabira (GRS-Itabira). A SRS-Sete Lagoas é constituída por 35 municípios, sendo 11

na Microrregião Curvelo e 24 na Microrregião de Sete Lagoas, totalizando 455.727 da população estimada IBGE/TCU 2018. (Minas Gerais, 2019)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Município de Sete Lagoas são compostas pela Atenção Primária e pela Atenção Secundária.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Sete Lagoas, a Atenção Primária é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da RAS, tendo como função

[...] coordenar o cuidado a partir de um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Sete Lagoas, 2022, p. 23)

A Rede de Atenção Primária é constituída por 54 Estratégia Saúde da Família (ESF) e 8 centros de saúde, correspondendo a uma cobertura de 84,75% pela Atenção Básica. Dispõe de 25 equipes de Saúde Bucal, representando 39,38% de cobertura populacional; um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), com atendimento especializado de odontopediatria, endodontia, periodontia, cirurgias bucais, pacientes especiais e prótese; e três Academias da Saúde (Sete Lagoas, 2022, p. 23).

Com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) passam a ser denominados como “Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica” (NASF-AB), desconsiderando a noção de “apoio” e ampliando sua abrangência às unidades básicas tradicionais.

Em Sete Lagoas, os NASF-AB estão dispostos em sete centros de Saúde nos quais dispõem de profissionais de saúde mental, sendo 20 psicólogos e 9 assistentes sociais na Atenção Primária (NASF e centros de saúde).

As equipes multidisciplinares da Atenção Primária ofertam como prática integrativa a técnica de auriculoterapia, bem como realizam abordagens individuais e coletivas de prevenção e controle dos agravos nutricionais e a promoção de uma alimentação adequada e saudável, com a adoção de práticas acessíveis – por exemplo, a confecção e utilização de recursos como a horta comunitária.

Outra estratégia importante realizada pelo município é a participação de 50 escolas no Programa Saúde na Escola (PSE), que integra e articula ações entre a

escola e a Rede Básica de Saúde para promover saúde e educação integral. Atualmente, o município possui um total de 46 equipes pactuadas com 34.403 educandos – destes, 1.082 em creche; 2.597 na pré-escola; 21.345 no ensino fundamental; 6.412 no ensino médio; e 2.967 na Educação de Jovens e Adultos (EJA) (Sete Lagoas, 2022, p. 28).

A Rede de Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Terciária, e é historicamente interpretada como responsável por procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (Sete Lagoas, 2022, p. 28).

Integram a Atenção Secundária as Farmácias Básicas; o Atendimento Saúde Mental; as Unidades de Procedimentos/Consultas Especializadas; o Atendimento Saúde Auditiva; Laboratórios; Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência; Vigilância em Saúde; e Serviços Complementares.

No que se refere à Saúde Mental, para atender a população, Sete Lagoas possui um CAPS II Adulto, um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que funcionam nos dias úteis das 7h às 17h; e uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), em funcionamento 24 horas, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares. Essas unidades realizam atendimento aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, bem como a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral e aqueles decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas (Sete Lagoas, 2022, p. 28).

Integra a rede um hospital geral municipal, com 126 leitos para o SUS e atendimento de urgência e emergência; 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável pela regulação médica dos atendimentos de urgência, pelo atendimento móvel de urgência de Sete Lagoas, por atendimentos em rodovias e pela transferência de pacientes de Sete Lagoas para Belo Horizonte, em aeronaves, em parceria com a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros.

Conforme o Plano Municipal de Saúde (2022), a morbidade hospitalar corresponde a 18,9% do total da população residente no município – excluindo-se a gravidez, o parto e o puerpério –, tendo como causas mais frequentes lesões,

envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, com 14,3%, seguidas de doenças do aparelho circulatório, doenças digestivas e doenças do aparelho respiratório.

No ano de 2021, as doenças infecciosas e parasitárias, que incluem as morbidades por covid-19, agravaram em média 60%, quando comparadas suas taxas às dos anos anteriores. O total de internações do referido período foi de 1.756, sendo que em 2020 foram realizadas 1.390; provavelmente, o aumento está ligado à pandemia de covid-19.

Observa-se ainda que o aumento da população idosa e da expectativa de vida vêm favorecendo a ascensão das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias) e de causas externas que implicam diretamente a necessidade de organização dos serviços de Atenção Básica.

Conforme a Tabela 1, nos períodos de 2017 a 2021, as causas mais frequentes de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório, com 24,14%; as neoplasias (tumores) com 17,5%; e as doenças infecciosas e parasitárias, com 12,8%. Estas últimas doenças alcançaram o terceiro lugar em função do covid-19; em 2021, a frequência aumentou em aproximadamente 723%, quando comparada à frequência de 2019. Os transtornos mentais são responsáveis por 2,27% dos óbitos.

Tabela 1 – Frequência de óbitos por ano segundo a causa (Cap CID10)

Causa (Cap CID10)	2017	2018	2019	2020	2021	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	74	74	84	152	608	992
II. Neoplasias (tumores)	262	282	247	289	274	1354
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	5	5	8	7	10	35
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	68	66	77	106	95	412
V. Transtornos mentais e comportamentais	16	32	30	49	49	176
VI. Doenças do sistema nervoso	37	39	66	57	55	254
VII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	1	1	2
VIII. Doenças do aparelho circulatório	317	354	357	395	442	1865
IX. Doenças do aparelho respiratório	142	133	150	142	115	682
X. Doenças do aparelho digestivo	67	74	83	75	102	401
XI. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	10	14	9	9	55
XII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	7	7	24	14	10	62
XIII. Doenças do aparelho geniturinário	41	45	60	46	62	254
XIV. Gravidez, parto e puerpério	1	2	0	0	4	7
XV. Algumas afecções originadas no período perinatal	21	25	23	12	16	97
XVI. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	10	6	13	10	7	46
XVII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	153	106	67	8	15	349
XVIII. Causas externas de morbidade e mortalidade	147	125	122	143	145	682
Total	1381	1385	1425	1515	2019	7725

Fonte: DATASUS. TabWin (acesso em: 20 abr. 2023)

As lesões autoprovocadas voluntariamente, no mesmo período, corresponderam a 1,21% do total observado; a frequência maior de óbitos se deu na faixa etária de 35 a 54 anos, como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Frequência de óbitos por ano segundo a faixa etária (OMS) devido a lesões autoprovocadas voluntariamente

Faixa etária OMS	2017	2018	2019	2020	2021	Total
15-24a	5	3	0	2	5	15
25-34a	4	4	6	5	4	23
35-44a	3	6	4	4	5	22
45-54a	5	5	2	4	3	19
55-64a	0	3	0	1	0	4
65-74a	1	1	3	2	0	7
75 e +	0	1	0	1	1	3
Ignorado	0	0	0	1	0	1
Total	18	23	15	20	18	94

Fonte: DATASUS. TabWin (acesso em: 20 abr. 2023)

5 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO

5.1 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA RAPS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (gestão 2015-2018) aprimorou o plano de ação com o intuito de implementar e efetivar a RAPS em Minas Gerais. Levantou-se que a RAPS, em 2016, correspondia aos pontos de atenção dispostos conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – RAPS do Estado de Minas Gerais

Componentes	Ponto de atenção	Situação	Quant.	Total
Atenção Psicossocial	CAPS	Habilitados pelo MS	270	332
		Sem habilitação	62	
Atenção Hospitalar	Leitos de Referência em Saúde Mental	Habilitados pelo MS	217	294
		Sem habilitação	77	
Estratégias de Desinstitucionalização	SRT	Habilitados pelo MS	77	109
		Sem habilitação	32	
Atenção Básica em Saúde	Centro de Convivência	Em funcionamento com recursos exclusivos do município	36	21
	Consultório na Rua	Em funcionamento	15	
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento	Adulto	2	6
		Infanto-juvenil	4	

Fonte: Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Minas Gerais (2016)

O Estado de Minas Gerais optou por investir na implementação da PESMAD de Minas Gerais, normatizada pela Resolução SES/MG nº 5.461/2016. A PESMAD estabelece, como objetivo geral,

Formular, apoiar e induzir a implantação e implementação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Estado de Minas Gerais, em

consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. (Minas Gerais, 20)

Assim, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas elabora um documento com as principais diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Minas Gerais, com orientações aos gestores locais das ações sobre os processos organizacionais e assistenciais dos pontos de atenção da RAPS de Minas Gerais.

O documento da PESMAD (2016) dispõe nove diretrizes e ações específicas, destacando-se fortalecer a RAPS, com ampliação dos pontos de atenção; implantar e implementar educação permanente para trabalhadores, gestores e usuários de saúde mental; fortalecer os espaços de gestão da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; criar mecanismos de monitoramento e fiscalização da política; estimular a organização de associações de usuários e familiares em Saúde Mental; priorizar o investimento de recursos financeiros para a RAPS; viabilizar ações intersetoriais em interface com a Saúde Mental e outras políticas, dentre outras ações.

5.2 DESENHO DA RAPS DO MUNICÍPIO DE SETE LAGOAS-MG

A RAPS de Sete Lagoas se organiza pelos componentes de Atenção Psicossocial Especializada, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Atenção Básica por profissionais de saúde mental que compõem os NASF.

No ano de 2018, foi repactuado o Plano de Ação da RAPS da Microrregião de Sete Lagoas (2022), aprovado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.019, de 17 de novembro de 2022, visando à “continuidade das ações de fortalecimento da RAPS, incluindo o cofinanciamento estadual”.

Financiados pelo Estado de Minas Gerais, os quatro leitos de Saúde Mental em hospital geral municipal dão cobertura e são referenciados a dez municípios; os outros pontos de atenção da RAPS são de cobertura municipal, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – RAPS do Município de Sete Lagoas

Componente	Ponto de atenção	Situação	Quant.	Municípios referenciados
Atenção Psicossocial	CAPS II	Habilitado	1	Sete Lagoas
	CAPS AD	Habilitado	1	Sete Lagoas
	CAPSi	Habilitado	1	Sete Lagoas
Atenção Hospitalar	Leito SM em HG	Habilitado e financiado pelo Estado de MG	4	Sete Lagoas, Prudente de Moraes, Funilândia, Capim Branco, Santana de Pirapama, Jequitibá, Baldim, Cachoeira da Prata, Fortuna de Minas e Inhaúma
Atenção Residencial de Caráter Transitório	UAA	Habilitado	1	Sete Lagoas

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.019, de 17 de novembro de 2022

A Tabela 5 apresenta os serviços pactuados na Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB/MG) e a ampliação da RAPS de Sete Lagoas, com a implantação de um Consultório na Rua tipo III e um Centro de Convivência e Cultura, fortalecendo o componente da Atenção Básica e a qualificação do CAPS AD para CAPS AD III, tornado um serviço 24 horas.

Tabela 5 – Pontos de atenção pactuados no Plano de Ação Regional (Microrregional) da RAPS do Estado de Minas Gerais

Componente	Ponto de atenção	Situação	Ano
Atenção Básica em Saúde	eCR III	Implantação	2023
	CCC	Implantação	2023
Atenção Psicossocial	CAPS AD III	Qualificação	2023

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.019, de 17 de novembro de 2022

5.3 FUNCIONAMENTO DA RAPS EM SETE LAGOAS

A Atenção Hospitalar é composta por quatro leitos no Hospital Municipal Monsenhor Flávio D'Amato, que dispõe de uma equipe de referência técnica em Saúde Mental em interface com os CAPS.

Segundo a pactuação regional, os quatro leitos de Saúde Mental dão cobertura a outros nove municípios, e a porta de entrada para estes é espontânea, sem regulação.

Para os munícipes de Sete Lagoas, o fluxo se dá por encaminhamento, realizado preferencialmente pela equipe técnica dos CAPS, que envia um relatório ao hospital municipal descrevendo a demanda para a internação, as prescrições realizadas pelos médicos dos CAPS, uma previsão de internação dos usuários e a data de retorno para uma nova avaliação pelo CAPS.

A internação pode acontecer em período integral ou em período noturno. No caso de internação no período da noite, os usuários necessariamente estarão em permanência-dia nos CAPS. Tais orientações podem ser informadas no relatório de encaminhamento ou em articulação com a equipe de Saúde Mental do hospital municipal.

Quando há possibilidade de alta diante de um quadro de estabilização, a alta é articulada em construção com a equipe do CAPS e a equipe de Saúde Mental do hospital municipal. No caso de usuários que ingressaram no leito de Saúde Mental do hospital sem passar pela avaliação das equipes dos CAPS, no momento da alta hospitalar esses usuários deverão ser referenciados aos CAPS para avaliação, acompanhamento ou monitoramento.

O componente da Atenção Básica é constituído por profissionais de Saúde Mental nos NASF, sendo estes 20 psicólogos e 9 assistentes sociais distribuídos em sete centros de saúde, que trabalham na lógica do apoio matricial.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é composta por uma UAA destinada ao acolhimento de pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, maiores de 18 anos, que estão em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Ela funciona 24 horas, em ambiente residencial. A definição do acolhimento na UAA é feita pelo CAPS AD, o qual é responsável pela elaboração do PTS do usuário, considerando a hierarquização do cuidado.

O componente estratégico da Atenção Psicossocial é formado por três CAPS, todos de tipo II, nas modalidades: CAPS II, que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; CAPS AD II, que atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e CAPS infantil, que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e/ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Os CAPS operam nos territórios, estes compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas como a designação

[...] das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. (Brasil, 2005b, p. 26)

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta – visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários – quanto no que se refere à ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes da Atenção Primária e articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

Além disso, os CAPS são constituídos por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar. A equipe é responsável pela ordenação do cuidado em saúde mental, garantindo o processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos por meio da ferramenta do PTS.

A UFSC (2014) define o CAPS como

[...] um serviço comunitário de base territorial, com acolhimento sem barreiras de acesso ou agendamento, que oferece cuidado às pessoas em intenso sofrimento ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. Deve ofertar apoio matricial às Equipes de Saúde da Família. Cabe também aos CAPS oferecer apoio matricial em saúde mental aos pontos de atenção às urgências, em seu território de abrangência, seja por meio de orientações sobre a história e as necessidades dos usuários já conhecidos, seja pelo acompanhamento do atendimento, se corresponsabilizando pelo cuidado em seu território de abrangência. (UFSC, 2014b, p. 15)

Sendo assim, os CAPS funcionam na lógica da inclusão social e da humanização do cuidado em busca da autonomia das pessoas, e são serviços que devem dispor de uma diversidade de abordagens para atender às complexidades e às singularidades das necessidades das pessoas nas circunstâncias de suas vidas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERCURSOS DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO CAPS II DE SETE LAGOAS-MG

Na atual conjuntura de fortalecimento da ideologia neoliberal, foram modificadas no âmbito da Saúde Mental duas normativas preciosas, resultado da subtração de direitos e do processo de desconstrução e descontinuidade das políticas públicas do SUS em curso e que impactam frontalmente a RPB:

- a) A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em consequência da publicação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, teve como marcos principais a inclusão dos hospitais psiquiátricos, dos hospitais-dia, das equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental, do financiamento das comunidades terapêuticas e da instituição do CAPS AD IV na RAPS, sua modificação resultou na redução significativa do já insuficiente financiamento público para a Saúde Mental; e
- b) A Política Nacional de Atenção Básica, com a sua revisão aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, teve como resultado o fracionamento do acesso, o rearranjo das equipes – com a reorganização dos processos de trabalho – e a relativização da cobertura universal, consequentemente fragilizando a coordenação nacional e a política;

Outro complicador importante a ser considerado foi a decretação do estado de pandemia pela OMS em 11 de março de 2020. Fato determinante na dinâmica do CAPS, essa decretação impôs desafios devido às características do serviço e à diversidade e complexidade nas abordagens do cuidado, impondo a necessidade de reorganizar os processos de trabalho e transformar os atendimentos, suspendendo a realização de atividades coletivas.

Diante desse cenário, inicia-se a supervisão clínico-institucional em um CAPS de uma cidade de grande porte⁴, desconhecendo-se completamente o que seria enfrentado, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Cenário da Supervisão e suas intersecções



Fonte: Elaboração da autora (2022)

O único elemento que a supervisora possuía era o Plano de Ação Municipal que o Estado de Minas Gerais havia aprovado para conceder o financiamento dos recursos para a realização da supervisão clínico-institucional por um período de um ano.

No primeiro contato da supervisora com a referência técnica do CAPS, foi-lhe entregue uma lista com temas a serem discutidos no percurso dos encontros da supervisão.

A supervisora identificou de pronto quatro problemas a serem transpostos: o primeiro, um certo desconforto, um mal-estar, um relacionamento interpessoal em certa medida truncado entre a equipe – situação que não era verbalizada claramente –, somado às frequentes reclamações externas ao serviço; o segundo, a dinâmica de funcionamento do CAPS, que se dava meramente de forma ambulatorial, respaldada em agendas fechadas do profissional de referência e do médico – basicamente, havia atendimentos individuais na lógica do encaminhamento à Atenção Primária à Saúde (APS) e ao Hospital Municipal (HM), com baixa frequência de atividades coletivas; o terceiro, uma grande dificuldade de articulação intrasetorial e intersetorial,

⁴ Municípios com menos de 25 mil habitantes (pequeno porte); municípios com 25 a 100 mil habitantes (médio porte); e municípios com mais de 100 mil habitantes (grande porte) (Calvo *et al.*, 2016).

principalmente com a APS e com o HM; e o quarto, a dificuldade da equipe em atender e manter pessoas em crise no CAPS, realizando-se encaminhamentos ao hospital psiquiátrico de forma rotineira.

A supervisora propôs que fossem estabelecidos acordos para o bom funcionamento da supervisão com vistas ao melhor aproveitamento dos encontros semanais:

- 1) Cumprimento dos horários de início e de finalização da supervisão;
- 2) Participação de todos os componentes da equipe (profissionais de nível superior, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e de serviços gerais), com exceção dos profissionais médicos, que não participaram devido à incompatibilidade de horários;
- 3) Divisão didática da supervisão, sendo as duas primeiras horas investidas nas discussões das temáticas apresentadas pela equipe e as duas horas posteriores reservadas à discussão de casos clínicos;
- 4) Registro e sistematização de todos os casos clínicos, conforme decisão do profissional que faria a apresentação.

Posteriormente, foi esclarecido à equipe como a supervisão chegou aos CAPS do Estado de Minas Gerais. Foi apresentada a RAPS, trazendo-se um contexto histórico da Política de Saúde Mental, da Lei nº 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica e do Decreto nº 7.508/2011 que instituiu a RAS e a RAPS com seus componentes e pontos de atenção específicos.

A equipe identificava dificuldades com a gestão municipal referentes aos fluxos e aos acordos dos processos, apontado a falta de informações, de comunicação e de pactuações intersetoriais. Destacou-se a ausência de equipamentos e serviços importantes e previstos na RAPS.

Com a escuta da equipe e a percepção de um incômodo latente nas falas – acompanhadas de uma revisita à análise institucional –, pensaram-se instrumentos a fim de ativar e favorecer um espaço para a transmissão da linguagem pela equipe. A primeira estratégia foi a realização do diagnóstico situacional, dando voz à equipe, implicando todos os profissionais e deixando visíveis os pontos fortes e os pontos fracos da equipe (ambiente interno), bem como as oportunidades e os desafios que não dependiam diretamente da equipe (ambiente externo).

Foi delimitado um local protegido da supervisão, no qual as pessoas poderiam circular a palavra sem se sentirem ameaçadas, preservando o espaço de forma cordial e com respeito umas para com as outras. Foram amarrados acordos que deveriam ser cumpridos por todos.

Outro aspecto reforçado foi a circulação da informação, fortalecendo a comunicação a fim de democratizar o poder.

Foi proposto, ainda, a realização do diagnóstico situacional do serviço. Mesmo com o plano de ação da supervisão elaborado pela gestão municipal e pactuado com o Estado de Minas Gerais, a supervisora percebeu que deveria construir um plano de ação/planejamento estratégico a partir do que seria identificado no diagnóstico situacional, favorecendo a expressão de todos os envolvidos no CAPS.

Utilizando-se a ferramenta e matriz SWOT⁵, foi realizado o diagnóstico situacional, tendo como dinâmica o preenchimento individual da matriz (Quadro 2) por cada profissional presente. Posteriormente, cada profissional apresentou suas observações, anotadas num papel *craft* visível a todos os participantes. O momento foi bastante rico em discussões e na interação da equipe. Por último, combinou-se que a supervisora sistematizaria o material, a ser retomado no próximo encontro para se desdobrar em planos de ação.

Quadro 2 – Matriz SWOT

	Contribui para estratégia do CAPS	Dificulta a estratégia do CAPS
Aspectos Internos	F: Quais são os pontos fortes	F: Quais são os pontos fracos
Aspectos externos	O: Quais são as oportunidades	A: Quais são as ameaças

Fonte: Adaptado de Chiavenato e Sapiro (2003, p. 188)

Com o diagnóstico, foi elaborado o planejamento institucional, dividido em três eixos: sistematização da atenção à saúde; mobilização social e educação permanente em saúde; e estruturação da gestão. Assim, as prioridades, as ações, os responsáveis

⁵ Criada por Kenneth Andrews e Roland Cristensen, professores da Harvard Business School, e posteriormente aplicada por inúmeros acadêmicos, a análise SWOT estuda a competitividade de uma organização segundo quatro variáveis: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças) (Rodrigues *et al.*, 2005).

e o prazo foram determinados, de acordo com os eixos, por um período de um ano, tempo previsto para o curso da supervisão (Apêndice A).

As quatro horas semanais de supervisão foram divididas em dois momentos: duas horas para a discussão de temáticas previamente definidas pela equipe, inclusive com a leitura de textos indicados pela supervisora; e duas horas para a discussão de casos clínicos, apresentados de forma sistemática, escrita e organizada pelo profissional de referência do caso.

6.2 O DIA A DIA DO CAPS

O CAPS que colaborou com o presente relato de experiência é um serviço de natureza jurídica da administração pública e gestão municipal; está habilitado pelo Ministério da Saúde na modalidade tipo II, desde fevereiro de 2006, com o nome fantasia “CAPS II Unidade de Saúde Mental Emiliano Tolentino”.

O serviço funciona de segunda a sexta das 7h às 17h, atendendo a demandas espontâneas e a encaminhamentos. Realiza acolhimento de pessoas com um intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilita viver e realizar seus projetos de vida – preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico.

A equipe multiprofissional é formada por 27 profissionais, correspondendo a três médicos; dois enfermeiros; dois técnicos de enfermagem; um farmacêutico clínico; um técnico em farmácia; dois terapeutas ocupacionais; quatro cuidadores em saúde, que atuam como oficinairos e na recepção; nove psicólogos clínicos; um assistente social; um assistente administrativo; um recepcionista; e um funcionário de serviços gerais.

A carga horária varia entre 12 e 40 horas semanais; no entanto, 77% trabalham 40 horas semanais. Destaca-se a carga horária dos médicos, que é de 12 horas semanais; assim, os médicos trabalham de terça a sexta-feira, perfazendo uma carga horária de seis horas diárias.

Do total dos profissionais, 74% são servidores estatutários e 26% são contratados por tempo determinado. Os contratados correspondem a três psicólogas, sendo que uma é a coordenadora do CAPS; uma técnica de enfermagem; uma técnica de farmácia; e os dois médicos especialistas em Saúde Mental.

O processo de trabalho no CAPS é organizado de forma que todos os profissionais de nível superior assumam a responsabilidade de ser Referência Técnica e Referência Territorial (RT) e Profissional Responsável (PR). Abaixo estão descritas as definições e as atribuições estabelecidas pela equipe.

A referência técnica é um recurso estratégico do CAPS; trata-se da recepção e porta de entrada do serviço, tendo como atribuições:

- a) Realizar o acolhimento aos usuários no turno de sua responsabilidade, visando ao estabelecimento de um vínculo terapêutico e à compreensão das demandas trazidas por eles e pelas famílias. Durante o acolhimento, deve fazer a avaliação e iniciar a elaboração do PTS do usuário, podendo tal projeto ser Permanência Dia (PD), “reescuta”, atendimento psicológico, atendimento médico emergencial ou avaliação agendada, suporte social etc.;
- b) Garantir o andamento das atividades do CAPS no seu turno de responsabilidade, dando suporte às atividades realizadas na PD;
- c) Atender às demandas externas e distribuí-las na equipe;
- d) Convocar a equipe miniequipe responsável pelo PTS, geralmente composta pelo profissional médico, profissional de enfermagem e profissional de referência, para a realização de reuniões clínicas pontuais;
- e) Fazer interlocução com os médicos do dia com transferências aos atendimentos emergenciais.

A referência territorial é um recurso dedicado a facilitar a articulação em rede entre o CAPS e os dispositivos territoriais. Os profissionais de nível superior, inclusive os médicos, são responsáveis por essa função e estão divididos nas quatro regionais: Regional Lagoa Boa Vista; Regional Lagoa Grande I; Regional Lagoa Matadouro; e Regional Lagoa Paulino, atingindo a cobertura total do município. A referência territorial participa das reuniões de matriciamento de sua área ou núcleo de referência.

O PR é o profissional de nível superior que deve acompanhar o desenvolvimento do PTS a partir da especificidade da clínica de cada usuário e família. Ele tem como tarefa a condução dos PTS, o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas entre as partes envolvidas (família, usuário e serviço) e o compartilhamento de responsabilidades. Esse recurso permite uma maior proximidade entre o usuário e o serviço, garantindo um diálogo horizontalizado das

práticas e saberes, além do fortalecimento do vínculo. Todos os usuários terão direito a, no mínimo, duas referências, sendo um PR profissional de nível superior e um psiquiatra.

O PR é definido no acolhimento do usuário, dando prioridade à divisão territorial da rede. As atribuições do PR são:

- a) Dar continuidade à elaboração do PTS (Apêndice B) do usuário sob sua responsabilidade e monitorar sua frequência no serviço; registrar em prontuário todas as informações essenciais do usuário (como regime de tratamento, dias, horários, oficinas, referências técnicas – PR e médico –, CID, comorbidades, justificativa de inserção no CAPS, contato de familiares ou responsáveis, unidade básica de saúde, dentre outros dados), além de alterações durante seu percurso no serviço; e preencher o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS);
- b) Encarregar-se de fazer a busca ativa dos usuários ausentes do serviço;
- c) Realizar oficinas terapêuticas estruturadas e não estruturadas;
- d) Organizar e facilitar o acesso do usuário ao CAPS, orientando-o sobre como utilizar o transporte do CAPS para chegar ao centro e informando-se sobre possíveis restrições ou recomendações alimentares do usuário, no caso de PD e/ou participação em oficinas;
- e) Realizar o atendimento dos usuários sob sua responsabilidade, de acordo com sua área específica de formação profissional, bem como orientar familiares, dialogar com a unidade de saúde básica na qual o usuário é atendido e fazer visitas domiciliares;
- f) Discutir os casos com o médico especialista em Saúde Mental de referência, visando ao planejamento e à evolução do tratamento do usuário;
- g) Informar à farmácia se há restrições ou observações para a liberação de medicações;
- h) Participar integralmente das reuniões semanais de equipe, levando o caso para discussão em reunião e apresentando o estudo de caso clínico dos usuários sob sua responsabilidade, quando for solicitado;
- i) Fazer encaminhamentos e contatos com a rede intersetorial e socioassistencial, sempre que necessário, e relatá-los no PTS;
- j) Avaliar junto à equipe a permanência do usuário no CAPS;

- k) Executar o preenchimento de relatórios, declarações e/ou demais documentos em conjunto com o médico especialista em Saúde Mental referência do usuário.

Se for identificada em discussão de equipe a necessidade de alteração ou substituição do PR, essa substituição deve ser realizada conforme a singularidade dos usuários e familiares. Em caso de afastamento do PR por férias ou licença médica, o acompanhamento deve ser planejado com outro profissional.

A recepção do serviço e o atendimento telefônico são realizados pela equipe administrativa. As informações são repassadas à referência técnica do turno.

6.3 PERCURSO DOS USUÁRIOS NO CAPS II

Todos os usuários, ao chegarem ao CAPS, devem ser identificados e/ou cadastrados na recepção e passar pelo acolhimento realizado pela referência técnica. Eles podem chegar por demanda espontânea ou por encaminhamento dos pontos de atenção da rede de saúde, da rede socioassistencial, de empresas locais, dentre outros.

Durante o acolhimento, devem ser avaliadas a demanda, a necessidade de acompanhamento no CAPS e a urgência do atendimento, utilizando-se a ficha de acolhimento (Apêndice C). Para a realização da anamnese, deve-se solicitar que o usuário esteja acompanhado por um familiar ou pessoa de seu convívio para contribuir ou complementar esclarecimentos específicos – ou, em caso de gravidade clínica, conceder as informações necessárias. Se necessário, o usuário poderá ser atendido pelo médico do CAPS no mesmo dia, a depender da gravidade do caso. Os casos que forem detectados como não adequados à população-alvo do serviço devem ser orientados e encaminhados a outros pontos de atenção da rede, de acordo com as ofertas do município e o fluxo estabelecido.

Identificada a necessidade e a gravidade do caso, o PTS deve iniciar o acompanhamento com a inserção do usuário em PD, conforme o protocolo de inclusão na PD (Apêndice D). Tal usuário permanecerá no CAPS de forma mais intensiva, participando das atividades de oficina, de atendimentos individuais e grupais e de assembleias, e receberá refeições durante o dia, de acordo com a rotina estabelecida pelo CAPS (Apêndices E e F).

Os usuários que estiverem em sofrimento psíquico e requererem cuidado, mas não tiverem indicação de PD conforme previsto no seu PTS, podem ser incluídos no CAPS para suporte e escutas breves, de forma individual. No caso daqueles que necessitarem de acompanhamento medicamentoso, as medicações poderão ser retiradas ou administradas no CAPS conforme prescrição médica (Apêndice G).

Uma vez que a função do CAPS é favorecer a articulação, a circulação e a inserção dos usuários em seus territórios, lugares e possibilidades, ele não deve se tornar o único lugar de circulação para o usuário. Dessa maneira, passada a fase mais aguda e/ou crítica, é necessário elaborar em equipe a transferência do cuidado/alta: o serviço deve buscar escapar do perigo de se tornar o centro da vida dos usuários. Assim, o PTS deve buscar articulação com a família, a comunidade, o território e outros pontos de atenção da rede para que se corresponsabilizem com o usuário e a equipe do CAPS no processo de alta (Apêndice H).

6.4 MATRIZ ANALÍTICA DA SUPERVISÃO DO CAPS II

A propositura deste estudo é apresentar uma matriz analítica baseada no relato e na experiência da pesquisadora durante o período de um ano de supervisão clínico-institucional no CAPS II do Município de Sete Lagoas-MG.

Como referencial teórico, foram utilizadas a dimensão epistêmica da RPB; a constituição da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; a mudança de paradigma na transformação da atenção em Saúde Mental (Atenção Psicossocial); a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; conceitos e definições da SCI; e a pedagogia da autonomia de Paulo Freire.

Foram elencados os elementos potenciais e os elementos limitadores na percepção dos profissionais do CAPS que auxiliaram na construção da matriz analítica da supervisão.

Os elementos potenciais foram:

- 1) Gestão participativa;
- 2) Equipe multidisciplinar completa;
- 3) Disponibilidade e empenho da equipe na discussão de casos e no atendimento aos usuários;
- 4) Equipe potente, criativa, receptiva, cooperativa e responsável;

- 5) Capacidade de resiliência da equipe, fazendo o possível com pouca estrutura;
- 6) Reunião de equipe semanal;
- 7) Proximidade da referência técnica do CAPS à gestão municipal;
- 8) Supervisão financiada pelo Estado de Minas Gerais;
- 9) Cursos de capacitação *on-line* oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais; e
- 10) Financiamento da reforma do CAPS.

Por sua vez, os elementos limitadores mapeados no cenário das práticas foram:

- 1) Equipe sempre na defensiva e com relações interpessoais desgastadas;
- 2) Ansiedade da equipe no manejo do usuário em crise;
- 3) Dificuldade da equipe em atuar de forma multiprofissional e sem o médico todos os dias;
- 4) Dificuldade da equipe em realizar mudanças, permanecendo no lugar da queixa;
- 5) Equipe que questiona a conduta do outro sem saber o que está acontecendo;
- 6) Falta de comprometimento e cumprimento dos combinados entre a equipe;
- 7) Indisponibilidade da equipe em dialogar fora do CAPS-RAPS e realizar visitas domiciliares e buscas ativas;
- 8) Passividade da equipe em articular o matriciamento;
- 9) Deficiência de uma política de educação permanente para os profissionais da rede de saúde municipal;
- 10) Precariedade na estrutura física do CAPS;
- 11) Escassez de materiais de consumo e de materiais permanentes;
- 12) Dificuldade na disponibilização do veículo (há somente um carro para dar cobertura aos três CAPS do município) para a realização de atividades extra CAPS.

Quadro 3 – Matriz analítica da SCI do CAPS II

Dimensão	Pressupostos teóricos	Cenário das práticas	Ações estratégicas para a superação dos elementos limitadores
Gestão do CAPS	Gestão no CAPS como uma ação ético-política, ampliando e fortalecendo os espaços democráticos de discussões, trocas e decisões coletivas e ressaltando as inter-relações da gestão dos processos de trabalho, a subjetividade e a clínica, visando à articulação da rede de saúde e da rede intersetorial e a relação da sociedade com o fenômeno da loucura.	Equipe desmotivada, desgaste nas relações interpessoais, precariedade da estrutura física do CAPS; escassez de materiais de consumo e de materiais permanentes; dificuldade na disponibilização do veículo para a realização de atividades extra CAPS.	<p>Estabelecimento de acordos de mediação de conflitos por meio do conceito de cultura de paz, privilegiando o diálogo, abandonando atitudes e ações indelicadas e respeitando a diversidade e a singularidade de cada profissional.</p> <p>Elaboração e pactuação de instrumentos e fluxos para a organização do processo de trabalho, sempre em reunião de equipe.</p> <p>Monitoramento, junto à equipe, do planejamento institucional.</p> <p>Consolidação do colegiado de gestão mensal, com a participação da referência da RAPS municipal e das referências técnicas dos três CAPS e da UAA.</p>
Atenção à Saúde	Atenção à Saúde como estratégia de organização das práticas em saúde mental, segundo os princípios e as diretrizes do SUS; e como superação da clássica dicotomia entre a assistência e	Funcionamento do CAPS prejudicado devido à pandemia de covid-19 e à suspensão das atividades coletivas. Resistência no atendimento à crise por parte da equipe, realizando-se com	Revisão de conceitos básicos da clínica psicossocial, aplicando-os na prática do dia a dia no CAPS; instituição do PTS; restabelecimento de espaços coletivos,

	<p>a prevenção, o individual e o coletivo, o modelo biomédico e o modelo de atenção psicossocial, de modo a cuidar dos indivíduos e dos grupos sociais nas suas singularidades, nas suas relações com os seus territórios e formas de vida, respeitando suas especificidades culturais e políticas.</p>	<p>frequência encaminhamentos ao HM ou ao HP, a depender do caso. Dificuldade de articulação intra e intersetorial e da realização concreta do trabalho em rede.</p>	<p>oficinas, assembleias.</p> <p>Reflexão teórica sobre o significado do matriciamento em Saúde Mental e discussão da organização territorial pela equipe do CAPS.</p> <p>Estreitamento da articulação intra e intersetorial, com destaque aos pontos de Atenção Primária e Atenção Hospitalar.</p>
<p>Educação Permanente em Saúde e Mobilização Social</p>	<p>A Educação Permanente em Saúde e a Mobilização Social referem-se ao ato de colocar as práticas do cotidiano do trabalho e os modos de vida em análise, articulados ao constante aprendizado, estimulando o exercício de autonomia e de crítica para embasar as ações profissionais e comunitárias. Ambos são uma dimensão teórico-prática no processo de qualificação da RAPS e do território.</p>	<p>Política de Saúde Mental sem visibilidade no município, falta de priorização política, visão negativa do CAPS perante os gestores municipais devido a denúncias na ouvidoria; ausência de capacitação para os profissionais do hospital geral municipal e da Atenção Primária no que se refere a saúde mental; falta de compreensão sobre a RAPS e ausência de uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no município.</p>	<p>Incentivo, junto à equipe do CAPS II, da necessidade de se manter atualizada teoricamente para qualificar suas práticas clínicas; incentivo à discussão da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas com o controle social, bem como instituição da Comissão Intersectorial de Saúde Mental para subsidiar o Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo a RAPS; trabalho de motivação da equipe para promover ações de ocupação dos espaços públicos como estratégia de combate a diferentes modos de exclusão e silenciamento da loucura,</p>

			assegurando o respeito às diferenças, às singularidades, às escolhas e aos modos de vida; instituição de iniciativas para discussões e trocas referentes à temática de saúde mental com a rede de atenção à saúde municipal.
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Em meio a tantos desafios e considerando-se o tempo limitado de um ano para a SCI, foram utilizadas estratégias específicas referentes a cada dimensão.

Na dimensão Gestão do CAPS, o clima organizacional e os relacionamentos interpessoais afetam diretamente o funcionamento do serviço; assim, a estratégia utilizada foi a reorganização dos processos de trabalho, com a instituição de reuniões de equipe semanal para a discussão das questões administrativas e clínicas e a elaboração e instituição de instrumentos e fluxos, de forma a facilitar a comunicação do dia a dia, minimizando os mal-entendidos. Os documentos elaborados foram os seguintes:

- 1) Divisão do território por PR (APÊNDICE I);
- 2) Escalas mensais de trabalho da equipe (APÊNDICE J);
- 3) Quadro de atividades coletivas (APÊNDICE F);
- 4) Atribuições do PR (APÊNDICE K);
- 5) Fluxo de alta para a farmácia (APÊNDICE L);
- 6) Calendário de apresentação de casos clínicos na SCI (APÊNDICE M);
- 7) Ficha de acolhimento (APÊNDICE C);
- 8) Fluxo de alta (APÊNDICE H);
- 9) Fluxo entre o CAPS e o HM (APÊNDICE N);
- 10) Fluxograma de encaminhamento do HM para o CAPS II (APÊNDICE O);
- 11) Atualização da folha de evolução dos prontuários (APÊNDICE P);
- 12) Formulário do PTS (APÊNDICE B);
- 13) Informativo interno da PD (APÊNDICE Q);
- 14) Calendário do grupo de estudos (APÊNDICE R);

- 15) Estrutura da reunião de equipe (APÊNDICE S);
- 16) Temas para a SCI (APÊNDICE T);
- 17) Escala do grupo de família (APÊNDICE U);
- 18) Preenchimento do BPA-C (APÊNDICE V).

Ainda na dimensão da gestão, a SCI utilizou-se da potência das discussões dos casos clínicos como elemento transversalizador das relações interpessoais da equipe, apontando e salientando que a clínica afeta os profissionais e as relações. Como afirma Paulo Freire (2022, p. 57), “estar no mundo necessariamente significa estar com o mundo e com os outros”.

A elaboração do planejamento institucional, estabelecendo-se atividades e prazos, também contribuiu na institucionalização das relações interpessoais. Outro aspecto foi a instituição de reuniões mensais com a referência da RAPS municipal, as referências técnicas dos três CAPS e da UAA e as supervisoras dos respectivos serviços.

Na dimensão da Atenção à Saúde, investiu-se na revisão de conceitos básicos da clínica psicossocial, então aplicados à prática do dia a dia do CAPS. Instituiu-se o PTS como instrumento norteador na discussão dos casos clínicos apresentados semanalmente e no restabelecimento de espaços coletivos, oficinas e assembleias. Para tais ações, foram utilizadas discussões temáticas previamente definidas pela equipe, com sugestões de textos indicados pela supervisora, utilizando-se metodologias ativas listados no quadro abaixo (Quadro 4).

Também se discutiu teoricamente o significado do matriciamento em saúde mental, definindo-se a organização territorial da equipe do CAPS, de modo a facilitar o mapeamento territorial e a realização de ações territoriais previstas nos PTS.

Para se efetivar a articulação intra e intersetorial, com destaque aos pontos de Atenção Primária e de Atenção Hospitalar, foi promovida a articulação e a realização de reunião com a Atenção Primária e a Atenção Hospitalar para um estreitamento e a definição de fluxos, com a participação da referência da RAPS municipal, das referências técnicas dos três CAPS e da UAA e das supervisoras dos respectivos serviços.

Por último, a dimensão Educação Permanente em Saúde e Mobilização Social teve como desafio a discussão da importância e necessidade da EPS e da mobilização social para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras

Drogas. Foram realizadas ações como a instituição do grupo de estudo no CAPS, espaço reservado uma vez por mês para que a equipe aprofundasse conhecimentos; a realização da Conferência Municipal de Saúde Mental; a realização de ações de mobilização em comemoração ao 18 de Maio e ao Setembro Amarelo, com a finalidade de aumentar a informação e a conscientização da população sobre saúde mental; e a realização do Seminário: Estratégias de Cuidado e Promoção em Saúde Mental como finalização do percurso da supervisão clínico-institucional, tendo como fim ampliar o conhecimento dos profissionais da área da saúde e os atores envolvidos no cuidado dos usuários.

Quadro 4 – Temas propostos pela equipe do CAPS e material utilizado

Tema	Material utilizado
Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica	Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001; Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; e Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017
O que caracteriza urgência no CAPS?	Curso de Crise e Urgência em Saúde Mental, Módulo 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014
Quando se caracteriza tentativa de autoextermínio em CAPS?	Curso de Crise e Urgência em Saúde Mental, Módulo 4. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014
Procedimentos da RAAS, BPAC e BPAI	Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Videoaula de Roberto Tykanori (https://youtu.be/P4fXHGjD-V)
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
Deficiência intelectual	Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015)
Alta em CAPS	GUEDES, A. C. <i>et al.</i> Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. Revista Eletrônica de Enfermagem , v. 19, a42, 2017.

Comunicação e matriciamento na rede de urgência	CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública , v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental . Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
	CHIAVERINI, D. H. <i>et al.</i> (Orgs.) Guia prático de matriciamento em saúde mental . Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
Adesão do usuário ao tratamento medicamentoso	BORBA, L. O. <i>et al.</i> Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. Revista da Escola de Enfermagem da USP , v. 52, p. e03341, 2018.
	ZAGO, A. C. Adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários do CAPS em Pelotas, RS, com transtornos de humor e esquizofrenia . 2009. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2009.
Atividades grupais e oficinas no CAPS II	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial . Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.
	GALLETTI, M. C. Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: Editora da UCG, 2004.
	KINKER, F. S.; IMBRIZI, J. M. O mito das oficinas terapêuticas. Polis e Psique , v. 5, n. 3, p. 61-79, 2015.

	<p>MACERATA, I; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. Interface (Botucatu), v.18, supl.1, p. 919-930, 2014.</p> <p>MENEZES, G. P.; PEGORARO, R. F. Panorama das atividades grupais desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). Psicologia: Ciência e Profissão, v. 39, e189050, 2019.</p> <p>NICÁCIO, F.; MANGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 16, n. 2, p. 62-66, 2005.</p>
Indicadores para avaliação do CAPS	ONOCKO-CAMPOS, R. <i>et al.</i> Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saúde em Debate , Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 71-83, 2017.
Notificação compulsória	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovoçada . 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
Pacientes de saúde mental judicializados	<p>PERES, M. F. T.; NERY FILHO, A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 2, p. 335-355, 2002.</p> <p>BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Cartilha Direito à Saúde Mental. Brasília: Ministério Público Federal, 2012.</p> <p>Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001</p>
Visita domiciliar	MORAIS, A. P. P. <i>et al.</i> Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. Ciência & Saúde Coletiva , v. 26, n. 3, p. 1163-1172, 2021.

Grupos terapêuticos	LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. <i>In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.) Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.</i> Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 137-154.
	MELO, A. S. E.; MAIA FILHO, O. N.; CHAVES, H. V. Conceitos básicos em intervenção grupal. Encontro: Revista de Psicologia , v. 17, p. 47-63, 2014.
Impactos do diagnóstico no tratamento e na vida do sujeito	SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de. Estudos de Psicologia (Natal) , v. 14, n. 1, p. 59-67, 2009.

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SCI propõe uma dinâmica de aprendizado que compreende a produção do saber centrada na conexão de diferentes conhecimentos e na prática vivencial experienciada pelo profissional, considerando a necessidade de se apropriar de um arcabouço teórico variado.

No termo de referência que compõe o edital licitatório do Município de Sete Lagoas, a SCI tem como premissa

[...] atuar de forma a sustentar a proposta de uma gestão compartilhada da clínica, que auxilie os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo. Dessa forma, deve ocorrer a integração da equipe visando possibilitar a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, a partir do cuidado no território e respeitando a autonomia dos usuários. (Sete Lagoas, 2021, p. 16)

Para além das estratégias utilizadas a partir da matriz analítica de enfrentamento aos desafios das dimensões Gestão; Atenção à Saúde; e Educação Permanente em Saúde e Mobilização Social, cabe refletir sobre a importância do supervisor no equilíbrio das três dimensões, adotando a conduta de um agente de formação, de um educador sempre atento em não adotar a postura do “transmissor de conhecimento”. Para Paulo Freire (2022, p. 24), “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”.

Refletir sobre a SCI na compreensão da pedagogia da autonomia aponta para a necessidade de ressignificar requisitos do papel do supervisor, para além do amplo arcabouço teórico, a fim de se conquistar um sucesso amplo.

A partir da experiência da pesquisadora como supervisora do CAPS II e na visão da pedagogia da autonomia, a supervisão deve ser pautada na solidariedade, na ética, no respeito à dignidade e à autonomia das pessoas. Desse modo, elencam-se alguns atributos do supervisor, como: ter consciência do inacabamento; estar predisposto às mudanças; aceitar o diferente; ter respeito à autonomia e não discriminar; ter bom-senso no direcionamento da supervisão, adotando atitudes de humildade e tolerância; e apreender a realidade, utilizando-se da alegria e da esperança, com a convicção de que a mudança é possível por meio de ações ético-político-pedagógicas (Freire, 2022).

Outro ponto importante a ser destacado é a constante reflexão crítica sobre a prática da supervisão, de forma dialética e dinâmica. Ela envolve o pensar e o agir, fazendo caminharem juntas a teoria e a prática e instigando a curiosidade epistemológica dos profissionais, na busca de facilitar suas reflexões.

A relação entre o supervisor e os profissionais deve ser fundada em acordos pré-estabelecidos cumpridos por todos, assegurando, assim, a liberdade e a autonomia dos profissionais, que assumem a responsabilidade por suas ações com limites e respeito ético.

É de extrema importância que o supervisor saiba escutar, pois o silêncio da escuta é fundamental ao diálogo, tendo a função de assegurar o direito de que todos sejam ouvidos e expressem suas falas. Assim, respeita-se o momento de ouvir e de falar, mesmo que o outro tenha visão e opiniões divergentes, e se favorece a transmissão e aquisição de novos conhecimentos e saberes, sem arrogância intelectual, mas com solidariedade.

A supervisão crítica e democrática deve ser conduzida para uma tomada de decisões consciente pelos profissionais, acreditando que é possível mudar a realidade das pessoas que sofrem em direção à igualdade e aos direitos de cidadania. Dessa maneira, a supervisão aposta no fomento de espaços de troca, debate e reflexão, de articulação ética, política, pedagógica e clínica entre todos os trabalhadores envolvidos, por meio de uma relação mútua de respeito e empatia.

Saraceno (2006) aponta que o processo de trabalho nos serviços de saúde mental se efetiva mediante estratégias organizativas e afetivas:

A integração interna do serviço é a adoção de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, onde os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as competências flexíveis e a organização (seja em termos de acesso da demanda, seja em termos da não-estereotípiia da resposta) orientada às necessidades do paciente e não às do serviço. (Saraceno, 2006, p. 97-98)

O autor reforça que as pessoas são operadores do cuidado como recurso terapêutico, reconhecendo “a motivação com que trabalham, as expectativas que têm em relação aos pacientes dos quais se ocupam, o senso de pertinência a um projeto coletivo, a qualidade das relações que se realizam no campo do trabalho etc.” enquanto elementos necessários para a produção do cuidado. Ele complementa que esses recursos podem ser “multiplicados ou reduzidos”, “inativados ou ativados”, a

dependem de fatores expressos por qualquer recurso humano (Saraceno, 2006, p. 100).

A SCI nos serviços de base comunitária em Saúde Mental é uma ferramenta potente que favorece a experimentação e o ensaio de um novo modo de se afetar ou emocionar e de transformar a prática do cuidado, compreendendo a clínica da Atenção Psicossocial com uma clínica do afeto e da invenção coletiva.

A matriz analítica da supervisão do CAPS II indica brevemente o referencial teórico, o cenário das práticas e as ações estratégicas de superação dos elementos limitadores encontrados no início dos trabalhos.

Mesmo com um período exíguo de um ano de trabalho com a equipe do CAPS II e a partir dos encontros semanais foi, possível instigar e perceber por meio dos posicionamentos durante as supervisões, o exercício do pensamento crítico sobre a prática clínica, respeitando a ética e a autonomia dos profissionais e fomentando a solidariedade, com vistas a alcançar o direito ao cuidado e a inclusão dos que sofrem, de suas famílias e de sua comunidade.

A SCI é uma forte ferramenta de qualificação dos profissionais, a qual proporciona e intermedia diálogos em que as diferenças podem ser expostas, manejadas e ressignificadas de forma solidária, entre toda equipe, com a mediação da supervisão. Mesmo apresentando desafios e surpresas no cotidiano coletivo dos serviços, ela colabora no enfrentamento de impasses, integrando a equipe na construção de projetos terapêuticos singulares a partir do cuidado no território e do respeito à autonomia das pessoas.

Sendo assim, cabe reforçar a relevância da SCI nos CAPS, bem como a dos profissionais de Saúde Mental da RAPS, para garantir uma atenção psicossocial baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e no Movimento da Luta Antimanicomial, fortalecendo os processos de trabalho, vivificando as relações profissionais de todos os envolvidos no cuidado e, conseqüentemente, transformando vidas.

Faz-se necessário garantir a supervisão como ferramenta do cuidado em Saúde Mental, bem como investir na formação de supervisores clínico-institucionais. Como diz Paulo Freire (2022, p. 57), “é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente”.

8 REFERÊNCIAS

II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. **Manifesto de Bauru**. [s.l.], 1987.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

ATLASBR – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Consulta em tabela. **AtlasBR**, [s.d.]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>. Acesso em: 13 abr. 2023.

ASSISTÊNCIA SOCIAL. AssistenciaSocial.org, s.d. Disponível em <https://www.assistenciasocial.org/creas-sete-lagoas-mg-endereco-e-atendimento/>. Acesso em: 13 abr. 2023

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.

BARROS, R. B. Institucionalismo e dispositivo grupal. *In*: RODRIGUES, H. C. B.; ALTOÉ, S. (Orgs.) **SaúdeLoucura 8: análise institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 65-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.657, de 29 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Diário Oficial da União, 2002b.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**. Informativo de Saúde Mental, ano III, n. 14, p. 11, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.174, de 7 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2005a.

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 à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados** – 4, ano II, n. 4. Brasília, 2007b. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf. Acesso em: 13 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde**: QUALISUS-REDE. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial: relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes

para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 652, de 14 de dezembro de 2020**. Convoca a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 17 e 20 de maio de 2022. Brasília: Diário Oficial da União, 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Nota informativa do IDEB 2021**. [s.n.], 2021. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_basica/portal_ideb/planilhas_para_download/2021/nota_informativa_ideb_2021.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 677, de 13 de junho de 2022**. Dispõe sobre a prorrogação da etapa estadual da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2022.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico**: fundamentos e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COLETIVO ORGANIZADOR. **Encontro de Bauru**: 30 anos de luta “por uma sociedade sem manicômios”: Bauru, 8 e 9 de dezembro de 2017: relatório final. Bauru: [s.n.], 2017.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. 223-237.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? *In*: ALVES, P. C. B.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.) **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 83-90.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sete Lagoas**. IBGE, [2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sete-lagoas.html>. Acesso em: 13 abr. 2023.

GUATTARI, F. **Psychanalyse et transversalité**: essais d’analyse institutionnelle. Paris: Maspero, 1972.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In*: PITTA, A. M. F. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-99.

KINOSHITA, R. T. Projeto terapêutico singular. *In*: UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Curso de atualização em álcool e outras drogas**: da coerção à coesão. Florianópolis: [s.n.], 2014. p. 11-36.

LÜDKE, M.; CRUZ, G. B. Contribuições ao debate sobre a pesquisa do professor da educação básica. **Formação Docente: Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores**, v. 2, n. 3, p. 86-107, 2010.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

MENDONÇA, A. V. M. (Org.) **Dez anos do PSF em Camaragibe**: eis as nossas riquezas. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 5.461, de 19 de outubro de 2016**. Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2016a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.400, de 19 de outubro de 2016**. Aprova a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Minas Gerais. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2016b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.013, de 23 de outubro de 2019**. Aprova o Ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUSMG e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2019. Disponível em:

https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203013%20-%20SUBGR_SDCAR_DREA%20-%20Ajuste%20PDR%20vers%C3%A3o%20CIB%20-%20alterada%2015.10.pdf.

Acesso em 13 abr. 2023

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 7.168, de 20 de julho de 2020**. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, nos termos que menciona. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2020a.

https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=21605-resolucao-ses-mg-n-7-168-de-20-de-julho-de-2020?layout=print

Acesso em 13 abr. 2023

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.192, de 20 de julho de 2020**. Aprova as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2020b.

Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg/documents?by_year=2020&by_month=07&by_format=&category_id=69&order=&q=. Acesso em 13 abr.2023

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 4.019, de 17 de novembro de 2022**. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, no âmbito do Sistema Único de Saúde do

Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: Diário Oficial de Minas Gerais, 2022. Disponível em [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=24129-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-019-de-17-de-novembro-de-2022?layout=print#:~:text=DELIBERA%C3%87%C3%83O%20CIB-SUS%20FMG%20N%C2%BA%204.019%2C%20DE%2017%20DE%20NOVEMBRO,Estado%20de%20Minas%20Gerai%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=24129-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-019-de-17-de-novembro-de-2022?layout=print#:~:text=DELIBERA%C3%87%C3%83O%20CIB-SUS%20FMG%20N%C2%BA%204.019%2C%20DE%2017%20DE%20NOVEMBRO,Estado%20de%20Minas%20Gerai%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 13 abr.2023). Acesso em 13 abr.2023

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

NICÁCIO, F. M. S. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 1, p. 895-908, 2014.

RODRIGUES, H. C. B.; ALTOÉ, S. (Orgs.) **SaúdeLoucura 8**: análise institucional. São Paulo: Hucitec, 2004.

RODRIGUES, J. N. *et al.* **50 gurus da gestão para o século XXI**. Lisboa: Centro Atlântico.PT, 2005.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá, 2006.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 3/4, p. 350-358, 2018.

SECCHIN, A. C. (Org.) **Poesia completa de Cecília Meireles**, v. 2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SETE LAGOAS. **Processo Licitatório 139/2021**. Inexigibilidade 012/2021 – Chamamento Público nº 003/2021. [Para credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas, prestadores de serviços de saúde, para supervisão clínico-institucional como apoio técnico e no desenvolvimento de ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial das Redes de Atenção CAPS II Infante-Juvenil, Centro de Atenção Psicossocial – Caps II Adulto e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Álcool e Drogas. Sete Lagoas, 2021.

SETE LAGOAS. **Plano Municipal de Saúde de Sete Lagoas 2022-2025**. Sete Lagoas 2022.

SILVA, E. P. *et al.* Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2006.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Processo de trabalho nos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas, módulo 5. *In*: UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Curso de atualização em álcool e outras drogas**: da coerção à coesão. Florianópolis: [s.n.], 2014a.

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Recursos e estratégias do cuidado, módulo 6. *In*: UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Curso de atualização em álcool e outras drogas**: da coerção à coesão. Florianópolis: [s.n.], 2014b.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022.

APÊNDICE A - PLANEJAMENTO ESTATÉGICO - PROCESSOS DE TRABALHO - 2022

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083</p> </div>  </div> <p style="text-align: center;"><u>PLANEJAMENTO ESTATÉGICO - PROCESSOS DE TRABALHO -2022</u></p>							
ITEM	OBJETIVO	O QUE FAZER?	POR QUE FAZER?	ONDE FAZER?	QUEM FAZER?	INÍCIO	SITUAÇÃO:
1	Melhorar o atendimento ao usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar acolhimento. -Se inserido o paciente agendar PR.(RT) Se urgência agendar PR e encaminhar ao médico.(RT) - Escutar de forma cautelosa o paciente e sua família. -Comunicar com a RAPS, ou outro segmento social. -Avaliar inserção no Caps II. -Participar do matriciamento. - Participar das reuniões de equipe.(discussões de casos) - Participar das supervisões clínicas. - Ser participativo e colaborativo ao que é 	<ul style="list-style-type: none"> - Para diminuir as reclamações do CAPS II. - Construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário. - Para proporcionar ao paciente atendimento de qualidade. - Melhor fluxo interno da unidade. -Melhorar a relação do paciente com a Atenção Primária. Para melhorar acessibilidade as agendas de PR e médico. - Para o paciente ter 	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da recepção. - Atendimento do RT e suporte de RT. -Atendimento na farmácia. -Atendimento na enfermagem. _ Em P.D, RT, e atendimento de PR e médico. -Em atendimento familiar. -Em Matriciamento. -Via contato telefônico. -Em visita domiciliar. Em supervisão clínica e reuniões de equipe. 	<p>Todos os profissionais da unidade.</p> <p>Priorizar: RT, PR's, PD, Médicos, enfermagem , farmácia .</p>	03/01/2022	Até dezembro de 2022. Em construção, no prazo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<p>proposto de mudanças pela coordenação junto a equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PR realizar PTS do paciente junto à equipe e RAPS, e/ou outro segmento social. - Trabalhar em equipe. - Estar disponível e empenhado para discussões de caso. - Solidariedade com o colega em cobrir uns aos outros. - Disponibilidade em aprender. <p>Ser receptivo, criativo, cooperativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumprir grade de atendimentos e cobertura territorial do paciente que o PR está acompanhando. - Diminuir a ansiedade diante manejo com o paciente dentro da unidade. <p>Compreender e aceitar que a equipe é capaz de</p>	<p>um acompanhamento integral e sistematizado no CAPS e RAPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para diminuir o quantitativo de renovação de receitas. - Para melhorar a comunicação da equipe. <p>Para construir alta dos pacientes estáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar cronificar pacientes em CAPS II. - Melhorar comunicação com a RAPS. - Para descobrir os pontos fracos do clima organizacional atual. - Apontar os caminhos da melhor estratégia de mudança. - Manter um ambiente saudável e aberto à produtividade <p>- Para definir melhor</p>			
--	--	--	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<p>resolver alguma situação problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atuar de forma multiprofissional no dia que a equipe estiver sem médico. - Aceitar e compreender seus erros e falhas como profissional. <p>Manter o combinado entre a equipe, sem sabotar o colega.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procurar se informar sobre a conduta e manejo com o paciente e sua família antes de fazer qualquer julgamento. - Buscar não levar para o pessoal uma conduta profissional. 	<p>estratégias de matriciamento e de reuniões de rede.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para estabelecer fluxos e protocolos em comum acordo. 				
2	Diminuir as reclamações da rede ao CAPS II.	<ul style="list-style-type: none"> - Levar o que a unidade tem de positivo para os colegas de outras unidades. - Atender de forma 	<ul style="list-style-type: none"> - Para diminuir as reclamações do CAPS II. - Construir o vínculo terapêutico inicial do 	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da recepção. - Atendimento do suporte de RT e RT. - Atendimento na 	<p>Todos os profissionais.</p> <p>Priorizar: RT, PR's, PD, Médicos, enfermagem ,</p>	03/01/2022	<p>Até agosto de 2022.</p> <p>Em construção, no prazo.</p>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



	<p>acolhedora o usuário e sua família.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser participativo e colaborativo ao que é proposto de mudanças pela coordenação junto a equipe. - Realizar acolhimento e escutar de forma cautelosa o paciente e sua família. - Comunicar com a RAPS, ou outro segmento social. - Avaliar inserção no Caps II. - Trabalhar em equipe. - Estar disponível e empenhado para discussões de caso. 	<p>paciente e sua família , e/ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser responsável pelo acesso a outros serviços, caso necessário. - Para proporcionar ao paciente atendimento de qualidade. - Melhorar o fluxo interno da unidade. - Melhorar a relação do paciente com a Atenção Primária. - Para melhorar a acessibilidade e agendas de PR e médico. - Para o paciente ter um acompanhamento integral e sistematizado no 	<p>farmácia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atendimento na enfermagem. - Em P.D, RT, e atendimento de PR médico. - Em atendimento familiar. - Em Matricamento. - Via contato telefônico. - Em visita domiciliar. Em supervisão clínica e reuniões de equipe para discutir fluxos, processos de trabalho e casos. 		farmácia .		
--	---	--	--	--	------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- Solidariedade com o colega em cobrir uns aos outros.- Disponibilidade em aprender. Ser receptivo, criativo, cooperativo.- Cumprir grade de atendimentos e	<p>CAPSe RAPS.</p> <ul style="list-style-type: none">- Para descobrir os pontos fracos do clima organizacional atual,- Apontar os caminhos da melhor estratégia					
--	--	---	--	--	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista.
 CEP.: 35700-083 (31)-3773-3244



		<p>cobertura territorial do paciente que o PR está acompanhando.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a ansiedade diante manejo com o paciente dentro da unidade. <p>Compreender e aceitar que a equipe é capaz de resolver alguma solução problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atuar de forma multiprofissional no dia que a equipe estiver sem médico. - Aceitar e compreender seus erros e falhas como profissional. <p>Manter o combinado entre a equipe, sem sabotar o colega.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procurar se informar sobre a conduta e manejo com o paciente e sua família antes de fazer qualquer julgamento. - Buscar não levar para 	<p>de mudança.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter um ambiente saudável e aberto à produtividade . - Evitar reclamações e denúncias na ouvidoria . 				
--	--	---	--	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		o pessoal uma conduta profissional.					
3	Melhorar acessibilidade de agenda de médico e PR	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar casos de perfil do CAPS II. - Inserir pacientes em urgência psiquiátrica sendo casos de gravidade e urgência do dia. - Reacolher o paciente com mais de 45 dias sem vir ao PR de forma presencial. Agendar primeiro o PR, o PR agendar o médico. - Agendar em RT do atendimento com PR. - Fazer lista de pacientes ativos e entregar para farmácia de forma mensal. - Trabalhar em equipe. - Controlar junto a enfermagem os pacientes em uso de Halidol decanoato. - Estar disponível e empenhado para 	<ul style="list-style-type: none"> - Para proporcionar ao paciente atendimento de qualidade. - Melhorar o fluxo interno da unidade. - Para melhorar acessibilidade as agendas de PR e médico. - Para o paciente ter um acompanhamento integral e sistematizado no CAPS e RAPS. - Para diminuir o quantitativo de renovação de receitas. Para construir alta dos pacientes estáveis. - Evitar cronificar pacientes em CAPS II. - Para descobrir os pontos fracos do clima organizacional atual. - Apontar os caminhos da melhor estratégia 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante o momento de atendimento ao paciente e sua família. - Acolhimento da recepção. - Atendimento do suporte de RT e RT. - Atendimento na farmácia. - Atendimento na enfermagem. _ Em P.D, RT, e atendimento de PR e médico. - Em atendimento familiar. - Via contato telefônico. - Em visita domiciliar. 	RT, PR's, PD, Médicos, enfermagem, farmácia.	03/01/2022	Até agosto de 2022. Em construção, no prazo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



		discussões de caso. - Cumprir grade de atendimentos e cobertura territorial do paciente que o PR está acompanhando.	de mudança. -Manter um ambiente saudável e aberto à produtividade . - Para definir melhor estratégias de matriciamento e de reuniões de rede. - Para estabelecer fluxos e protocolos em comum acordo.				
4	Melhorar fluxo interno do CAPS II	- Realizar acolhimento. -Avaliar inserção no Caps II. -Se inserido o paciente, agendar PR.(RT) -Se urgência agendar PR e encaminhar ao médico, com apoio da enfermagem. (RT) -PR realizar PTS do paciente junto à equipe e RAPS, e/ou outro segmento social. - Escutar de forma cautelosa o paciente e sua família. -Comunicar com a	- Para diminuir as reclamações do CAPS II. - Melhorar a comunicação entre a equipe. - Para proporcionar ao paciente atendimento de qualidade. - Para melhorar fluxo interno da unidade. -Melhorar a relação do paciente com a Atenção Primária. -Para melhorar acessibilidade as agendas de PR e	- Acolhimento na recepção. - Atendimento do s de RT e suporte de RT. -Atendimento na farmácia. -Atendimento na enfermagem. _ Em P.D, RT, e atendimento de PR e médico. -Em atendimento familiar. -Em Matriciamento. -Via contato telefônico.	Todos os profissionais. Priorizar: RT, PR's, PD, Médicos, enfermagem , farmácia.	27/04/2022	Até dezembro de 2022.Em construção, no prazo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<p>RAPS, ou outro segmento social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar do matriciamento. - Participar das reuniões de equipe. (discussões de casos) - Participar das supervisões clínicas . <p>Agendar casos de perfil do CAPS II.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserir pacientes em urgência psiquiátrica sendo casos de gravidade e urgência do dia. - Reacolher o paciente com mais de 45 dias sem vir ao PR de forma presencial. - Estar atento ao território do paciente. - Agendar primeiro o PR, o PR agendar o médico. <p>Agendar em RT o atendimento com PR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar e realizar as atividades propostas do quadro de atividades 	<p>médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para o paciente ter um acompanhamento integral e sistematizado no CAPS e RAPS. - Para diminuir o quantitativo de renovação de receitas. - Para melhorar a comunicação da equipe. <p>Para construir alta dos pacientes estáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar cronificar pacientes em CAPS II. <p>Melhor ar comunicação com a RAPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para melhorar atendimento de PD do paciente. - Melhorar relação da equipe com as famílias e pacientes. - Para construir alta dos pacientes estáveis. - Atender em 	<ul style="list-style-type: none"> - Em visita domiciliar. - Em supervisão clínica e reuniões de equipe. (discutir casos) - Em reunião intersetorial com a rede e/ou RAPS. - Em discussão de caso em equipe. 			
--	--	--	--	---	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



		<p>coletivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserção em PD, realizar e fazer o que é proposto no Informativo de PD. (deixado na recepção.) -Entregar na farmácia e enfermagem o Informativo de PD. -Realizar visita domiciliar de acordo com PTS. Atualizar PTS do paciente a cada 30 dias. - Ser participativo e colaborativo ao que é proposto de mudanças pela coordenação junto a equipe. - Articular RAPS e/ou outro segmentos sociais . - Acompanhar o paciente e sua família em cenários da vida cotidiana. -Acompanhar de forma sistematizada e integral o paciente inserido no 	<p>qualidade o paciente em crise.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir ao paciente e a família o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida. - Mediar às relações do paciente e da família para criação de novos campos de negociação e de diálogo. - Para construir uma alta com responsabilidade junto a atenção primária . - Para construir fluxo interno. - Para descobrir os pontos fracos do clima organizacional atual. -Apontar os caminhos da melhor estratégia 				
--	--	---	---	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



		<p>CAPS II.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabalhar em equipe. - Anotar com clareza os atendimentos realizados ao paciente e sua família. -Analisar o que deu certo e do que ainda deve ser trabalhado e aperfeiçoado. - Estar disponível e empenhado para discussões de caso. - Solidariedade com o colega em cobrir uns aos outros. - Disponibilidade em aprender. <p>Ser receptivo, criativo, cooperativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumprir grade de atendimentos e cobertura territorial do paciente que o PR está acompanhando. - Diminuir a ansiedade diante manejo com o paciente dentro da 	<p>de mudança.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manter um ambiente saudável e aberto à produtividade. - Para definir melhor estratégias de matriciamento e de reuniões de rede. - Para estabelecer fluxos e protocolos em comum acordo. 				
--	--	--	---	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<p>unidade. Compreender e aceitar que a equipe é capaz de resolver alguma solução problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atuar de forma multiprofissional no dia que a equipe estiver sem médico. - Aceitar e compreender seus erros e falhas como profissional. <p>Manter o combinado entre a equipe, sem sabotar o colega.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procurar se informar sobre a conduta e manejo com o paciente e sua família antes de fazer qualquer julgamento. - Buscar não levar para o pessoal uma conduta profissional. 					
5	Melhorar atendimento do paciente em PD.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar PTS do paciente. Fazer informativo de PD 	<ul style="list-style-type: none"> - Para ter um atendimento de qualidade ao paciente. 	Em dia de atendimento de PD, em dia de escala de	<ul style="list-style-type: none"> - PR's, PD, Enfermagem, Farmácia, Serviços 	27/04/2022	Até setembro de 2022. Em construção, no



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<p>e entregar a farmácia e enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir o combinado de horário e quem irá servir as refeições . <p>Realizar as atividades propostas do quadro de atividades coletivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser participativo e colaborativo ao que é proposto de mudanças pela coordenação junto a equipe. -Estar atento a cobertura de PD. -Farmácia realizar distribuição medicamentosa de acordo com PTS, e Informativo de PD. -Enfermagem acolher o paciente quando chega na unidade. - Disponibilidade de escuta e manejo ao paciente. - Realizar assembleias agendadas no quadro de atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Para envolver a equipe nos casos inseridos em PD. - Melhorar a situação de crise do paciente. - Proporcionar ao paciente a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. - Para possibilitar ao paciente troca de afeto, auto estima, autonomia e exercício da Cidadania. - Para intermediar relações dos pacientes inseridos. - Manejar dificuldades relacionais do paciente em PD. - Para formentar a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e 	<p>PD, em grupos coletivos de PR, assembleias agendadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Momento de servir alimentação ao paciente. -Atendimento especializado da enfermagem e farmácia. 	<p>Gerais, Monitores de atividades terapêuticas.</p>		<p>prazo.</p>
--	--	--	---	--	--	--	---------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<ul style="list-style-type: none"> -Trabalhar em equipe. -Analisar o que deu certo e do que ainda deve ser trabalhado e aperfeiçoado. - Estar disponível e empenhado para discussões de caso. - Solidariedade com o colega em cobrir uns aos outros. - Disponibilidade em aprender. Ser receptivo, criativo, cooperativo. - Cumprir grade de atendimentos e cobertura territorial do paciente que o PR está acompanhando. - Diminuir a ansiedade diante manejo com o paciente dentro da unidade. Compreender e aceitar que a equipe é capaz de resolver alguma solução problema. 	<ul style="list-style-type: none"> da rede. - Para diminuir o quantitativo de renovação de receitas. - Para melhorar a comunicação da equipe. Para construir alta dos pacientes estáveis. -Evitar cronificar pacientes em CAPS II. - Para descobrir os pontos fracos do clima organizacional atual. -Apontar os caminhos da melhor estratégia de mudança. -Manter um ambiente saudável e aberto à produtividade . - Para definir melhor estratégias de matriciamento e de reuniões de rede. - Para estabelecer fluxos e protocolos internos em comum acordo. 				
--	--	---	--	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



		<ul style="list-style-type: none"> - Atuar de forma multiprofissional no dia que a equipe estiver sem médico. - Aceitar e compreender seus erros e falhas como profissional. Manter o combinado entre a equipe, sem sabotar o colega. - Procurar se informar sobre a conduta e manejo com o paciente e sua família antes de fazer qualquer julgamento. - Buscar não levar para o pessoal uma conduta profissional. 					
6	<p>Melhorar produtividade de RAAS e BPA-C .</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estar atento ao dia de lançamento da produção e entrega dos lançamentos para Aline. - Anotar o procedimento realizado 	<ul style="list-style-type: none"> -Para melhorar a produtividade, e lançamentos mensais do CAPS II, evidenciando também recurso financeiro. - Para planejar melhor 	<p>Em dias de lançamentos de RAAS e BPA-C.</p>	<p>PR's e Enfermagem</p>	<p>Abril/2022</p>	<p>Até dezembro de 2022. Em construção, no prazo.</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<p>no prontuário do paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter acesso ao prontuário do paciente para fazer a RAAS . - Ficar atento aos procedimentos realizados com o paciente. <p>Ter disposição e disponibilidade para transcrever a produtividade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter controle pessoal dos procedimentos. 	<p>a produtividade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para avaliar os resultados da equipe. - Apontar os caminhos da melhor estratégia de mudança. - Manter um ambiente saudável e aberto à produtividade . 				
7	<p>Melhorar clima organizacional, relacionamentos interpessoais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um ambiente de confiança. - Promover equilíbrio da vida pessoal e profissional. - Criar programas de benefícios. (sextas a tarde- lanche) - Estabelecer uma política de feedback. - Realizar treinamentos. - Acompanhar o clima organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Para melhorar da criatividade da equipe; - Para melhorar as relações interpessoais. - Para ter um clima mais harmônico. - Para ter uma comunicação mais fluida e clara; - Para ter motivação e produção alta; - Para construir uma 	<ul style="list-style-type: none"> - Nas relações diárias da equipe . 	<p>Todos os profissionais da equipe.</p>	<p>03/01/2022</p>	<p>Sempre em construção. No prazo.</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.: 35700-083



		<p>periodicamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comprometimento e o interesse as atividades laborais. -Trabalhar em equipe. -Solucionar de forma rápida os conflitos e adversidades. - Ter um diálogo claro com o colega de trabalho. -Colaborar para melhorar o clima. -Instalar de um ambiente agradável. - Estar disponível e empenhado para discussões de caso. - Solidariedade com o colega em cobrir uns aos outros. - Disponibilidade em aprender. <p>Ser receptivo, criativo, cooperativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumprir grade de atendimentos e cobertura territorial do 	<p>estabilidade emocional na equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para elaborar estratégia de melhoria. - Para manter um diálogo aberto entre a equipe. - Para amenizar o estresse no trabalho. - Para amenizar algum sofrimento trazido pelo trabalho. - Para ter uma boa relação com a gestora atual. - Para descobrir os pontos fracos do clima organizacional atual. -Apontar os caminhos da melhor estratégia de mudança. -Manter um ambiente saudável e aberto à produtividade 				
--	--	---	--	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



		<p>paciente que o PR está acompanhando.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a ansiedade diante manejo com o paciente dentro da unidade. <p>Compreender e aceitar que a equipe é capaz de resolver alguma solução problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atuar de forma multiprofissional no dia que a equipe estiver sem médico. - Aceitar e compreender seus erros e falhas como profissional. <p>Manter o combinado entre a equipe, sem sabotar o colega.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procurar se informar sobre a conduta e manejo com o paciente e sua família antes de fazer qualquer julgamento. - Buscar não levar para o pessoal uma conduta 				
--	--	--	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



		profissional.					
8	Organizar parte administrativa (Projetos, prontuários, arquivos)	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar momentos de encontro para tal organização. - Realizar a atividade proposta pela coordenação e equipe. - - Ter um diálogo claro com o colega de trabalho. - Colaborar para melhorar o clima. Comprometimento e o interesse as atividades laborais. - Trabalhar em equipe. - Analisar o que deu certo e do que ainda deve ser trabalhado e aperfeiçoado. - Solidariedade com o colega em cobrir uns aos outros. - Disponibilidade em aprender. Ser receptivo, criativo, 	<ul style="list-style-type: none"> - Para organizar de forma sistematizada a documentação da unidade. - Para conhecer melhor a parte administrativa da unidade. - Para ter uma gestão compartilhada. - Para Criar um ambiente de confiança. - Para ter um clima mais harmônico. - Para ter uma comunicação mais fluida e clara; - Para ter motivação e produção alta; - Para construir uma estabilidade emocional na equipe. - Para elaborar estratégia de melhoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nos momentos de encontros propostos pela coordenação junto com a equipe. 	Todos os profissionais que tiverem interesse em participar.	Maio/2022	<p>Até dezembro. Em construção, datas previstas para 14/05 e 21/05/22.</p> <p>Outras previsões: 16/07 e 30/07/2022, próximas a avaliar com equipe.(em construção)</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
 Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino
 Rua AMAZONAS, nº 434. Bairro Boa Vista. CEP.:35700-083



		cooperativo. - Construir o projeto institucional do CAPS II.	- Para planejar melhora produtividade. -Para avaliar os resultados da equipe. - Para ter uma boa relação com a gestora atual. -Para melhorar da criatividade da equipe; -Apontar os caminhos da melhor estratégia de mudança. - Para estabelecer fluxos e protocolos internos em comum acordo.				
--	--	---	---	--	--	--	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE B - PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS)

Secretaria Municipal de Saúde CAPS II Emiliano Tolentino

Data: ____/____/____	Nº Prontuário: ____/____
NOME DO USUÁRIO:	
PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: (HD):	
MOTIVOS DO TRATAMENTO:	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA (Prescrição da Psiquiatria)	
MODALIDADES DE TRATAMENTO:	
() Intensivo () Semi Intensivo () Não Intensivo	

PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL:

() Atendimento Individual com PR: () Semanal () Quinzenal () Mensal()

Atendimento Médico

() Atendimento familiar

() Permanência Dia: Turno: () Manhã () Tarde

Dias da Semana: () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta

() Oficina Terapêutica: () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta() Oficina

Produtiva: () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta

() Grupo Terapêutico: () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta

() Em Processo de alta:

Planejamento de Ações Terapêuticas

(principais ações a serem desenvolvidas pela equipe)

1-

2-

3-

4-

5-

6-

Fatores de Risco e vulnerabilidade

1-

2-

3-

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo do responsável:

Observação: O cabeçalho deverá ser preenchido a caneta, o restante do formulário deverá ser preenchido a lápis e atualizado a cada 30 d



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE C - FICHA DE ACOLHIMENTO INICIAL

Data do primeiro acolhimento:		Prontuário:
Nome:		
Sexo:	Data de Nascimento:	Idade:
Endereço:	Nº:	Ponto de Referência:
Bairro:	CEP:	Cidade:
RG:	Data da emissão:	CPF:
CNS:	Estado civil:	
Filiação: Mãe:		
Pai:		
Telefone:		
Acompanhante:		
Queixa Atual:		
Observações:		
Comorbidades:		

História Psiquiátrica progressiva:

Internação Psiquiátrica prévia? () Nega () Sim - Especificar:

Avaliação Psiquiátrica recente? () Nega () Sim - Especificar:

Estava sendo acompanhado(a) em algum outro serviço? () Nega () Sim - Especificar:

Medicações:

() uso regular () uso irregular

Quem administra e/ou fica sob posse das medicações:

Situação Laboral:

Está trabalhando no momento? () Nega () Sim Função : _____

Está afastado(a) do trabalho? () Nega () Sim (obs: Se sim, há quanto tempo está afastado(a)? Já teve afastamentos anteriores? por qual motivo?)

É aposentado ou recebe algum auxílio pelo INSS? () Nega () Sim (obs: Se sim, recebe até quando ?)

Faz uso de álcool e outras drogas?

() Sim () Nega () Dado não confiável Qual / Quais?

() Álcool () Cigarro () Maconha () Cocaína () Crack () Outras

Se sim (há tempo que usa/usou, quantidade e frequência aproximados, há quanto tempo está abstinente, etc...)

Nível de consciência/ orientação:

() consciente/orientado () confuso () desorientação tempo/espço () outros: _____

Conteúdo do pensamento:

() ansioso () angustia () irritado () triste () medo () eufórico

() fuga de ideias () crítica prejudicada () aceleração do pensamento () fobia

Afeto:

eutímico embotado inadequado

Comunicação verbal:

efetiva desorganizada taquilalia logorréia Fala
desarticulada resistência a comunicação verbal sem
comunicação verbal

Comportamento:

hostilidade catatonia postura corporal compatível com cansaço, dor,
tensão hipersexualizado bizarro
 alteração na marcha/movimento auto lesão

Pragmatismo/interações sociais:

dificuldade em realizar atividades da vida diária dificuldades para atividades profissionais
 falta de interesse por atividades cotidianas dificuldades em assumir compromissos/concluir
atividades retraimento social isolamento social auto cuidado
prejudicado

Sono:

regular insuficiente entrecortado dificuldade de iniciar horário irregular

Apetite:

preservado reduzido aumentado transtorno alimentar:

Assinatura e carimbo do profissional:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE D - PROTOCOLO PARA INCLUSÃO NA PERMANÊNCIA DIA (PD)

Cabe ao Profissional de Referência (PR) ao incluir paciente na PD:

- Realizar, executar e preencher folha de PTS do paciente, disponível na recepção.
- Apresentar o paciente à equipe;
- Apresentá-lo à enfermagem;
- Ver a necessidade e disponibilidade de transporte no carro da unidade; e preencher o Informativo de PD.
- Comunicar à administrativo número de refeições (café da manhã, almoço e café da tarde) e se há alguma dieta específica;
- Determinar dias e horários da PD;
- Informar à farmácia e à enfermagem se será medicado no serviço; através do Informativo de permanência dia (se encontra na recepção)
- Entregar o Informativo de PD na enfermagem e farmácia.
- Alimentar, periodicamente, o quadro de pacientes em PD, sempre que houver alterações; (enfermagem-Karine)
- PR atender, individualmente e semanalmente, em consultório, o paciente que está em PD;
- Informar à equipe toda sobre alta da PD; e seguir o fluxo de alta.
- RT e PD é quem podem autorizar saídas horário ou dispensar o paciente em situação emergencial.
- Seguir o combinado de horário de rotina dos pacientes e quem irá servir as refeições e realizar transporte dos pacientes.
- Realizar as atividades propostas do quadro de atividades coletivas.
- Ser participativo e colaborativo ao que é proposto de mudanças pela coordenação junto à equipe.
- Estar atento a cobertura de PD.
- Disponibilidade de escuta e maneja ao paciente.
- Realizar assembleias agendadas no quadro de atividades.
- Trabalhar em equipe.
- Analisar o que deu certo e do que ainda deve ser trabalhado e aperfeiçoado.
- Estar disponível e empenhado para discussões de caso.

- Solidariedade com o colega em cobrir uns aos outros.
- Disponibilidade em aprender.
- Ser receptivo, criativo, cooperativo.
- Cumprir grade de atendimentos e cobertura territorial do paciente que o PR está acompanhando.
- Diminuir a ansiedade diante manejo com o paciente dentro da unidade. Compreender e aceitar que a equipe é capaz de resolver alguma solução problema.
- Atuar de forma multiprofissional no dia que a equipe estiver sem médico.
- Aceitar e compreender seus erros e falhas como profissional. Manter o combinado entre a equipe, sem sabotar o colega.
- Procurar se informar sobre a conduta e manejo com o paciente e sua família antes de fazer qualquer julgamento.
- Buscar não levar para o pessoal uma conduta profissional.

Ciência:

19/05/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE E - ROTINAS DE PACIENTES EM PD

*07:00- BUSCAR PACIENTES DE PD (CARRO) RESPONSÁVEL: ENFERMAGEM, MONITOR
OU PD

*08:30-CAFÉ DA MANHÃ RESPONSÁVEL: ENFERMAGEM

*11:00-ALMOÇO

RESPONSÁVEL: ADMINISTRATIVO

*14:00-CAFÉ DA TARDE RESPONSÁVEL :MONITOR E PD

*14h30min LEVAR PACIENTES INSERIDOS NO TRANSPORTE RESPONSÁVEL: ENFERMAGEM, MONITOR
OU PD

*15:30 FINALIZA PERMENÊNCIA DIA

OBS: PACIENTES INSERIDOS NA PD A ENTRADA MANHÃ 07:00HS ENTRADA À TARDE: 13:00HS
SAÍDA: 15h30min

APÊNDICE F - QUADRO DE ATIVIDADES COLETIVAS DO CAPII-Adulto “EMILIANO TELENTINO”

SEMANA	HORÁRIO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
1ª SEMANA A 01/06 A 10/06	07:30 às 9:30	OFICINA:PINTURA Técnico	OFICINA EVA Técnico	SUPERVISÃO CLÍNICA	OFICINA:PINTURA Técnico	OFICINA DE JORNAL E REVISTA Técnico
	10:00 às 11:00	GRUPO COM O PD Técnico	GRUPO COM O PD Técnico	SUPERVISÃO CLÍNICA	GRUPO COM O PD Técnico	GRUPO COM PD Técnico
	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 – Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 – Livre (ver tv, dormir, descansar)
	13:00 às 14:00	OFICINA COM JORNAL E REVISTA Técnico	OFICINA EVA Técnico	REUNIÃO EQUIPE	OFICINA COM JORNAL E REVISTA Técnico	JOGOS Técnico
	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde
	14:30 às 15:30	OFICINA COM JORNAL E REVISTA Técnico	OFICINA COM JORNAL E REVISTA Técnico	OFICINA COM JORNAL E REVISTA Técnico	OFICINA COM JORNAL E REVISTA Técnico	OFICINA COM JORNAL E REVISTA Técnico
2ª SEMANA A 13/06 A 17/06	07:30 às 9:30	OFICINA EVA Técnico	OFICINA PAPIETÁGEM COM GUARDANAPO Técnico	SUPERVISÃO CLÍNICA	OFICINA EVA Técnico	OFICINA MÚSICA, CANTO, DANÇA Técnico
	10:00 às 11:00	ATIVIDADE LIVRE Técnico	INCENTIVO À LEITURA (LIVRO, REVISTA, JORNAL) Técnico	SUPERVISÃO CLÍNICA	ATIVIDADE LIVRE Técnico	ASSEMBLÉIA DE USUÁRIOS Técnico
	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 – Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 – Livre (ver tv, dormir, descansar)
13:00 às 15:00 14:00- Café da tarde	OFICINA MÚSICA E CANTO Técnico	OFICINA PAPIETÁGEM COM GUARDANAPO Técnico	REUNIÃO EQUIPE	BIJUTERIA Técnico	JOGOS Técnico	

3ª SEMANA A 20/06 A 24/06	07:30 às 9:30	MOSAICO Técnico	OFICINA EVA Técnico	SUPERVISÃO CLÍNICA	OFICINA DE PINTURA Técnico	OFICINA DE JORNAL E REVISTA Técnico
	10:00 às 11:00	GRUPO COM O PD Técnico	ATIVIDADE LIVRE Técnico	SUPERVISÃO CLÍNICA	GRUPO COM O PD Técnico	GRUPO COM PD Técnico
	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 – Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 –Livre (ver tv, dormir, descansar)	11:00- Almoço. 11:30 as 13:00 – Livre (ver tv, dormir, descansar)
	13:00 às 15:00	MOSAICO Técnico	GRUPO COM O PD Técnico	REUNIÃO EQUIPE	OFICINA MOSAÍCO Técnico	JOGOS Técnico
	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde	REUNIÃO EQUIPE	14:00- Café da tarde	14:00- Café da tarde
4ª SEMANA 27/06 A 30/06	07:30 às 9:30	OFICINA BIJUTERIA Técnico	OFICINA PAPIETÁGEM COM GUARDANAPO Técnico	SUPERVISÃO CLÍNICA	OFICINA Técnico	OFICINA MÚSICA, CANTO, DANÇA Técnico
	10:00 às 11:00	OFICINA DE DESENHO LIVRE Técnico	JOGOS	SUPERVISÃO CLÍNICA	ASSEMBLÉIA DE USUÁRIOS Técnico	DESENHO LIVRE Técnico
	13:00 às 15:00	OFICINA MÚSICA E CANTO Técnico	OFICINA PAPIETÁGEM COM GUARDANAPO Técnico	REUNIÃO EQUIPE	GRUPO COM A ENFERMAGEM	JOGOS Técnico
	14:00- café da tarde					



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE H - FLUXO DE ALTA PACIENTES CAPS SAÚDE MENTAL ADULTO

1) ATIVIDADES TÉCNICAS

- ✓ Discutir alta com equipe do CAPS II, caso tenha necessidade;
- ✓ Ter diálogo com a equipe do CAPS II sobre alta do paciente;
- ✓ Retomar o contrato terapêutico com o paciente e familiar, lembrando o funcionamento do

CAPS e transferência do cuidado/alta;
- ✓ A alta do paciente será de comum acordo entre as duas referências técnicas (PR e médico);
- ✓ O procedimento formal da alta do CAPS pode ser feito pelo médico especialista de referência do caso ou pelo próprio PR e somente em atendimento presencial com o paciente, e se necessário, com algum familiar ou responsável;
- ✓ A alta deve ser feita em 03 vias segundo formulário específico, sendo: uma via para o paciente, uma para a unidade em que for encaminhado e a outra via será anexada no prontuário;
- ✓ Enviar uma via ao ESF de referência, caso o paciente não seja referência do Centro de Saúde que foi agendado o psicólogo;
- ✓ Quando a alta for feita pelo psiquiatra, agendar ou chamar o PR para formalização;
- ✓ O PR fará contato telefônico com a Atenção Básica, e deixar consulta com psicólogo agendada no Centro de Saúde de referência.;
- ✓ Na alta, entregar ao paciente receita por no mínimo 60 dias;
- ✓ Comunicar à farmácia, via formulário/ficha específica sobre a alta;
- ✓ A farmácia entrará em contato com a farmácia distrital comunicando sobre a alta do paciente;
- ✓ Quando se tratar de alta por abandono, registrar tal informação no prontuário e no RAAS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE I - DIVISÃO DO TERRITÓRIO POR PR

A partir de 16/02/2023

REGIONAL LAGOA BOA VISTA

REFERÊNCIA TÉCNICA	BAIRROS
PROFISSIONAL Médico: XXXXX	JARDIM ANGÉLICA, NOSSA SENHORA CARMO I E II, NOVA SERRANA, SANTA TEREZINHA, ESTIVA, SILVA XAVIER, GOIABEIRAS, SÃO FRANCISCO, BOM JARDIM, SÃO PEDRO, SANTA MARCELINA, NEW YORK, OLINTO ALVIM, BREJINHO, CAMPO DE AVIAÇÃO, MANOA, J.K, PLANALTO I E II, SANTA ROSA, UNIVERSITÁRIO, ELDORADO, HONORINA PONTES, FAZENDA VELHA, SANTO ANTÔNIO, PIEDADE, CATARINA, SÃO GERALDO, SÃO JOSE,

PROFISSIONAL Médico: XXXXX	NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, EMILIA, SÃO VICENTE, ESPERANÇA, , FATIMA, PAPAVENTO. SÃO JOÃO, BOA VISTA, BRAZ FILIZOLLA, ALVORADA, SANTA RITA, SANTA CRUZ, VILA BRASIL, TITAMAR, SANTA ELIZA, SÃO DIMAS, SÃO CRISTOVÃO, MORRO REDONDO, VÁRZEA, VALE DAS PALMEIRAS I E II, MATA GRANDE, DONA DORA.
---	--

REGIONAL LAGOA GRANDE II

REFERÊNCIA TÉCNICA	BAIRROS
PROFISSIONAL Médico: XXXXX	CIDADE DE DEUS (ONDINA VASCONCELOS), BOUGANVILLE I E II, DONA SILVIA, MONTREAL I e II AREIAS, LUXEMBURGO, INTERLAGOS I E II, SANTA FELICIDADE, LAGOA GRANDE, LAGO AZUL.

PROFISSIONAL Médico: XXXXX	OROZIMBO MACEDO, BELO VALE I e II, JARDIM EUROPA, AEROPORTO, FUNCIONÁRIOS, GLÓRIA, BELA VISTA I, II e III, JARDIM PRIMAVERA I e II, NOSSA SENHORA DE LOURDES, CIDADE NOVA, NOVA CIDADE, APAC, PRESÍDIO.
PROFISSIONAL Médico: XXXXX	BERNARDO VALADARES, JARDIM DOS PEQUIS, VERDE VALE, KWAIT, IRAQUE, ALEX PAIVA, WENCESLAU BRAZ. ZONA RURAL (MINA D'AGUA, FAZENDA ÁGUAS CLARAS, CATAVENTO, CONDOMÍNIO SAMIRA CHAVES, FAZENDINHA VOVÓ CLÉIA).
REFERÊNCIA TÉCNICA	BAIRROS
PROFISSIONAL Médico: XXXXX	PROGRESSO, INDUSTRIAL, CENTENÁRIO, SÃO SEBASTIÃO, MORRO DO CLARO, RESIDENCIAL HERMITAGE, DANTE LANZA, INDÚSTRIAS, ESMERALDAS I E II, BRASÍLIA, CIDADE DEL REY, ITAPUÃ I E II,
PROFISSIONAL Médico: XXXXX	MONTE CARLO, TAMANDUÁ, CDI II, VABABUÇU, ANCHIETA, SANTA MARIA, PADRE TEODORO, IPORANGA, FLÓRIDA, CANADÁ I E II, BREJÃO, SANTA AMÉLIA, FAZENDA PAREDÃO, FAZENDA DA TURI, PEDREIRA.

REGIONAL LAGOA PAULINO

PROFISSIONAL Médico: XXXXX	SÃO JORGE, MANGABEIRAS, PANORAMA, JARDIM CAMBUI, MUCURI, VILA IPÊ, CEDRO CACHOEIRA, RECANTO DO CEDRO, SERRA, RETIRO DA SERRA, SANTA HELENA, NOVO HORIZONTE, BANDEIRANTES, CENTRO, RECANTO DA SERRA, JARDIM ARIZONA, CANAAN, CHÁCARA DO PAIVA. JARDIM AMÉLIA, BARREIRO DE BAIXO, BARREIRO
---	--

	DE CIMA, BOM JESUS, LONTRA, LONTRINHA, RIACHO DO CAMPO, POUSADA DO SOL, HENRIQUE NERY, OURO BRANCO, QUINTAS DA VARGINHA, MATOS DE CIMA, QUEBRA CANZIL, QUINTAS DO LAGO, PARAÍSO, PROJETO ACOLHER, CENTRO POP, SANTA LUZIA,
--	---



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE J - ESCALA MENSAL DE TRABALHO DA EQUIPE

	SEGUNDA FEIRA	TERÇA FEIRA	QUARTA FEIRA	QUINTA FEIRA	SEXTA FEIRA
MANHÃ	SALA 1-RT: XXX Suporte RT: XXX OU XXX SALA 2: XXXX SALA3: XXX SALA 4: XXX-Psi SALA 5: XXX-TO PD: XXX <u>Substituição</u> férias RT: 07/03: XXX 14/03:XXX	SALA 1-RT: XXX Suporte RT: XXXX SALA 2: XXXX-Psi SALA3: XXX SALA 4: XXX Sala 5: XXXX PD: XXXX <u>Substituição férias</u> PD: 15/03:XXXX 22/03: XXXX-TO 29/03: XXXX	REUNIÃO DE EQUIPE (RODÍZIO) -XXXX - TO -XXXX-Psi -XXXXX -XXXX -XXXX -XXXX -XXXXXX - XXXXX -XXXXXX -XXXXX -XXXXXX	SALA 1-RT: XXXX Suporte RT: XXXXX-Psi SALA 2: XXXXX SALA3: XXXX SALA 4: XXXX SALA 5: XXXX PD: XXXX E XXXX-TO	SALA 1-RT: XXXX e XXXX Suporte RT: XXX SALA 2: XXX SALA3: XXX SALA 4: XXX SALA 5: XXX PD: XXX-TO
TARDE	SALA 1-RTXXX Suporte RT: XXX- Psi (fixa de 12:00 as 13:00) SALA 2: XXX SALA 3: XXX-TO SALA 4: XXX SALA 5: XXXX PD: XXXX, XXXX e XXX (em rodízio). <u>Substituição</u> férias RT:: 07/03,14/03,21/03, 28/03- XXXX-Psi	SALA 1-RT: XXXX- TO Suporte RT: XXXX SALA 2: XXXX SALA3: XXXX SALA 4: XXXX-Psi SALA 5: XXXX PD: XXXXX	SALA 1-RT: XXXX Suporte RT: XXXX SALA 2: XXXX-Psi SALA3: XXXX SALA 4: XXXX Sala 5: XXXX-TO PD: XXXX	SALA 1-RT: XXXXX-Psi Suporte RT: XXXX SALA 2: XXX SALA3: XXXX SALA 4: XXXX SALA 5: XXXX-TO PD: XXXXX	SALA 1-RT:XXX Suporte RT: XXXX-TO SALA 2: XXXX SALA3: XXXX SALA 4:XXXX SALA 5:XXXX PD: XXXX-PSI



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE K - ATRIBUIÇÕES DO PR (profissional responsável)

- O paciente é de responsabilidade de todos os funcionários do Caps.
- O PR é definido, a princípio pela divisão territorial da rede.
- Todo paciente terá direito a ter, no mínimo, duas referências, sendo um PR profissional de nível superior e um psiquiatra.
- O PR será o responsável por fazer a RAAS do paciente, realizar o projeto terapêutico singular dos pacientes sob sua responsabilidade e monitorar sua frequência no serviço.
- No projeto terapêutico singular (PTS), constará todas as informações essenciais do paciente (como: regime de tratamento, dias, horários, oficinas, suas duas referências, CID, comorbidades, justificativa de inserção no Caps, contato de familiares ou responsáveis, unidade básica de saúde, dentre outros dados).
- Toda alteração feita pelo PR deverá ser registrada no PTS e no prontuário.
- Realizar oficinas terapêuticas estruturadas e não estruturadas.
- Permanecer na oficina terapêutica, em seu dia de execução, informando à coordenação e aos demais funcionários, dia, horário e atividade a ser realizada. Esta oficina poderá ser realizada com o auxílio dos monitores de atividades terapêuticas. Caso não seja seu dia de oficina, poderá auxiliar os demais técnicos nas demandas do serviço.
- Realizar atendimentos de pacientes sob sua responsabilidade, de acordo com sua área específica de formação profissional. Fazer orientação a familiares, dialogar com a unidade de saúde básica na qual o paciente é atendido. O PR é uma das referências do caso, e não a única.
- Discutir os casos com o psiquiatra de referência, visando planejamento e evolução do tratamento do paciente.
- Informar à farmácia se há restrições ou observações para liberação de medicações.
- O paciente poderá mudar de referência técnica se houver indícios de contratransferência.
- Realizar visitas domiciliares quando necessário.
- Apresentar à equipe pacientes, sob sua responsabilidade, quem venham a frequentar a permanência dia.
- Estar disponível para participar integralmente da reunião semanal de equipe, não agendar atendimentos ou visitas domiciliares no horário desta.
- Fazer encaminhamentos e contatos com a rede intersetorial e socioassistencial, sempre que necessário, e relatar no PTS.

- Quando estiver em férias, planejar acompanhamento, com outro técnico, de seus casos mais graves e delicados, que não poderão ficar descobertos neste período de sua ausência.
- Avaliar permanência do paciente no Caps.
- A alta do paciente será de comum acordo entre as duas referências técnicas (PR e médico). Seguir fluxo de alta pactuado com a equipe. A alta somente será realizada em atendimento presencial com o paciente, e se necessário, com algum familiar ou responsável pelo paciente. No procedimento de alta, o PR fará contato com o psicólogo do Centro de Saúde de seu território e agendará um atendimento. Fará o relatório de alta em três vias sendo uma para o paciente, uma a ser anexada no prontuário e a outra enviada via malote para o Centro de Saúde. Também informará via relatório à ESF do paciente quais medicações ele está em uso.
- No relatório de alta informar a quantidade de medicação liberada no ato da alta.
- No momento da alta providenciar receita para 60 dias. Orientar o paciente e/ou familiar procurar a farmácia do Caps para liberação a liberação dos medicamentos padronizados.
- O PR poderá antecipar a consulta com ele próprio, ou com o psiquiatra quando avaliar dados que justifiquem maior cautela e urgência.
- O PR agendará seus pacientes nos dias em que tiver sala reservada para atendimento.
- Na ausência do PR, outro técnico realizará o atendimento emergencial e definirá condutas necessárias.
- O preenchimento de papeladas, relatórios, declarações ou demais documentos escritos, é de responsabilidade do PR e psiquiatra de referência.
- Orientar a equipe sobre paciente que necessitam usar o transporte do Caps para vir às oficinas.
- Orientar a equipe caso o paciente tenha alguma restrição ou recomendação alimentar.
- Casos de pacientes ausentes do Caps serão reportados ao PR. Cabe ao PR realizar busca ativa.
- O PR poderá solicitar auxílio de outro técnico, no caso ou situação que necessite breve acompanhamento para especificidade diferente de sua área de formação profissional. Continuando como a da referência do caso.
- Todo PR, quando solicitado, fará e apresentará estudo de caso clínico dos pacientes sob sua responsabilidade.
- Cabe ao PR participar das reuniões de matriciamento de sua área ou núcleo de referência.
- Agenda de atendimentos deverá ser aberta, conferida e administrada por cada PR.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
SECRETARIA DE SAÚDE



APÊNDICE L – FLUXO DE ALTA DA FARMÁCIA

ALTA PARA A FARMÁCIA CAPS ADULTO

NOME:		
ENDEREÇO:		
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	Nº DO CONSELHO:	DATA:

Medicamentos

	Nome do Medicamento	Data	Quantidade	Assinatura
01				
02				
03				
04				
05				
06				
06				
07				
08				
09				
10				
10				
11				
12				

13				
14				
15				
16				
17				
18				



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE M - CALENDÁRIO DE APRESENTAÇÃO DE CASOS DA SUPERVISÃO:

- PROFISSIONAL XXXXXX----- **09/02**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **23/02**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **09/03**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **16/03**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **23/03**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **06/04**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **13/04**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **20/04**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **11/05**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **25/05**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **01/06**
- PROFISSIONAL XXXXXX----- **08/06**



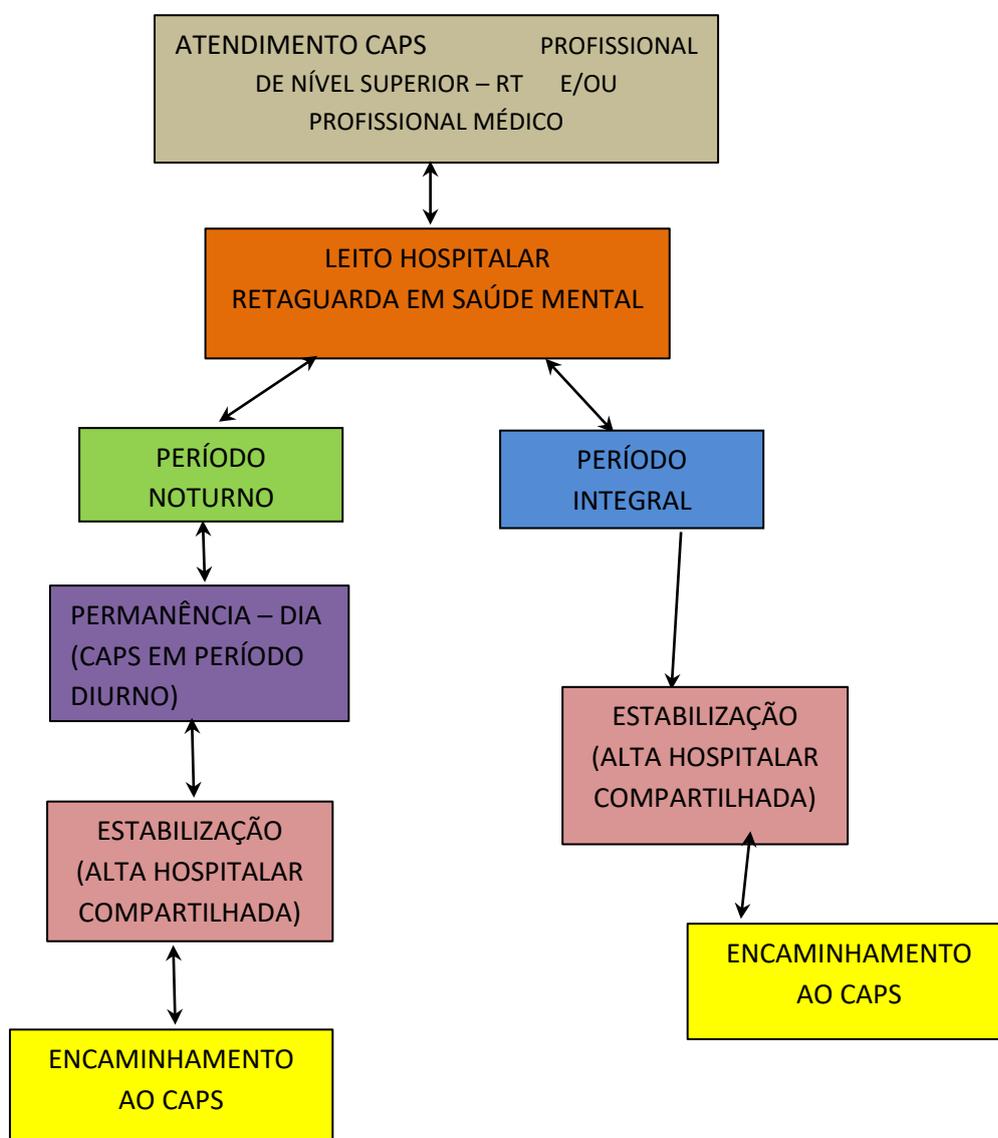
PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE N – FLUXO ENTRE O CAPS E HM

LEITOS DE RETAGUARDA DE SAÚDE MENTAL

CAPS ↔ HOSPITAL MUNICIPAL



ORIENTAÇÕES FLUXO CAPS ↔ HOSPITAL MUNICIPAL

O encaminhamento aos leitos de retaguarda de saúde mental será realizado pela equipe técnica dos CAPS.

O relatório de encaminhamento ao Hospital Municipal descreverá a demanda para a internação, as prescrições e a previsão de internação do paciente. Poderá descrever a data de retorno para uma nova avaliação pelo CAPS.

A internação poderá acontecer em período integral ou período noturno, nesse caso, com a presença diária do paciente em permanência dia no CAPS. Tais orientações poderão ser informadas no relatório de encaminhamento ou em articulação com a equipe de saúde mental do Hospital Municipal.

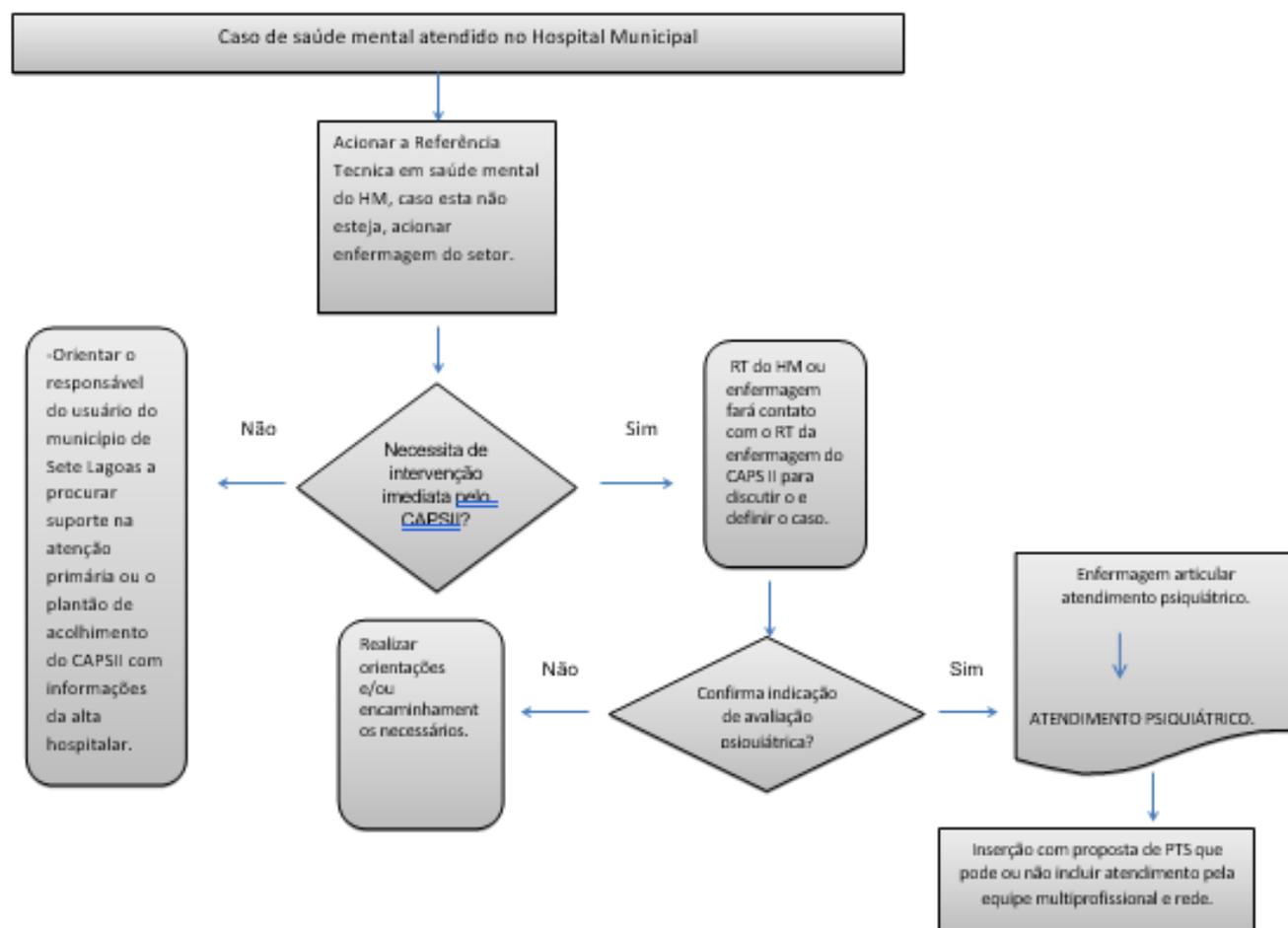
Quando em possibilidade de alta diante quadro de estabilização, a alta será articulada em construção com a equipe do CAPS e a equipe de saúde mental do Hospital Municipal.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE O - FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS DO HOSPITAL MUNICIPAL
PARA ATENDIMENTO NO CAPSII





PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE P - ATUALIZAÇÃO DA FOLHA DE EVOLUÇÃO DOS PRONTUÁRIOS

Nº da folha:

Nº do prontuário:

Nome:

FOLHA DE EVOLUÇÃO

DATA

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE Q - INFORMATIVO INTERNO DA PERMANÊNCIA DIA.

NOME DO PACIENTE:

NOME DO PR:

1. FARMÁCIA:

A) USO DE MEDICAMENTOS NA UNIDADE?

() SIM () NÃO

B) MEDICAÇÃO FRACIONADA PARA LEVAR PARA CASA?

() SIM () NÃO

C) QUAIS DIAS DA SEMANA?

2. ENFERMAGEM:

A) CARRO?

() SIM () NÃO

B) USO DA MEDICAÇÃO NA UNIDADE?

() SIM () NÃO

C) PD?

() SIM () NÃO

D) QUAIS DIAS DA SEMANA?

OBS: NA MUDANÇA DE PLANO SINGULAR TERAPÊUTICO, AVISAR COM ANTEDCEDÊNCIA DE NO MÍNIMO 3 DIAS AOS SETORES PARA MELHOR ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO.

ASSINATURA DO PR:

DATA:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE R - CALENDÁRIO DO GRUPO DE ESTUDOS

PREVISÃO DO CALENDÁRIO DE GRUPO DE ESTUDOS -
INÍCIO ÀS 15h0min
TÉRMINO 16h00min – TODA PRIMEIRA SEXTA DO MÊS.

25/05/2022	Matriciamento
03/06/2022	Lei federal de nº 10.216
01/07/2022	Portaria nº 336
05/08/2022	Portaria nº 189 e portaria nº 1.455/GM
02/09/2022	Portaria nº 3.088
07/10/2022	A equipe do CAPS
04/11/2022	Saúde Mental na Terceira idade.
02/12/2022	Saúde Mental no adulto.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



**APÊNDICE S - ESTRUTURA DA REUNIÃO DE EQUIPE-DEFINIDA EM SUPERVISÃO
CLÍNICA INSTITUCIONAL**

INÍCIO DA REUNIÃO ÀS 13h30min
TÉRMINO 16h00min – TODA QUARTA FEIRA

13h30min às 14h00min	DISCUSSÃO DE CASOS DE ACOLHIMENTOS DA SEMANA
14h00min às 15h00min	PARTE ADMINISTRATIVA
15h00min às 16: 00min	DISCUSSÃO DE CASOS INSERIDOS NO CAPS II.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE T - TEMAS PARA SUPERVISÃO -CAPS II - 2022

DATA	TEMA
28/01/2022	Encontro online das supervisoras e coordenadora para definir objetivo de definir a estruturação das supervisões institucionais dos CAPS em Sete Lagoas.
02/02/22,09/02/22,23/02/22	Diagnóstico situacional do Serviço Assessoramento sobre Reforma psiquiatria, serviços substitutivos e saúde mental na contemporaneidade.
02/02/22,13/04/2022	Raps
02/02/22	Componentes da Raps
16/03/2022	Quando caracteriza tentativa de A.E em Caps?
20/04/2022	Deficiência intelectual
23/03/2022,04/05/2022	Fluxo interno Caps II- Obs: falado sobre BPA-C E RAAS E BPA-I
25/02,30/03,11/05,04/05	Fluxo de saúde mental de Sete lagoas.
04/05,11/05	Função do PR.
04/05,01/06	Importância da alta no caps II.
30/03,06/04	O trabalho em rede
02/02,09/02,23/02	Relacionamento interpessoal
20/04	Psicose x deficiência mental/intelectual
10/08	Paciente de saúde mental judicializados
17/08	Assessoramento pelo processo de alta no Caps II e limitações da rede e inserção no mercado de trabalho.
22/06	Matriciamento.
08/06	Estudo de caso com o CAPS infantil
15/06/2022	Comunicação e matriciamento com a rede de urgência.
02/02,13/04	Assessoramento sobre o papel do CAPS II, no fortalecimento da Raps.

25/02/2022	Assessoramento sobre fluxo de Saúde Mental no município de Sete Lagoas- uma construção urgente
25/02, 09/03, 20/04	Assessoramento sobre acolhimento inicial e situações de crise: quem é o público do CAPS? .
30/03/2022	Assessoramento sobre leitos de retaguarda e o matriciamento com a rede de urgência
Quarto quadrimestre	Assessoramento sobre fortalecimentos dos vínculos familiares/ comunitários e o paciente portador de sofrimento mental
20/07/2022	Assessoramento epidemiologia dos transtornos mentais em Sete Lagoas.
23/03/2022 e 04/05	Assessoramento sobre cotidiano do CAPS II e o manejo com os pacientes.
13/07/2022	Assessoramento a importância do Acolhimento Diurno e atividades grupais no âmbito do CAPS II.
06/07/2022	Adesão do usuário ao tratamento medicamentoso
03/08/2022	Notificação compulsória dos transtornos mentais.

24/08	Atividades terapêuticas no cotidiano do CAPS II.
--------------	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE U - ESCALA GRUPO DE FAMÍLIA

16/08/2022	A importância da família ao tratamento do paciente no CAPS II. (XXXX E XXXX)
13/09/2022	RAPS do município de Sete Lagoas. (XXX E XXX)
18/10/2022	A importância do tratamento medicamentoso. (XXXX E XXXX)
08/11/2022	Os desafios de cuidar de um paciente de Saúde Mental (XXXX E XXXX)
13/12/2022	Cuidando de cuidador. (XXXX E XXXX)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
Secretaria Municipal de Saúde CAPS II
Emiliano Tolentino



APÊNDICE V – PREENCHIMENTO BPA-C

BPA-C _____ Mês: _____ /2022

PROFISSIONAL	MATRICIAMENTO 0301080305	EQUIPE+REDES+SUPERVIS ÃO 0301080259	ATENDIMENTO POR TELEFONE 0301080267
Psicóloga			
TOTAL			
TO			
TO			
TOTAL			
Enfermeiro			
Enfermeira			
TOTAL			
Assistente Social			
TOTAL			

APÊNDICE X – TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

A Isabella Oliveira, Referência Municipal de Saúde Mental de Sete Lagoas/MG está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa “Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: relato de experiência de supervisão clínico institucional no município de Sete Lagoas/MG”, de responsabilidade da pesquisadora Keyla Antunes Kikushi Câmara e pesquisadora Dra. Muna Muhammad Odeh, com a finalidade de apresentar a dissertação para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como instituição proponente do projeto de pesquisa.

O estudo consiste num relato de experiência (RE), ancorado na Supervisão Clínico Institucional realizada no CAPS II - Unidade de Saúde Mental Emílio Teófilo - CNES: 212747 no Município de Sete Lagoas do estado de Minas Gerais, no período de 2022 a 2023, com a frequência de (quatro) horas semanais em regime presencial, conforme estabelecido no Contrato Administrativo nº 093/2021. Trata uma pesquisa de abordagem qualitativa, visando gerar reflexões e uma proposta conceitual e metodológica da sua aplicabilidade, na prática das supervisões clínico institucionais nos CAPS.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e assegura que dispõe de infra-estrutura necessária para a garantia da execução do projeto.

Brasília, 28 de outubro de 2023

Diretor(a) responsável da Secretaria Municipal de Saúde:

Nome/Assinatura/Carimbo: 
Isabella Oliveira
Mun. 54141
Referência Municipal de Saúde Mental
54141/51

Pesquisadora responsável pela pesquisa:

Keyla A Kikushi Câmara

Pesquisadora Responsável pelo protocolo de pesquisa:

Muna Muhammad Odeh

ANEXO A - MEMORANDO SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD Nº 534/202

25/08/2020

SEIGOV/MG - 18185090 - Memorando



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
 Secretaria de Estado de Saúde
 Diretoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Memorando.SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD.nº 534/2020

Belo Horizonte, 13 de agosto de 2020.

Para: Coordenação de Atenção à Saúde

Unidade Regional de Saúde

A/C: Referências técnicas de Saúde Mental

Assunto: Supervisão Clínico-Institucional - Resolução SES/MG Nº 7.168, de 20 de julho de 2020

Referência: [Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 1320.01.0083609/2020-39].

Prezadas referências técnicas,

Cumprimentando- as cordialmente, a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em conformidade com a Resolução ES/MG Nº 7.168, de 20 de julho de 2020, que estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à **realização de supervisão clínico-institucional** nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, vem através deste memorando esclarecer que:

A Diretoria de Saúde de Mental, Álcool e outras Drogas não possui conhecimento especializado ou competência instituída para emitir julgo de valor sobre aspectos relativos a contratualização do Supervisor Clínico Institucional a ser realizada pelos municípios, sendo esta atividade uma competência dos citados. No entanto, de acordo com as dúvidas pertinentes ao período eleitoral, compreendemos que existe a necessidade de **análise dos setores jurídicos municipais junto a legislação vigente nos mesmos** a ser realizada.

Deste modo informamos que os prazos previstos para envio e aprovação do plano permanecem os mesmos, ou seja, o gestor deverá elaborar o plano em até 30 dias após o recebimento do recurso e a Unidade Regional de Saúde deverá avaliar e emitir parecer conclusivo em até 15 dias após findado o prazo do município, sendo que a orientação desta diretoria é que o plano preveja sua execução em até 12 meses. Havendo impeditivos legais quanto a execução por parte dos municípios a Diretoria **podará rever o prazo de execução mediante a alteração na resolução**.

Na elaboração do plano o município deverá inserir os meses por ordem cronológica, ou seja, mês 1, mês 2, mês 3 e assim sucessivamente até 12 meses, conforme modelo ilustrativo [18253162].

25/08/2020

SEI/GOV.MG - 18185060 - Memorando

Salientamos também que foi instruído consulta ao setor jurídico da Secretaria Estadual de Saúde SES/MG por parte da Diretoria e de acordo com os apontamentos deste daremos maiores orientações, caso seja necessário.

Sendo o que se apresenta pelo momento, nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Emerson Vinicius Barroso da Silva

Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Lirica Salluz Mattos Pereira

Diretora de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas



Documento assinado eletronicamente por **Lirica Salluz Mattos Pereira, Diretor(a)**, em 14/08/2020, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Emerson Vinicius Barroso da Silva, Servidor (a) Público (a)**, em 14/08/2020, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_documento_acesso_externo=0, informando o código verificador **18185060** e o código CRC **ACD88AF9**.

Referência: Processo nº 1320.01.0083606/2020-39

SEI nº 18185060