

## **Psicanálise e a supervisão clínico-institucional de ambulatórios ampliados de saúde mental no SUS**

*Psychoanalysis and clinical-institutional supervision of mental health day clinics in the Brazilian Public Unified Health System*

*Psicoanálisis y supervisión clínico-institucional de ambulatorios ampliados de salud mental en el Sistema Único de Salud de Brasil*

*Psychanalyse et supervision clinico-institutionnelle des ambulatorios de santé mentale dans le Système Unifié de Santé Brésilien*

CAMILA DONNOLA

JULIANA CASTRO ARANTES

JULIO NICODEMOS

ANA PAULA BRITO GUEDES

MARIANA SLOBODA

Este trabalho trata da construção da Rede de Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental na cidade de Niterói (RJ) como parte da Rede de Atenção Psicossocial do município. Na busca por serviços efetivos e atentos ao seu mandato assistencial, discute-se a partir da psicanálise a questão do lugar da supervisão clínico-institucional em ambulatórios de saúde mental do SUS, como um dos dispositivos de trabalho essenciais na sustentação de uma rede articulada de serviços de saúde mental.

*Palavras-chave:* Ambulatório. Psicanálise. Saúde mental. Supervisão. SUS.

### **Breve introdução**

O trabalho em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) está em uma fronteira tênue entre os princípios de universalidade e equidade que orientam o sistema como um todo e a construção de saídas locais e adaptadas às demandas mais presentes em determinado território. Nessa construção, podem ser incluídos diversos modos de refletir sobre as formas concretas de implementação da Rede de Atenção Psicossocial em cada região.

Em Niterói, no processo de construção da rede de serviços substitutivos de saúde mental que se iniciou nos anos de 1990, além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a gestão optou por dispositivos chamados Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental. Estes contam com equipes multiprofissionais e são um dos espaços para o cuidado de casos de gravidade intermediária que, em um primeiro momento, não demandam o cuidado de um modelo CAPS, mas costumam necessitar de intervenções multiprofissionais. Dessa forma, a implantação de serviços tipo Ambulatório Ampliado busca garantir o cuidado no território e o acesso ao Sistema Único de Saúde, conforme determinado pela Lei 10.216 de 2001.

Os Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental são entendidos como dispositivos multiprofissionais de cuidado territorial de cuidado integral em saúde mental para usuários com quadros de sofrimento psíquico que não demandam uma atenção de Centros de Atenção Psicossocial, ou seja, que não necessitem de intervenções diárias, mas que ainda assim precisam de uma proximidade do cuidado que exceda as possibilidades da atenção primária, ou seja complementar a ela.

Na experiência diária, questões de diversas ordens atravessam o trabalho em saúde mental e a supervisão clínico-institucional tem sido considerada uma estratégia para dar suporte cotidiano às equipes, oferecendo um espaço de trocas e de construção de uma prática que seja, ao mesmo tempo, baseada no desejo de cada profissional e, na medida do possível, compartilhada por toda a equipe. Nas supervisões destes dispositivos de saúde, além de tomar como bússola do trabalho as coordenadas instituídas pela clínica psicanalítica desde Freud a Lacan, parte-se do cuidado instituído pelas diretrizes políticas do campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim, aposta-se sempre na articulação entre a dimensão inconsciente do sofrimento psíquico e os atravessamentos territoriais/psicossociais presentes no laço social destes sujeitos com os quais se maneja a partir da escuta com os profissionais implicados no cuidado.

## **Dos antecedentes**

Niterói é um município do Rio de Janeiro com aproximadamente 480 mil habitantes<sup>1</sup>. Fica localizado na região metropolitana e, até 1975, era a capital do estado, o qual foi fundido com o antigo estado da Guanabara e teve sua capital transferida para a cidade do Rio de Janeiro. Em termos de SUS, Niterói oferece, historicamente, uma ampla rede de serviços e foi o primeiro município do país a implantar o modelo de saúde da família (Programa Médico de Família – PMF), baseado no modelo originalmente constituído em Cuba.

No que concerne à saúde mental, Niterói ainda possui um grande hospital psiquiátrico em funcionamento – com projeto de desinstitucionalização em curso – com enfermaria de curta permanência, duas enfermarias de crise (feminina e masculina) e uma enfermaria de longa permanência em vias de fechamento. Além do hospital, a rede é atualmente constituída por sete ambulatórios ampliados de saúde mental, três CAPS II (dois de adultos e um infanto-juvenil), um CAPS AD III e um centro de convivência, além de serviços residenciais terapêuticos. Os serviços são distribuídos pelo território da cidade cobrindo toda a população, ainda que de modo insuficiente de acordo com a relação populacional estabelecida pela portaria que institui os CAPS (Portaria 336/2002 do MS). No momento, parte da rede teve sua gestão transferida para uma fundação privada de direito público. Os ambulatórios ainda se mantêm sob a gestão direta do município, assim como o hospital.

Ao longo de sua existência, a rede de saúde mental de Niterói funcionou com uma importante direção clínica de cuidado dos casos, sem deixar de lado a articulação com o trabalho territorial em diversas frentes. A Coordenação da Rede de Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental tem focado atualmente na reflexão sobre algumas frentes, com destaque para a discussão sobre o lugar da supervisão no suporte ao trabalho clínico-institucional das equipes, como se pretende apresentar a seguir.

## **Do lugar da supervisão e seus desafios**

De acordo com o edital do Ministério da Saúde de julho de 2005, “*a supervisão clínico-institucional*” é uma forma de “*qualificar os serviços*” oferecidos pela rede de atenção psicossocial e é entendida como um “*espaço de discussão e estudo da equipe*”

---

<sup>1</sup> De acordo com o censo de 2023, o município conta com 481.749 habitantes.

*técnica do CAPS a respeito tanto dos projetos terapêuticos individuais e do serviço, quanto das articulações com o território onde o CAPS se situa e dos processos de gestão e da clínica do serviço”* (Brasil, 2005). Para a psicanálise, a supervisão clínica é um dos eixos do tripé de formação do analista, junto com a formação teórica e a análise pessoal. Trata-se, portanto, de parte essencial de um investimento subjetivo na própria formação.

Nesse encontro da psicanálise com a saúde pública, entende-se que a supervisão é um dos espaços possíveis de serem ofertados para o compartilhamento das angústias cotidianas diante do trabalho no SUS, além de configurar uma importante estratégia de educação permanente dos profissionais. Situações graves psíquica e socialmente, dificuldades de trabalho dentro da equipe e na construção da rede, fragilidades do sistema, precarização, empuxo à privatização dos serviços e desafios da clínica são só algumas das questões com as quais nos deparamos diariamente no trabalho. Mesmo que esse confronto seja necessariamente solitário, há algo dele que pode e deve ser compartilhado e, por isso, o trabalho é em equipe. A presença de diversos olhares e escutas apoia o encontro com os nós do trabalho.

O modelo de supervisão adotado consiste na contratação de supervisores escolhidos pelas coordenações locais – com a possibilidade da participação dos profissionais nessa decisão – que frequentem as reuniões semanais no serviço. Cada equipe tem seu horário de reunião que dura em torno de quatro horas (equivalente a um turno de trabalho). Além disso, as coordenações podem ter um horário particular com a supervisão em que são abordadas questões mais específicas em relação à gestão das equipes. Nas supervisões, podem ser discutidos casos (situações clínicas individuais) ou questões institucionais (situações clínicas coletivas). Enfim, qualquer tema que possa ser relevante para o cotidiano dos serviços. O objetivo não são respostas para a problemática apresentada, mas sobretudo compartilhamento, exercício de se colocar palavras no que se apresenta como barreira para o trabalho e interrogação para o desejo de quem se decide a falar. Alguns temas podem ser apresentados de forma coletiva, enquanto outros abordam o encontro de um profissional com um caso.

Entende-se o lugar do supervisor como *êxtimo* à equipe, isto é, um lugar de dentro e ao mesmo tempo de fora, o que o coloca em uma posição de não ser o especialista sobre o que acontece na clínica cotidiana. É preciso entender que a equipe técnica tem o seu saber e assim garantir seu espaço de fala. Ou seja, a presença do supervisor nas reuniões

visa a sustentar uma fala da equipe marcada pelos impasses e angústias de um mal-estar com o fazer que está presente para todos.

A prática clínica é atravessada pela experiência – geralmente acompanhada de alguma angústia – de não se saber a exata medida do sofrimento daquele que fala, de não se saber de antemão o que irá curá-lo, nem mesmo do que possa ser o bem para determinado sujeito (Lacan, 1959-1960). Cada intervenção é atravessada por diversos elementos e, frequentemente, apenas é possível dizer algo sobre ela só depois, pelos seus efeitos. De modo geral, as coisas parecem ser mais fáceis quando se sabe. Pode ser desafiador sustentar que só se saiba depois, pelo sentido que se dá aos efeitos que se recolhe a partir de um ato. Pode-se entender como sendo essa a função da supervisão: acolher e pôr a trabalhar aquilo que não se sabe. Dito de outra forma, é o lugar em que as diversas questões produzidas no trabalho são lançadas e onde cada um que compõe uma equipe, com sua formação, percurso e estilo próprios, pode engajar seu desejo para a construção coletiva de trabalho. Essas construções vão tecendo um caso ao delinear uma direção de trabalho com os elementos recolhidos a partir do encontro entre profissional e usuário do serviço: o que o traz ali, suas demandas, sofrimentos, confusões, seu modo de se vincular, seu território, sua rede, suas preferências para a vida entre outras coisas.

No encontro com pessoas que têm suas vidas marcadas por intenso sofrimento psíquico, é preciso suportar o que fracassa, não tem solução definitiva, escapa às regras e às prescrições. Suportar o risco que está presente em cada intervenção e aposta. Precisa-se poder suportar a experiência de não saber como resolver a vida do outro para que ele possa construir seu caminho. A supervisão é o recurso que é construído ao longo da Reforma Psiquiátrica para que coletivamente seja possível elaborar as vias para sustentar esse trabalho complexo, sempre em direção à cidade e à vida.

Portanto, a supervisão como estratégia valoriza o espaço e o tempo posteriores, como foi visto, para produzir saber a partir do que terá ocorrido desse encontro profissional/usuário (o que se ouviu e o que se disse) ou entre profissionais (podendo lidar com os conflitos próprios a qualquer grupo). A função de um supervisor é tornar-se um agenciador de forças e não de identidades. Esse é um desafio importante para um ambulatório de saúde mental composto por muitos psicólogos e com importante parte da clientela em acompanhamento psiquiátrico. A possibilidade de compartilhar a angústia pode devolver o fôlego necessário para que uma equipe siga no trabalho. A grande

armadilha cotidiana para o supervisor é a de ser um suposto detentor das condutas técnicas, o que o colocaria desse modo em um lugar de mestre.

Não é incomum que os ambulatórios que prestam atendimento em saúde mental sejam organizados como ambulatórios de especialidades, onde psicólogos e psiquiatras atendem de forma isolada. Diferente de um CAPS, que tem em sua organização interna, procedimentos coletivos e interdisciplinares, além de espaços específicos para o compartilhamento rotineiro de informações sobre o trabalho – o que não é, evidentemente, sem falhas ou problemas. A rotina dos atendimentos individuais nos consultórios e a distribuição da equipe ao longo da semana podem representar desafios importantes para caminhar na direção de uma interdisciplinaridade em ato. Assim, o espaço de encontro semanal em supervisão é uma estratégia essencial para a construção e sustentação de um funcionamento que precisa ser coletivo e interdisciplinar, focando no cuidado em saúde mental no ambulatório. Outro desafio está, portanto, no risco de uma discussão centrípeta, voltada só para dentro da unidade, sem também ser atravessada pelas políticas públicas de saúde mental. É necessário estar atento ao risco da cronicidade das ações, o que pode estar para além dos muros manicomiais. Cabe à supervisão favorecer a criação de outros sentidos que não a dimensão meramente funcional, cabendo a ela também movimentar, deslocar para outro lugar, colocando em análise os processos de trabalho de todos, inclusive os da gestão.

A supervisão é o espaço onde devem aparecer os entendimentos de cada um sobre a missão do serviço, suas ações e prioridades em um dado momento. É importante assinalar que as prioridades de um serviço e ações que lançamos mão para responder a elas não são imutáveis e eternas. Elas mudam por necessidades internas ou externas aos serviços. Elas podem ser as poucas salas, a ausência de profissionais ou uma pandemia no meio do caminho. Como fazer com tantos técnicos, tão poucas salas e tanta gente para ser atendida? Um dos ambulatórios da rede partiu dessa questão e chegou a um projeto de matriciamento da atenção básica. Isso não resolveu o problema das salas. De fato, parece que uma supervisão não se presta principalmente a resolver coisas, mas é a partir desse espaço que algum saber sobre os problemas pode ser construído coletivamente e certo modo de funcionar do ambulatório vai sendo produzido também. Já em outro dos ambulatórios ampliados, as intervenções da supervisão podem tomar todo o tempo da reunião de equipe, inclusive em pautas não referentes a casos clínicos. Nos últimos anos, foram instituídos ainda espaços quinzenais de supervisão com a gestão.

As discussões ampliam-se abrangendo cada vez mais os casos clínicos e seu manejo atravessado também por questões institucionais. Desse modo, é possível se afastar da ideia de o ambulatório ser o centro e tomar a direção de que ele seja uma parte da rede de cuidados de determinado usuário. Como exemplo está o espaço dado para questões referentes a articulações clínicas em rede, a Conferência Municipal de Saúde, o Fórum dos Trabalhadores, etc.. Esse desafio para os ambulatórios – e também para toda a rede – está, portanto, em caminhar para uma relação de trabalho clinicamente potente entre os diferentes serviços, construindo relações de respeito e confiança entre os pares dos diversos dispositivos. Na supervisão, com todos os atravessamentos clínicos e políticos recentes, é importante se trabalhar em *como* seguir apostando na possibilidade de uma rede territorial potente na prática das discussões clínicas.

É possível citar como exemplo o fenômeno da violência contra mulheres bastante presente na porta de entrada de um dos ambulatórios ampliados. Durante consecutivas supervisões onde os profissionais traziam casos acolhidos pela primeira vez no ambulatório, foi identificado um traço comum entre todos eles: casos de mulheres em grande sofrimento psíquico que viviam situações de violência doméstica perpetradas pelos seus próprios companheiros. Obviamente, cada caso apresentava suas especificidades e manejos clínicos singulares, entretanto, era urgente escutar algo que aquele território dizia através das histórias daquelas mulheres e que não poderia ser negligenciado. A direção de trabalho foi justamente a de inventar estratégias que pudessem não apenas cuidar do sofrimento, mas investir nos laços comunitários daqueles sujeitos de modo que pudessem trocar informações e estratégias de sobrevivência diante daquilo que experimentavam em seus espaços privados. Também foi necessário permitir que a equipe olhasse para as redes de atenção com as quais mantinham seus diálogos e incluísse a rede de atenção à violência doméstica do município.

Além disso, dentre as potências das equipes está o lugar dado à preceptoria de residentes e estagiários que sempre apareceu de forma clara e forte no trabalho. Outra potência da equipe está no valor dado à garantia ao acesso ao serviço. A forma de pensar o acolhimento é dinâmica, havendo reavaliação a cada nova circunstância dentro e fora da unidade. O cuidado contínuo com a porta de entrada é uma pauta constante no trabalho em equipe visando sempre à qualificação do cuidado e da escuta. Além disso, há a construção de estratégias clínicas para diminuir a possibilidade de institucionalização que pode acontecer em qualquer dispositivo de cuidado. Foca-se na implicação do sujeito no

uso desse espaço. Observa-se a ênfase de pautas referidas ao fortalecimento de espaços clínico-políticos, como as assembleias, a potencialização das atividades coletivas, opondo-se assim a um imaginário sobre os ambulatórios em geral, em que todos sempre trabalham individualmente, cada um em sua sala.

A Coordenação dos Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental mantém atualmente reuniões regulares com todos os supervisores, o que permite ampliar nossas reflexões a respeito dessa função específica “dentro/fora”. Essas reuniões também possibilitam articulações e a clareza sobre as direções de trabalho e prioridades dadas pela gestão da Rede de Saúde Mental do município.

### **Supervisão e ameaças ao SUS**

No contexto recente da gestão em saúde mental na cidade, ressalta-se a sensação de instabilidade sobre o futuro dos ambulatórios. A angústia é cada vez mais presente nas reuniões de equipe. A pergunta que se repete é: “Qual o lugar dos ambulatórios na construção e/ou ampliação atual da rede de Saúde Mental da cidade?” Tal sensação de instabilidade e preocupação dá-se por entender que há um lugar para o cuidado no ambulatório que não é o mesmo lugar ocupado pelos CAPS e pelos PMFs.

A sensação de instabilidade dos profissionais também é constante, considerando as incidências da precarização dos vínculos a que estão submetidos, uma vez que parte dos que compõem os ambulatórios de saúde mental possuem vínculos de trabalho precarizados com a Prefeitura da cidade, pelo fato de ser sustentado por um frágil RPA (recibo de pagamento autônomo), sem contrato nem direitos trabalhistas.

Tal sucateamento das relações trabalhistas tem efeitos diretos na continuidade do trabalho e na construção dos vínculos entre as equipes e a população atendida. O supervisor também sofre os efeitos de tal sucateamento em seu trabalho na medida em que lida com as interferências sobre o desejo dos profissionais em sustentarem seus postos, o que produz uma circulação de novos profissionais e a interrupção das frentes de trabalho assim como dos atendimentos. Isto não acontece sem efeitos de descontinuidade e iatrogenias sobre os sofrimentos dos usuários.

A busca pela integralidade do cuidado é mais um desafio para o cuidado em saúde mental no ambulatório. Primeiramente, no trabalho em conjunto com a atenção básica, percebe-se que a transmissão de saberes e o protagonismo da condução precisam estar dos dois lados. Além disso, interroga-se a possibilidade de sustentação do trabalho na

direção da integralidade, com uma clientela em que cerca de 50% não é coberta pelo Programa Médico de Família. Há ainda a luta constante contra a medicalização do cuidado, pois permanece um número importante de usuários em acompanhamento psiquiátrico, sem outras construções de cuidado substitutivas ou complementares, questão sobre a qual a gestão debruça-se cada vez mais.

### **Em busca de conclusões?**

A função do supervisor intervém na dinâmica das equipes e seus processos de identificação comumente presentes entre os profissionais, visando a que se possa dissolver algumas consistências imaginárias em torno dos casos e das situações trabalhadas nas discussões de modo que seja a clínica o ponto orientador do trabalho. É sabido que a partir das especialidades profissionais que constituem as equipes multiprofissionais (psicólogos, médicos, assistentes sociais, enfermeiros etc.), o trabalho que deveria ser coletivo pode ser muitas vezes um mero aglutinado de saberes e técnicas sobre um usuário que deixa o saber do sujeito sobre seu sofrimento de fora. É neste emaranhado de saberes sobre um sujeito que o supervisor intervém abrindo brechas onde seja possível considerar aquilo que ele fala sobre si a partir de sua posição diante daquilo que o acossa, seja ele neurótico ou psicótico. Será a partir desse saber não técnico que haverá condições de estabelecer direções de trabalho para cada um através daquilo que é nomeado de projeto terapêutico singular.

Neste sentido, tomando a expressão do psicanalista Luciano Elia (2015), é preciso “desespecializar as equipes” para que de fato um trabalho entre vários profissionais aconteça e que permita um manejo clínico através das transferências estabelecidas. Deste modo, é preciso reafirmar aqui o caráter não especialista do fazer na atenção psicossocial. Um ambulatório ampliado ou mesmo um CAPS não constituem um campo de especialidades como os demais campos da saúde (pediatria, ginecologia, pneumologia, etc.). Todo o trabalho da Reforma Psiquiátrica Brasileira inspirada por Franco Basaglia seguiu na direção de retirar o campo da saúde mental da esfera restrita do saber psiquiátrico. Portanto, a atenção psicossocial através de seus dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (portaria do Ministério da Saúde de número 3.088 de 23 de dezembro de 2011) deve oferecer (ou pelo menos deveria) um cuidado transversal aos demais níveis de complexidade do setor da saúde além de um cuidado intersetorial necessário (na educação, no desenvolvimento social, cultura e lazer, etc.). A noção de

“atenção psicossocial”, ainda que seja um termo bastante genérico, permite que se entenda que há algo na promoção da saúde mental que transborda qualquer setor específico, mesmo o setor da saúde. Há um deslocamento significativo quando se fala da clínica na atenção psicossocial justamente por permitir deslocar a atenção sobre as velhas práticas psiquiátricas (e mesmo psicológicas) e orientar o trabalho pelo sofrimento de cada sujeito no laço social. É sobre o laço social que ocorre qualquer intervenção, incluindo nele os territórios de vida de cada um assim como sua posição diante do território do inconsciente, algo absolutamente distinto de uma prática restrita ao cuidado dos transtornos mentais. Destarte, o profissional psiquiatra e seu saber é apenas mais um componente das equipes entre vários, sem qualquer hierarquia de saberes, e precisa conjugar suas práticas com os demais profissionais.

Na saúde mental, entende-se que nenhum trabalho acontece sem angústias e um tanto do desejo dos profissionais que constituem a rede de serviços de um território. Muito se reflete sobre a supervisão como “qualificação” dos profissionais e equipe, mas nos perguntamos: o que é qualificar? Qualifica-se quem e para o que? Em um momento de desmonte e fragilização das políticas públicas, colocar em ação uma forma de coletivização da construção do trabalho pode ser um ato revolucionário. Nesse sentido, a supervisão coletiva possibilita o compartilhamento das situações entendidas como problemas a serem enfrentados por profissionais e equipes. Em alguma medida, a supervisão, tomada dessa forma, esvazia uma expectativa de “respostas” – que não costumam existir – ou de formas “corretas” de condução das situações em questão, construindo um espaço formador da função de um analista e da própria lógica psicanalítica no serviço público.

O próprio Freud em 1918, em sua Conferência de Budapeste, após os efeitos devastadores da I Guerra Mundial, advertiu da importância de oferecer a psicanálise como uma direção de trabalho para o sofrimento daqueles que estavam desamparados e que isto deveria ser um dever do estado. Nesta mesma conferência, junto de outros analistas, afirmou sobre a importância da formação dos profissionais que estivessem imbuídos desta tarefa. Trata-se aqui da oferta de uma transmissão de trabalho construindo coordenadas de intervenção coletivamente e a partir do lugar em que cada equipe se encontra. Não se trata de levar novas “caixas de ferramentas” através de saberes e técnicas não sabidas pelas equipes, como se qualificação fosse sinônimo de capacitar os que ainda são incapazes de ocuparem seus postos de trabalho. O supervisor inclui um saber que já está

ali nas falas de cada um a partir do que recolhem no trabalho e que não pode ser escutado pela equipe.

A característica clínico-institucional marca uma especificidade, uma vez que se diferencia em certa medida da supervisão de caso com um supervisor no consultório ou mesmo com o próprio analista. Quais as implicações dessa função? Primeiramente, pelo fato de ser em grupo, a supervisão de uma equipe requer um manejo do supervisor nesse enquadre. É preciso que a supervisão seja um lugar de endereçamento das dificuldades singulares impostas por cada caso, mas também que o supervisor possa escutar o que está em jogo na dimensão institucional, na articulação com outras equipes no trabalho no território. Ou seja, a supervisão clínico-institucional tem essa marca, não se trata de uma supervisão em grupo de casos clínicos. Pode-se dizer que, nesta direção, o supervisor é aquele que descompleta a boa Gestalt do grupo, fazendo uma passagem do grupo ao coletivo de trabalho. Para que haja coletivo é preciso que haja intervalos entre um componente e outro da equipe sem que tais intervalos sejam apressadamente preenchidos com o nosso *furor curandis* ou elucubrações imaginárias sobre um sujeito ou situação em questão. Há uma aposta que, entre uma fala e outra, nestes intervalos de não saber, seja possível fazer novas perguntas sobre aquilo que se apresenta diante da equipe.

Outra característica que se espera do supervisor é uma dimensão moebiana dentro-fora, isto é, de *êxtimo* à equipe. Posição que implica um certo entre-dois: o supervisor acompanha a equipe, mas não faz parte dela. Trata-se de uma posição muitas vezes não evidente, sobretudo tendo em vista o dispositivo da supervisão no consultório, por exemplo. Muito dentro da equipe, corre-se o risco de o supervisor se confundir na função de gestão – e neste ponto vale ressaltar o quanto é importante que o coordenador de equipe esteja bem posicionado em sua função, vindo mesmo favorecer o trabalho do supervisor em certo sentido –, muito fora, a supervisão pode deixar escapar toda a dimensão do trabalho no território, por exemplo. É nesse sentido um trabalho nesse entre-dois, em tensão.

É justamente nesta posição *êxtima* que o supervisor pode fazer retornar para a equipe aquilo que ele recolhe a cada encontro e que os profissionais não podem escutar, seja pela dinâmica de grupo que opera muitas vezes na equipe, seja pela resistência diante da angústia ou mesmo pelo asoberbamento em que cada um se encontra diante das demandas. O supervisor é aquele que produz intervalos na pressa em se concluir

determinadas intervenções, retomando os tempos de ver e compreender a problemática em questão.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas. **II Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/EditalSupervis%E3oII.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/EditalSupervis%E3oII.pdf)>. acesso em 21/11/22.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Portal da Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/oficiodasupervisao.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/oficiodasupervisao.pdf)>. Acesso em 21/11/22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília: Diário Oficial da União.
- BRASIL.
- ELIA, Luciano. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: Kamers et al. **Por uma nova psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. Pp: 243-264.
- FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapia analítica (1919). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
- LACAN, Jacques. **L'éthique de la psychanalyse**. Paris: ALI, 2019.

### ABSTRACT

This work deals with the construction of the Mental Health Network in the city of Niterói (RJ) as part of the city's Psychosocial Care Network. In the search for effective services that are attentive to their care mandate, the question of the place of clinical-institutional supervision in the Brazilian Public Unified Health System's mental health clinics is discussed from psychoanalysis, as one of the essential working devices in sustaining an articulated network of mental health services.

*Keywords:* Outpatient clinic. Psychoanalysis. Mental health. Supervision. Brazilian Public Unified Health System.

### RESUMEN

Este trabajo aborda la construcción de la Red Ambulatoria Ampliada de Salud Mental en la ciudad de Niterói (RJ) como parte de la Red de Atención Psicosocial de la ciudad. En la búsqueda de servicios eficaces y atentos a su mandato asistencial, se discute desde el psicoanálisis la cuestión del lugar de la supervisión clínico-institucional en los ambulatorios de salud mental del Sistema Único de Salud de Brasil, como uno de los dispositivos de trabajo esenciales para el sostenimiento de una red articulada de servicios de salud mental. servicios.

*Palabras clave:* Consulta ambulatoria. Psicoanálisis. Salud mental. Supervisión. Sistema Único de Salud de Brasil.

### RÉSUMÉ

Ce travail porte sur la construction du réseau élargi de soins ambulatoires en santé mentale dans la ville de Niterói (RJ) dans le cadre du réseau de soins psychosociaux de la ville. Dans la recherche de services efficaces et attentifs à leur mandat de soins, la question de la place de la supervision clinico-institutionnelle dans les cliniques externes de santé mentale du Système Unifié de Santé Brésilien est abordée à partir de la psychanalyse, comme l'un des dispositifs de travail essentiels pour maintenir un réseau articulé de services de santé mentale.

*Mots clés:* Ambulatoire. Psychanalyse. Santé mentale. Supervision. Système Unifié de Santé Brésilien.

---

### **CAMILA DONNOLA**

Psicóloga.

Mestre em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Servidora da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Coordenadora da Rede de Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

saudementalniteroi@gmail.com

Orcid: 0009-0003-7623-8197

### **JULIANA CASTRO ARANTES**

Psicóloga.

Pós-doutorado em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Servidora da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Assessora de ações clínicas, ensino e produção científica da Coordenação da Rede de Ambulatórios Ampliados de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

saudementalniteroi@gmail.com

Orcid: 0000-0002-5930-6624

### **JULIO NICODEMOS**

Psicólogo.

Doutor em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Antigo Supervisor Clínico Institucional no Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica Dr. João da Silva Vizella (Niterói/RJ).

jconico@yahoo.com.br

Orcid: 0000-0003-0266-6466

### **ANA PAULA BRITO GUEDES**

Psicóloga.

Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Residência em Saúde Mental da Infância e Adolescência – UFRJ.

Supervisora Clínico Institucional no Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica Sergio Arouca (Niterói/RJ).

apbguedes@gmail.com

Orcid: 0009-0006-3335-8596

**MARIANA SLOBODA**

Psicóloga.

Supervisora Clínico Institucional no Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica  
Guilherme Taylor March (Niterói/RJ).

marianasloboda@hotmail.com

Orcid: 0009-0002-6591-1764

---

Citação:

DONNOLA, Camila; ARANTES, Juliana Castro; NICODEMOS, Julio; GUEDES, Ana Paula Brito; SLOBODA, Mariana. Psicanálise e a supervisão clínico-institucional de ambulatórios ampliados de saúde mental no SUS. **Psicanálise & Barroco em Revista**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2024.

Submetido: 04.03.2024 / Aceito: 06.12.2024

COPYRIGHT

Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio para propósitos não-comerciais, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.

