

## **FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: DIMENSÕES DA SUPERVISÃO COMPARTILHADA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Mônica Lima<sup>1</sup> (✉ molije@hotmail.com), Fernanda Rebouças<sup>2</sup>, & Leila Grave<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil;

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Salvador, Bahia, Brasil

O estágio supervisionado em foco analítico distancia-se da aceção de supervisão que implique em inspecionar e controlar, buscando manter “vigilância do bom senso”, uma constante avaliação da prática, que culmine em uma prática educativa sem conotação hierárquica e de abuso de poder (Freire, 2016) entre as educadoras e as estagiárias, bem como entre elas mesmas. Parte-se do pressuposto que novas práticas discursivas podem ser construídas cotidianamente em torno do ato de supervisionar, ou seja, *“maneiras pelas quais as pessoas por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas”* (Spink, 2010, p. 27), que alimentem a curiosidade, o comprometimento, a reflexão crítica sobre a prática e a autonomia (Freire, 2016).

Duarte (2015) atribui como principal ferramenta da supervisão a narrativa – ato que gera significações afetivas, desvela transgressões, promove elaborações, propõe esperança, situa a ação vivenciada, contextualizada histórico-social e subjetivamente. Reis & Hortale (2004, p. 494) destacam a ação colaborativa entre parceiros: *“nova forma de planejar e agir em saúde que propicie aos atores envolvidos suplantarem a alienação, conscientizarem-se, e poderem se envolver no processo de trabalho, no processo de supervisão compartilhada, no processo de ‘convisão’”*. Este artigo tem como objetivo refletir sobre a supervisão compartilhada, desenvolvida no Estágio Supervisionado em Psicologia e Atenção à Saúde. Experiência realizada no Sistema Único de Saúde (SUS), na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da inserção das estagiárias no processo de trabalho do Núcleo de Apoio/Ampliado de Saúde (NASF). O SUS é um sistema público, estabelecido desde 1988 na

Constituição Federal Brasileira, sendo a saúde concebida por esta lei como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Por sua vez, ESF pode ser definida:

“como um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade” (Andrade, Bueno & Bezerra, 2009, p. 804).

O NASF é constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diferentes ocupações da área da saúde (profissões e especialidades), complementar às equipes mínimas (formadas por enfermeiras, médicos generalistas, odontólogos e agentes comunitários de saúde) que atuam na atenção básica de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) a elas (Brasil, 2017). O/A psicólogo/a é um/a dos/as profissionais que pode compor as equipes de NASF. O NASF deve organizar o processo de trabalho identificando demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, buscando analisá-las e manejá-las para superação dos desafios da atenção básica.

O estágio supervisionado, implantado em 2016, tem 20 horas semanais, sendo quatro horas de supervisão. Trata-se de uma parceria entre o a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-Bahia, no Brasil. O NASF funciona na lógica de apoio matricial, ou seja, visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde da família, a fim de ampliar o seu repertório de ações e aumentar a resolutividade do cuidado oferecido na atenção básica (Brasil, 2014). Nesse sentido, o NASF possui duas responsabilidades fundamentais: sobre as equipes e sobre a comunidade, pois pode realizar ações de apoio e ações diretas de cuidado. Os/as estagiários/as acompanham ou realizam as seguintes atividades: atendimento individual ou compartilhado com outro profissional, atenção domiciliar, atividades coletivas de cuidado e educação em saúde, ações na comunidade, visitas institucionais, reuniões técnicas com outras equipes de saúde e intersetoriais, entre outras. Em geral, ao longo do semestre, a/o estagiário/a vai criando mais segurança e passa a conduzir mais atividades

de maneira autônoma, inclusive acompanhamento longitudinal de famílias. A supervisão compartilhada acontece quinzenalmente na própria unidade de saúde, alternando a semana com cada preceptora e estagiárias correspondentes, sempre com a condição de termos presentes todas as envolvidas neste processo de ensino-aprendizagem. Nestes momentos, são relatadas as ações desenvolvidas, buscando dar conta das dimensões clínica, sanitária e pedagógica da atuação do NASF (Brasil, 2014).

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram 12 estudantes do curso de Psicologia, entre 8 a 10 semestres, duas preceptoras e uma professora, todas psicólogas.

### *Material*

Analisaram-se os relatórios de conclusão do estágio dos/as estagiários/as, particularmente, as seções sobre as atividades desenvolvidas, o processo formativo e avaliação da supervisão.

### *Procedimentos*

Os discursos (contidos nos relatórios de estágio) foram analisados à luz da análise categorial temática, seguindo as etapas de pré-análise, codificação e categorização, com o fim de entender padrões discursivos compartilhados, compreender as funções de cada enunciado e o que estavam desempenhando (Vázquez, 1996). A primeira etapa, pré-análise, condiz com a organização do material em trechos que permitiram examinar os dados e selecionar o *corpus* de análise. A etapa codificadora correspondeu à análise do *corpus* baseado nos objetivos do estudo, especificamente compreender os sentidos produzidos, transformando os dados brutos em dados úteis. Essa etapa é muito vinculada à primeira, pois a partir da fragmentação do texto identificam-se as unidades de registro.

Por fim, a categorização, que permite uma visão condensada e possibilita o agrupamento por critérios de analogia (Vazquez, 1996).

## RESULTADOS

Foram identificadas quatro dimensões sobre a operacionalização da supervisão compartilhada, a saber: técnico-assistencial, político-formativa, afetiva-acolhedora e educação permanente. A dimensão Técnico-Assistencial diz respeito ao processo que inclui a identificação da demanda, o planejamento e a execução das ações de cuidados, educativas e institucionais. Estas etapas são pensadas e realizadas durante a estada semanal das estagiárias nas unidades de saúde, sendo que os encontros de supervisão compartilhada configuraram momentos de decisões coletivas, quando se avaliava o que se fazia e programavam-se próximas ações.

“A atenção básica, mais precisamente o trabalho no NASF trata-se de um campo que exige a versatilidade e o compromisso com o rompimento de práticas cristalizadas e muitas vezes elitizadas, o que requer uma atuação profissional que precisa responder às demandas sociais e políticas, pensando nas melhorias da qualidade de vida para a população usuária do sistema de saúde pública” (Estagiária 01).

A dimensão Político-Formativa representa a preocupação de manter, em todos os momentos do processo de tornar-se psicóloga, a clareza de que se defende um projeto de sociedade, no qual a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e que a psicologia deve se juntar a outras áreas da saúde no pensar e fazer crítico para garantir que este pressuposto seja cumprido.

“Foi fundamental perceber como a aplicação de uma política é capaz de modificá-la. [...] é imprescindível apostar na coletividade” (Estagiária 02)

“reflito também sobre a potencialidade do SUS e reforço o quanto essa conquista se caracteriza como um passo importante na luta pela garantia de direitos da população brasileira” (Estagiária 03)

A dimensão Afetivo-Acolhedora refere-se ao compromisso de considerar que a implicação com o fazer crítico e compromissado da psicóloga, em situações de muita vulnerabilidade com as quais lidamos, significa a necessidade de partir do seu protagonismo e dos seus conhecimentos prévios, aceitando as inseguranças iniciais não como falhas, mas como ingrediente de superação.

“o momento é sempre um espaço de grande crescimento profissional, com trocas, questionamentos e construção de vínculo.” (Estagiária 04)

“um ambiente acolhedor, onde trouxemos nossa angústia e medo, as nossas conquistas e acertos, e os momentos de descontração e resenhas” (Estagiária 05)

A dimensão da Educação Permanente está relacionada à compreensão sobre o que se construiu sobre o ensino-aprendizagem. Não são apenas as estagiárias que estão em permanente processo de formação, mas também as preceptoras e professora. A troca de experiências, o compartilhar das dúvidas, a criação de narrativas construtivas sobre demandas, intervenções e avaliações permanentes fazem destes encontros uma potência educativa para todas as envolvidas.

“A presença das duas [preceptora e professora] se tornou algo tão natural e intrínseco à nossa forma de reunir que eu não havia percebido o quanto esse formato estava sendo forjado como nova experiência de orientação no estágio” (Estagiária 04)

## DISCUSSÃO

O modelo de Supervisão de Aliança de Trabalho – MSAT (Bordin, 1983) tem influenciado sobremaneira a prática de supervisão em diversos contextos e inspirado estudos sobre esta temática (American Psychological Association, 2014). Este modelo leva em consideração três componentes: objetivos, tarefas e vínculo. Nesta perspectiva, entende-se que uma aliança de trabalho na supervisão parte de um acordo mútuo sobre os objetivos que possibilite transformações nos envolvidos, a compreensão e a realização das tarefas de cada um, culminado na criação de vínculo

emocional entre supervisores/as e supervisionandos/as (Wood, 2005). Nesta direção, a supervisão compartilhada caracteriza-se pela troca de vivências e saberes, com discussão, planejamento e avaliação das ações entre os três segmentos: um espaço de reflexão sobre o trabalho. Neste processo, o poder de decisão perpassa por todas as atrizes sociais, dando um caráter horizontal e colaborativo a esta relação, com atenção às críticas sobre os fazeres psicológicos e inspiração nas contribuições aqui citadas.

Nesta direção, a dimensão Técnica-Assistencial está sustentada no uso fundamental da tecnologia leve, que não despreza as tecnologias leves-duras ou duras (Merhy (2000). Desta forma, os conhecimentos estruturados na área da psicologia são um dos alicerces para o desenvolvimento relacional do cuidado. Parte-se da noção do vínculo no cuidado em saúde, que pressupõe um distanciamento de uma formação protegida, que mima e seda as aspirantes, que não lhes permite crer que são agentes de mudanças subjetivas que operam nas condições objetivas da vida das pessoas (Silva, 2008). Nesta direção, utiliza-se uma epistemologia construcionista:

Centramo-nos no poder gerador da relação e do fluxo de ações coordenadas. Por meio de performances junto aos outros e junto a nós mesmos, criamos nossas realidades racionais e emocionais (Gergen & Gergen, 2010, p. 53).

Este caráter relacional remete-se à dimensão Afetivo-Formativa do estágio e, portanto, uma das duas estratégias, a supervisão compartilhada, o que se aproxima da perspectiva de Duarte (2015) sobre ser preciso colocar em funcionamento processos desejantes, no sentido psicanalítico do termo, que respeitem a dúvida, a impotência, o medo, escutando o outro, nos desalojando e realojando no circuito provocador e profícuo, potencializando transformações frente às vulnerabilidades concretas vividas pelos usuários e de nós mesmas. Na mesma direção, compartilha-se que o ato narrativo da supervisão compartilhada comporta a dupla reflexividade: *“Reflete o vivido, mas também o pensa, indagando-o. Para si mesmo e para o outro. Narrar traz impresso um cunho (auto)biográfico”* (Duarte, 2015, p. 140).

Em relação à dimensão político-formativa defende-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado e o SUS como uma política que deve ser conquistada todos os dias, pois que a garantia de sua existência para além da constitucional está sempre ameaçada por projetos antidemocrá-

ticos e conservadores, como aqueles que assolam, atualmente, o Brasil. Martín-Baró (1988) já apontava duas perspectivas que a Psicologia poderia assumir em relação à política: assepsia técnico-científica ou militância política. A primeira está baseada na concepção da *"ciência como um fazer axiologicamente asséptico e politicamente neutro"* (Lacerda, 2013, p. 557) e a segunda considera que *"militância política deve ser o critério para a atividade científica e técnica e que seu trabalho profissional deve ser guiado por valores e convicções"* (Lacerda, 2013, p. 577). Na direção de não se aceitar a assepsia técnico-científica nem tampouco cair-se na "militância mecanicista", recorre-se aos escritos de Martín-Baró:

"A assepsia é eticamente inaceitável, mas o compromisso político coloca em perigo a objetividade do psicólogo. Não se pode confundir objetividade com parcialidade; o psicólogo pode e, ainda, deve ser parcial, isto é, tomar partido, sem que isso resulte em redução de sua objetividade" (Lacerda, 2013, p. 564).

Resgatando as reflexões de Martín-Baró, podemos retomar a ideia de promover uma "psicologia situada": *"ancorada em contextos específicos e nos dilemas históricos de seu tempo, com posicionamentos sociopolíticos e responsabilidades históricas definidas, e em interlocução, não ingênua, com os atores populares fundamentais [...] é uma espécie de corpolítica: se piensa y se hace desde donde se es"* (Dobles, 2015, p. 129). A dimensão Político-Formativa é, sem dúvida, a menos explicitada no MSAT (Bordin, 1983), e merece ser considerada em estudos futuros, uma vez que, em países como Brasil, a luta pelo direito à saúde e a oferta de serviços qualificados neste setor estão intimamente ligados à consciência política dos/as profissionais de saúde, que inclui os/as psicólogos/as.

Em relação à última dimensão, a supervisão compartilhada funciona como espaço de Educação Permanente e construção conjunta para todas as envolvidas, pois professora, preceptora e estagiárias trocam e aprendem mutuamente, construindo reflexões sobre o trabalho vivo em ato (Merhy, 2000). Reforçando assim a importância da articulação entre os componentes do MSAT e a aprendizagem do/a estagiário/a, considera-se, sobremaneira, que é preciso também que a supervisão consiga defender o/a usuário/a de possíveis equívocos dos/as estagiários/as (American Psychological Association [APA], 2014) e melhorar a qualidade do serviço

oferecido. Sendo assim, pode-se acreditar muito nessa estratégia, considerando que: “[...] a supervisão é um dispositivo para se trabalhar o olhar e a escuta. Analisar e ser analisado” (Duarte, 2015, p.138), como oportunidade de instituição da reflexividade na prática e de suporte para as envolvidas, a partir da parceria entre serviço e universidade. Por sua vez, Peduzzi, Guerra, Braga, Pinto, Lucena & Silva (2009), pioneiramente, fazem um esforço intelectual de refletir sobre a educação permanente em saúde (EPS), buscando diferenciá-la de outras perspectivas de formação de recursos humanos:

“EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada: no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores; voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas” (Peduzzi et al., 2009, p. 123)

Entende-se que a forma como se opera este estágio, tendo a supervisão compartilhada como um dos espaços de ensino-aprendizado, está orientada pelos pressupostos da EPS. Esta é uma dimensão que também não está bem explícita no MSAT (Bordin, 1983), uma vez que a EPS reforça a noção de que os profissionais de saúde que estão nos serviços de saúde precisam de atualização teórico-prática, que, muitas vezes, o cotidiano do trabalho não permite. No entanto, a parceria consistente com a universidade pode contribuir e, portanto, a recepção de estagiários/as nos serviços de saúde pode ser uma estratégia, se conjugada com a participação efetiva da supervisora-professora como uma aliança de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- American Psychological Association [APA]. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Retrieved from <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>

- Andrade, L., Barreto, I., & Bezerra, R. (2006). Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In G. Campos (Org.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 783-830). RJ: Fiocruz.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychologist, 11*, 35-42. doi: 10.1177/0011000083111007
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: Clínica ampliada e compartilhada* (64p.). Brasília, Distrito Federal.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2014). *Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.
- Dobles, I. (2015) Psicología de la liberación y psicología comunitaria latinoamericana. Una perspectiva. *Teoría y Crítica de la Psicología, 6*, 122-139.
- Duarte, D. A. (2015). A supervisão enquanto dispositivo: Narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 19*(52), 133-144. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0170>
- Freire P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (53ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Gergen, K., & Gergen M. (2011). La Construcción Social y la investigación psicológica. In A. Ovejero & J. Ramos (Eds.), *Psicología social crítica* (pp. 58-83). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hoffmann, L. M. A., & Koifman, L. (2013). O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 23*(2), 573-587. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200013>
- Lacerda, F. (2013). Psicologia política Latino-Americana. *Revista Psicologia Política, 13*(28), 559-573. Recuperado em 28 de dezembro de 2017, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2013000300010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000300010&lng=pt&tlng=pt)
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 4*(6), 109-116. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>
- Peduzzi, M., Guerra, D. A. Del, Lucena, Braga, C. P., Lucena, F. S., & Silva, J. A. M. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária:

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 121-134. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>

Reis, C. C. L., & Hortale, V. A. (2004). Programa Saúde da Família: Supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 492-501. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X200400200017>

Silva, M. V. (2008). IN-tensa/EX-tensa: A Clínica Psicossocial das Psicoses. Salvador: LEV – Laboratório de Estudos Vinculares / UFBA.

Spink, M. J. (2010). *Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Wood, C. (2005). Supervisory Working Alliance: A Model Providing Direction for College Counseling Supervision. *Journal of College Counseling*, v. 8.