



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Luis André Souza Ferreira

**SUPERVISÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(ESF): UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO**

Salvador

2007



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Luis André Souza Ferreira

**SUPERVISÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(ESF): UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Carmen Fontes Teixeira

Salvador

2007

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

F383 Ferreira, Luis André Souza.

Supervisão das equipes de saúde da família: uma prática em construção / Luis André Souza Ferreira. – Salvador: L.A.S.Ferreira, 2007.

113p.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

1. Saúde da Família. 2. Processo de Trabalho. 3. Supervisão. I. Título.

CDU 314.6

Luis André Souza Ferreira

**SUPERVISÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(ESF): UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde.

Data da aprovação: 29 de março de 2007.

Banca Examinadora:

Prof^a. Tânia Celeste Nunes

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Prof^a. Solange Veloso Viana

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof^a. Camen Fontes Teixeira (Orientadora)

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

“Ter problemas na vida é inevitável.
Ser derrotado por eles é opcional” (Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

A professora Carmen Teixeira pelo carinho, paciência e inspiração nos momentos de abismo criativo. Pela oportunidade de aprendizado e crescimento profissional e pessoal e principalmente pela confiança.

Aos professores Jairnilson Paim e Solange Viana pelas valiosas e instigantes sugestões na qualificação do projeto.

A professora Tânia Nunes pela atenção e gentileza dispensadas no decorrer da construção deste trabalho.

Aos profissionais da SMS de Aracajú pela paciência, disponibilidade e oportunidade de compartilhar idéias e ideais, extremamente importantes para a construção deste trabalho.

Aos amigos pelo carinho, amizade e pela compreensão pela ausência e distanciamento nos momentos de construção deste trabalho.

Aos amigos e companheiros do GRAB Ana Luiza, Rosana, Guadalupe, Tânia, Cristiane, Walberto, Silvio, Julia, Roberta, Valéria e Wellington pelo apoio incondicional, principalmente nas necessárias ausências e pelo incentivo constante.

A Val e Wel, companheiros de todas as horas, por todo apoio e dedicação, sempre.

Aos colegas e alunos das Faculdades Jorge Amado pela compreensão e apoio nos momentos de ausência necessários.

Aos colegas e Mestres da Maestría en Epidemiología, Gestión y Planificación en Salud (MEGyPS) da Universidade de Lanús – Argentina, pela oportunidade de intercâmbio e crescimento profissional e pessoal.

À Cal, pelo carinho, dedicação, compreensão, força e incentivo incondicional para a construção desse trabalho.

A minha Avó Idail pela admiração, incentivo, apoio e amor que sempre demonstrou e que hoje me ilumina de onde estiver.

A meus Irmãos pelo amor, carinho e dedicação.

E aos meus pais pelo exemplo de coragem, força, honestidade, amor e constante fonte de inspiração para minha busca ao crescimento e aprimoramento pessoal e profissional.

E finalmente ao CNPQ, pelo apoio e financiamento ao desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A mudança do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo desenvolvida a partir de 1994 com a implantação do Programa de Saúde da Família, cujo objetivo central é reorganizar a atenção prestada nas unidades básicas de saúde. O PSF contempla a organização de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem e odontologia, além de agentes comunitários, responsável pelo planejamento e execução das ações em um território definido. . A prática da equipe pressupõe uma mudança significativa do objeto de conhecimento/intervenção, das tecnologias empregadas e da organização do processo de trabalho. A implementação dessa proposta exige a mudança do perfil ocupacional dos diversos profissionais e trabalhadores que atuam nas equipes, o que vem sendo buscada através do desenvolvimento de processos de capacitação e educação permanente. A experiência acumulada revela, entretanto, que isso é insuficiente para garantir a mudança das práticas das equipes, o que tem gerado propostas de incorporação da supervisão ao modelo organizacional e gerencial do PSF. A supervisão se apresenta, assim, como "uma ferramenta do trabalho coletivo de natureza gerencial que se caracteriza como tecido conjuntivo ou argamassa ao articular os diversos momentos e trabalhos operacionalizados pelos variados agentes" (PEDUZZI & PALMA, 1996). O objetivo deste trabalho é descrever e analisar o processo de construção da supervisão das Equipes de Saúde da Família (ESF) e caracterizar as práticas de supervisão que vem sendo realizadas. Trata-se de um estudo de caso, realizado em um município do Nordeste brasileiro, selecionado em função da experiência acumulada com a implantação do PSF e da prática da supervisão. A metodologia empregada incluiu análise documental, aplicação de entrevistas aos diversos profissionais envolvidos na supervisão e observação direta de suas práticas durante o período da investigação. Os resultados apontam que a construção da supervisão derivou da necessidade identificada pela coordenação do Programa com o objetivo de apoiar o processo de reorganização das práticas dos diversos profissionais das ESF de modo a concretizar os princípios e diretrizes do Programa. Revela, ainda que a supervisão no município desenvolve desde o apoio a atividades político-gerenciais, a atividades voltadas à organização de serviços e implementação de práticas de saúde nas unidades, através da educação permanente, até a mediação estratégica entre as ESF e os canais institucionalizados de participação e controle social. Ou seja, essa prática apresenta características de uma supervisão em parceria, chamada por alguns autores de "convisão" (NUNES & BARRETO, 1999) e também é organizada de forma semelhante à proposta de supervisão matricial, ou apoio institucional sugerido por Campos (2002). É importante ressaltar que o razoável grau de institucionalização da supervisão das ESF no município estudado proporciona segurança e suporte necessário aos supervisores no desempenho de suas funções. O estudo revela, portanto, a importância da tomada de consciência por parte da equipe dirigente da SMS com relação ao significado estratégico da supervisão, o que permitiu a construção dessa prática, enquanto importante instrumento de gerenciamento do processo de trabalho das equipes de forma condizente com os princípios do SUS.

Palavras-Chave: Saúde da Família (PSF), Supervisão, Processo de trabalho.

ABSTRACT

The changes in the SUS's (Unified Health System) healthcare assistance model started in 1994 with the implementation of the Family's Health Program (PSF). This Program has as its central objective the reorganization of the assistance provided by the basic health unities. The PSF includes the organization of a multidisciplinary team of doctors, nurses, dentists, nurses and dental assistants, and community agents, who are responsible for the planning and implementation of action for an established area. The team's practice presupposes a significant modification of the knowledge/intervention object, of the adopted technologies, and of the working process' organization. The implementation of this model requires a change in the occupational profile of all professionals and workers who belong to the team, which has been searched for through a permanent process of capacity building and education. However, the accumulated experience shows that this is not sufficient to ensure transformation in the teams' practices, which has generated proposals to incorporate supervision to the organizational and managing model of PSF. The supervision appears as a collective working tool of management that connects and articulates the different moments and tasks undertaken by the variety of agents (PEDUZZI & PALMA, 1996). The objective of this work is to describe and analyze the process to build the supervision of the Health Family's Team (ESF), and characterize the supervision practices that have been adopted. This work is a case study carried out in a Brazilian northeast municipality, which was selected because of its accumulated experience with PSF implementation and supervision practice. The methodology adopted included documentary analysis, interview with several professionals involved in the supervision and direct observation of their practices during the investigational period. The results indicate that the supervision was created because the Program coordinators identified a need to support the reorganization process of ESF professionals' practices as a way to make concrete the principles and directives of the Program. Moreover, the results show that in this municipality the supervision provides support leaders, to service organizations and to health practitioners in the unities. This support is provided through continuing education and strategic mediation between ESF and the institutionalized channels of participation and social control. Therefore, this practice presents characteristics of partnership supervision; it is also organized in a form similar to the proposal of matricial supervision, or institutional support suggested by Campos (2002). It is important to highlight that, in the municipality studied, the institutionalized level of ESF's supervision provides the needed security and support for supervisors to perform their tasks. Consequently, the study reveals how important it was that the managing staff of Municipal Secretariat of Health became aware of the strategic meaning of the supervision, allowing the development of this practice as an important management instrument of the teams working process in accordance with principles of SUS.

Key words: Family's Health (PSF), Supervision, Working Process.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 Processo de Trabalho	22
3.2 O Trabalho em Saúde	24
3.3 A Estratégia de Saúde da Família	27
3.4 A Supervisão	29
3.5 A Supervisão na Saúde	31
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	40
4.1 Desenho de Estudo	40
4.2 Procedimentos para Produção de Dados	41
4.3 Plano de Análise	43
4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa	44
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
5.1 Breve Caracterização do Município	45
5.2 O Sistema Municipal de Saúde	46
5.3 O PSF em Aracajú	47
5.4 Construção da Prática da Supervisão no PSF em Aracajú	49
5.4.1 O Entendimento Sobre a Supervisão	49
5.4.2 Implantação e Institucionalização da Supervisão	51
5.4.3 Perfil dos Supervisores	55
5.4.4 Características da Prática da Supervisão	58

5.4.5 Objetos da Supervisão	61
5.4.6 A Prática da Supervisão nas Regiões de Saúde	64
5.4.7 Encaminhamentos Decorrentes da Supervisão	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	86
A – Roteiro para Levantamento Documental	87
B – Roteiro para Entrevista a Informantes Chaves	88
C - Roteiro para Entrevista a Coordenadores	90
D - Roteiro Para Entrevista a Supervisores	93
E - Roteiro para Observação Direta da Supervisão	97
F – Matriz de Análise da Construção da Supervisão	100
G – Matriz de Análise da Prática da Supervisão	102
H – Matriz de Resultados Construção da Supervisão	105
I - Matriz de Resultados Coordenação / Supervisão	107
J - Matriz de Resultados da Prática de Supervisão por Região	108
K - Organograma da SMS de Aracajú	111
L- Consentimento Livre e Esclarecido	113

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a dicotomia entre as ações de assistência, de promoção e prevenção, se configurou desde a conformação das estruturas administrativas federais, atingindo sua expressão mais relevante na década de 60, em que as ações de saúde pública eram desempenhadas pelo Ministério da Saúde, enquanto as assistenciais eram realizadas através do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

Na década de 70, as ações de previdência e assistência médica previdenciária foram separadas em órgãos distintos, com a criação do INPS e do INAMPS, órgãos do Ministério da Previdência e Assistência Social, que a época tinha o segundo maior orçamento da União (Escorel, 1999). Essa constatação evidencia a prioridade da política de assistência em detrimento da saúde pública. Essa dicotomia teve grande influência na organização dos serviços de saúde que eram centrados nos hospitais, modelo conhecido como hospitalocêntrico. Por outro lado a saúde pública estava centrada em centros de saúde cujo modelo de organização obrigava a população buscar unidades distintas para ser atendida conforme sua necessidade, bem como ser assistida por diversos e variados profissionais sem nenhuma articulação entre si, o que dificultava a prestação de um atendimento integral à população.

Em 1978 ocorre a 1ª Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, em Alma – Ata na antiga União Soviética que dá ênfase, em seu relatório final, aos

cuidados primários à saúde como fundamentais a melhoria da qualidade da assistência prestada a população, pois:

“Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (MS, 2001)

Também enfoca questões como a **descentralização** das ações de saúde através de sistemas locais, bem como a hierarquização dos serviços, a partir de sistemas de referência e contra referência integrados, e também a participação da população no planejamento e execução dos cuidados de saúde.

Enquanto isso no Brasil, em meados da década de 70 em meio à crise financeira da Previdência Social, por conseguinte do péssimo estado de saúde da população, surge, a partir da criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e posteriormente da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), tomou forma o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira¹. Entre várias ações políticas e institucionais desenvolvidas no período, ocorre a discussão de projetos como o PREVSAÚDE (1981), que já trazia em suas propostas, alguns dos princípios e diretrizes assumidos pelo movimento da Reforma, quais sejam, a unificação da gestão do sistema, a busca da integralidade, a partir da regionalização e hierarquização de serviços, com a montagem sistema de referência e contra-referência e a participação da comunidade organizada no processo decisório do setor.

A integração das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, SES e SMS, com aquelas realizadas pelos estabelecimentos vinculados à Medicina Previdenciária, foi um dos eixos da proposta apresentada, posteriormente, pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que deu início ao processo de implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), considerada por vários autores como uma estratégia ponte para a posterior implantação do SUDS, na segunda metade dos anos 80, e o SUS, na década seguinte. (Escorel, 1999; Paim, 2002).

As propostas do movimento da Reforma Sanitária foram levadas à VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em Brasília, em março de 1986, e discutidas amplamente por diversos atores, dentre eles representantes da sociedade civil organizada. Deste encontro emanou um relatório que continha um conjunto de recomendações, entre as quais, a de criação de um Sistema Único de Saúde, universal, igualitário, eqüitativo descentralizado e democrático. O debate que se desenvolveu no ano seguinte subsidiou a elaboração do capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988, a chamada “constituição cidadã”, que incorporou a noção de Saúde como “Direito de todos e dever do Estado.”, bem como institucionalizou a proposta de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (C.F., 1988), logo regulamentado através das Leis 8080/90 e 8142/90.

O SUS, conforme apontado anteriormente traz entre seus princípios e diretrizes a universalização de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a **descentralização** da gestão e serviços, a regionalização e hierarquização da rede

¹ Movimento resultante de um longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de Saúde (Paim, 2002), que contou com a participação da sociedade civil, profissionais e dirigentes da área da saúde.

de serviços e a participação da comunidade na elaboração, planejamento e controle das ações de saúde.

A construção do SUS, entretanto, só começou a se dar efetivamente a partir da elaboração e operacionalização das Normas Operacionais Básicas (NOB'S), especialmente a NOB 001/93, que institui o processo de Municipalização das ações e serviços de saúde, dando consequência ao debate desenvolvido no âmbito da 9ª. CNS cujo tema foi "A municipalização é o caminho". Esse processo foi consolidado a partir de 1996, com a re-elaboração da NOB 001/96, que simplificou o processo de habilitação dos municípios e consolidou o repasse de recursos financeiros do nível federal para o nível estadual e municipal. (Levcovtiz et al., 2001)

O avanço da municipalização dos serviços de saúde criou condições político-institucionais para o desencadeamento de um processo de mudança na organização dos serviços, tema que já vinha sendo debatido desde a década anterior, quando se multiplicaram experiências inovadoras de Distritalização, criação de consórcios intermunicipais e mesmo processo de reorganização de práticas de programação e de organização da atenção à saúde, principalmente ao nível da chamada atenção básica.

Nesse contexto, surge, em 1991, o PACS e, posteriormente, em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), inicialmente concebido como um programa voltado ao atendimento das necessidades de serviços básicos de saúde das populações pobres e, a partir de 1997, apresentado como estratégia de reorganização da

atenção básica² cujo objetivo geral seria fomentar a construção de um modelo de atenção baseado na promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios do SUS.

Para a construção deste modelo, o PSF se alicerça na mudança de objeto de atenção, transformação das práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais e da organização dos serviços. O PSF enfoca como proposta para a transformação das práticas, a re-organização do trabalho em saúde, a partir de equipes multiprofissionais³ que se estruturam desde uma **base territorial** (área de abrangência da equipe), privilegiando a atenção à família, considerada o “núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde” (Bahia, 1996), através de “ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras de saúde” (Mendes, 1999).

A implementação dessa proposta exige a mudança do perfil ocupacional dos diversos profissionais e trabalhadores que atuam nas equipes, o que vem sendo buscada através do desenvolvimento de processos de capacitação e educação permanente, como uma estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Vários autores referem à educação permanente como estratégia, possível, ao estímulo na mudança das práticas realizadas pelos profissionais do PSF, com vistas

² Atenção básica constitui-se num conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde. São voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. A ampliação desse conceito se torna necessário para se avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. A organização da atenção básica, com base na lei nº 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS referidos anteriormente MS Ministério da Saúde, 2000

³ A equipe mínima preconizada pelo Ministério de Saúde é formada pelo médico, enfermeira, odontólogo, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

a alcançar a reorientação do modelo de atenção. (Campos & Belisário, 2001; Paim, 2001; Almeida & Mishima, 2001)

Como exemplo do esforço de implantação da educação permanente em saúde, citamos a criação, em 1998, do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família da Bahia, que entre inúmeras atividades, abrigava a Residência em Medicina Social, com ênfase em Saúde da Família, e mais recentemente, a partir da proposta do MS, a Criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde nos Estados.

A educação permanente tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho, ou seja, reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços. Ressalta-se que essa transformação a que objetiva a educação permanente/educação em serviço envolve não apenas questões técnico-científicas, mas também “mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (BRASIL, 2003, p. 4).

Dentre as estratégias possíveis para o desenvolvimento de processos de educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família, poder-se-ia destacar a **supervisão**, prática que vem sendo objeto de estudo de vários autores, desde a década de 80. (Nunes 1986, Reis e Hortale, 2004, Matumoto et al, 2005).

A revisão bibliográfica realizada como ponto de partida desse estudo revela que esta prática pode ser desenvolvida de duas formas polares: como uma prática de

fiscalização e controle do processo de trabalho e/ou como uma prática pedagógica voltada ao aperfeiçoamento deste processo, quer em termos dos seus objetos, métodos ou mesmo da organização. Nesse sentido, a supervisão se apresenta como um valioso instrumento de gerência das práticas de saúde, que pode contribuir para a manutenção e/ou transformação do modelo de atenção.

Levando em consideração as características do processo de trabalho em saúde, principalmente numa equipe multiprofissional, como no PSF, a supervisão pode se inserir no dia-a-dia do trabalho como "... uma ferramenta do trabalho coletivo de natureza gerencial que se caracteriza como tecido conjuntivo ou argamassa ao articular os diversos momentos e trabalhos operacionalizados pelos variados agentes" (Peduzzi & Palma, 1996).

Há que se considerar, entretanto, o caráter contraditório que traz a supervisão, no que diz respeito às dimensões de cobrança/controle e colaboração / pedagógica inseridas na sua prática, mas que merecem uma reflexão acerca de definição de um modelo para essa supervisão (NUNES & BARRETO, 1999).

Apesar de toda a discussão da supervisão enquanto instrumento orientador para mudanças de práticas assistenciais e, portanto, de modelo de atenção, **o processo de supervisão não se encontra definido, de forma clara, em nenhum dos manuais editados pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a educação permanente e desenvolvimento dos profissionais no PSF.**

Na prática do Programa, entretanto, vários municípios têm adotado a supervisão como uma forma de potencializar a organização e execução do trabalho das

equipes. Estudos realizados (Reis, 2001; Matumoto, 2005) relatam à existência dessa prática nos municípios de Ribeirão Preto e Teresópolis, o que nos levou a problematizar seu significado no processo de implantação do Programa.

Desse modo, delimitamos inicialmente como problema da investigação a seguinte: **A supervisão contribui para mudanças das práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais do PSF?** A resposta a esta pergunta exige que se tenha maior clareza acerca das características da supervisão que vem sendo efetuada no âmbito da Saúde da Família.

Desse modo, considerou-se necessário à realização de um estudo que recupere o processo de construção da prática de supervisão como forma de identificar, descrever e analisar suas características, cotejando-as com a literatura sobre o tema, de modo a propiciar, posteriormente, estudos avaliativos dos possíveis efeitos da supervisão sobre as mudanças nas práticas dos profissionais das equipes.

Nesse sentido, a pergunta da nossa investigação, portanto, pode ser apresentada da seguinte maneira: **Quais as características da prática de supervisão das equipes de saúde da família no âmbito municipal?**

A partir das considerações apresentadas, este projeto de pesquisa tem como objeto de estudo o processo de **construção de um modelo de supervisão das Equipes de Saúde da Família (ESF) e a caracterização desta prática em si mesmo, tomando como campo de observação** o processo de trabalho das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), em um município de médio porte do Nordeste

brasileiro, que adotou a supervisão como instrumento de gerenciamento do trabalho e de organização dos serviços desenvolvidos pelas ESF no âmbito da atenção básica.

2. OBJETIVOS

- a. Descrever o processo de implantação e implementação da supervisão das ESF em um município de médio porte em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de 2001 a 2006;

- b. Caracterizar as práticas de supervisão das ESF em um município de médio porte em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde ano de 2006;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico da pesquisa se estruturou a partir do objeto de investigação e dos objetivos do estudo, levando em consideração elementos teóricos do processo de trabalho em si e deste no setor saúde, bem como as características do trabalho nas equipes de saúde da família e as várias dimensões inerentes à prática da supervisão na saúde.

3.1 Processo de Trabalho

Com a industrialização, a partir do séc. XVIII, o processo de trabalho volta-se à expansão de capital para a criação de lucro. A partir do início do século XX o processo de trabalho passa a se estruturar como uma forma de produção de bens baseadas no binômio Taylorismo / Fordismo cujo sistema produtivo e seu respectivo processo de trabalho eram baseados na produção em massa, estruturadas de forma homogênea, na chamada linha de produção, contando com uma gestão verticalizada, fundado no controle da execução das diversas etapas do processo de trabalho. (Antunes, 2005).

Esse processo produtivo levava a uma fragmentação do trabalho, decomposição de tarefas e repetição de atividades, provocando uma clara separação entre elaboração e execução da atividade, transferindo a dimensão intelectual dos operários para a gerência. Portanto, o trabalho era resumido a ações mecânicas e repetitivas.

Porém, de acordo com Marx (1987), o trabalho é um processo em que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação,

impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...) o homem não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que ele tinha conscientemente em mira.

Ainda, para Mendes – Gonçalves (1994) o trabalho é entendido como uma atividade humana realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana. O trabalho é determinado por uma necessidade ou carência, é o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais, e também possibilita a livre criação.

Continuando, segundo Merhy (1997), o trabalho é antes de tudo uma práxis que expõe a relação homem e / ou mundo em um processo de mútua produção. Sendo assim, o trabalho não se resume a uma mera atividade e sim uma práxis geradora de relações que ajudam na construção do homem e suas relações sociais.

Então, o processo de trabalho não poderia se restringir a uma mera atividade produtiva, pois o trabalho é um ato humano, pelo qual os homens produzem e reproduzem sua existência tanto no plano material, como na subjetividade e ambos se condicionam mutuamente.

Marx (1987) traz como elementos componentes do trabalho a **atividade** adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o **objeto de trabalho** como a matéria a que se aplica o trabalho; e os **meios de trabalho** como o instrumental, elementos necessários ao processo de trabalho. Assim, “o meio de trabalho é uma coisa ou um

complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (Marx, 1987:203).

O objeto do trabalho contém o produto, resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho e os meios / instrumentos de trabalho são constituídos pelo trabalhador. (Mendes – Gonçalves, 1992).

3.2 O Trabalho em Saúde

Para Nogueira (2006) no trabalho em saúde devem ser considerados três aspectos fundamentais.

Primeiro que é um processo de trabalho como outros tantos (indústria, economia, etc.) e por isso compartilha características comuns com outros processos de trabalho, quais sejam, o fato de contar com um sujeito ou agente, objeto, meios de trabalho (conhecimentos e tecnologias empregadas) e condições de trabalho (materiais e não materiais) nas quais se incluem as relações de trabalho (entre sujeito e objeto e entre sujeitos no processo de trabalho coletivo) .

Segundo, que o que se produz é um serviço, ou seja, toda assistência à saúde se dá na produção de serviços, cuja característica principal é ser consumido no mesmo momento em que é produzido. Desse modo, a produção de serviços de saúde insere-se no setor serviços em qualquer sociedade, embora as características de organização e gestão desse setor possam ser e efetivamente são, bastante diferenciadas.

E em terceiro, que é um serviço essencialmente fundamentado nas inter-relações pessoais, assim como outras áreas do serviço, porém dependem muito dessa relação interpessoal, até para a melhor eficácia do ato, ou seja, a obtenção e / ou manutenção da saúde. Ou seja, trata-se da produção/consumo de um serviço que opera, fundamentalmente sobre necessidades apresentadas pelos sujeitos que se colocam como objeto do processo de trabalho desenvolvidos pelos agentes (profissionais e trabalhadores de saúde), necessidades essas que não são meramente objetivas, senão que subjetivas, demandando o estabelecimento de relações que têm dimensões tecnológicas e também simbólicas. Portanto, o homem é produtor e produto dessas relações, e nesta perspectiva, produzir saúde vai além do corpo. (Vanderlei, 2005)

O processo de trabalho em saúde é também entendido como um trabalho coletivo, realizado por um variado número de profissionais, que utilizam diversos saberes e tecnologias, apresentando-se como uma complexa gama de ações e serviços que se exercem sobre distintas dimensões do processo saúde-doença, quer ao nível individual, quer ao nível de grupos da população, como é o caso, das ações dirigidas à família.

De acordo com Pires (2000), o “trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana (...) é um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização”. É o **trabalho vivo em ato**⁴, como sugere Merhy (1997).

A necessidade da utilização de instrumentos materiais, pelo trabalho vivo, pode ser considerada como incorporação de tecnologias⁵ materiais e não materiais. A gerência do processo de trabalho pode ser considerada uma dessas tecnologias, que se agregam ao processo de organização e execução das ações e serviços á medida que aumenta sua complexidade. A incorporação de instrumentos de gerência, remonta à época a qual o processo de trabalho era dominado pelo binômio taylorismo / fordismo, pois suas características, algumas delas já mencionadas aqui, se alicerçavam numa alta produtividade, aliada ao menor tempo possível de produção. Esse processo produtivo voltado à expansão de capital e, evidentemente, para a geração de lucro, prescindia, portanto de uma maior disciplina e controle do processo de trabalho, realizados pela gerência científica.

A introdução da gerência científica a partir de Taylor significou uma ênfase na força de trabalho, passando o controle a presidir toda a execução das atividades laborais. E esse controle se expressava através da **supervisão**. (NUNES & BARRETO, 1999). A supervisão que se incorpora ao processo de organização e gestão do trabalho em saúde, como veremos adiante, é assim, um exemplo de um processo muito mais geral de complexificação e diversificação do processo de trabalho nas sociedades contemporâneas.

⁴ Trabalho vivo em ato é aquele que se dá, no momento em que se realiza no instante do fazer da produção do serviço. É o que se dá em ato, é trabalho que se realiza utilizando-se de certo saber operante e de determinados instrumentos materiais (Merhy, 1987)

⁵ “Um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”. (Mendes – Gonçalves, 1994).

3.3 A Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994, inicialmente concebida como um programa voltado ao atendimento das necessidades de serviços básicos de saúde para as populações pobres. (PAIM, 2002)

A partir de 1997, foi assumido pelo MS como uma estratégia de reorganização da atenção básica cujo objetivo principal seria fomentar a construção de um modelo de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1997). Para a construção deste modelo de atenção, o programa de saúde da família (PSF) se alicerça na mudança de objeto de atenção, **transformação das práticas assistenciais** desenvolvidas pelos profissionais e da organização dos serviços (CIAMPONE&PEDUZZI, 2000).

Segundo Mendes (1996) a estratégia de saúde da família faz parte de algumas propostas inovadoras com vistas à formulação de novas práticas de saúde e consiste num paradigma da produção social da saúde por intermédio do desenvolvimento de ações direcionadas às famílias e a comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa.

Uma das estratégias propostas pelo programa para reorientar o modelo assistencial a partir da reorganização da atenção básica é o trabalho em equipe multidisciplinar

trabalhando na perspectiva da família, utilizando processos de diagnósticos da realidade como a epidemiologia e o planejamento, compartilhando a coresponsabilidade das ações entre os profissionais e a comunidade, estabelecendo assim o estímulo à participação popular. Como visto, no PSF o trabalho em equipe está colocado como um dos pilares para o alcance de sua finalidade, como uma estratégia para a mudança do atual modelo de saúde (Ciampone & Peduzzi, 2000).

Contudo para se formar uma equipe, não basta somente a contratação de profissionais de saúde nas suas variadas categorias e colocá-las em trabalho dividindo um mesmo espaço e atividades, supostamente interligadas. Segundo Peduzzi (2000), esse **trabalho em equipe** se dá numa “relação recíproca entre duas dimensões complementares - o trabalho e a interação”. Assim o trabalho em equipe, se dará a partir da interação do trabalho cotidiano dos profissionais, visando uma atenção integral das necessidades de saúde da população.

A partir dessas considerações acerca do PSF, torna-se necessária à discussão em relação à capacitação e desenvolvimento das equipes de saúde da família e, portanto, enfatizar o papel da supervisão na formação e apoio aos profissionais que compõem essas equipes.

3.4 A Supervisão

A Supervisão como prática institucional foi assimilada precocemente pelo setor empresarial devido ao seu grau de importância para o aumento da produtividade (NUNES, 1986-a) e eleita pelos ideólogos da gerência científica como um moderno e

indispensável instrumento auxiliar da gestão de serviços e sistemas. (NUNES, 1986-b).

Com o capitalismo industrial a partir do séc. XVIII e com a adoção dos fundamentos da Administração Científica, baseadas nos estudos de Taylor, principalmente nas primeiras décadas do séc. XX, o processo de trabalho volta-se à expansão de capital com vistas à criação de lucro.

Esse direcionamento à expansão do capital coloca como tema central o aumento da produtividade aliado ao aumento da eficiência operacional. Nesse sentido, Taylor, estabelece, a partir de análises das funções e cargos existentes nas organizações, uma divisão do trabalho e a especialização do trabalhador, tornando o trabalho uma atividade estritamente técnica.

Para Taylor, o operário não tem capacidade, nem formação, nem meios para analisar cientificamente seu trabalho e estabelecer racionalmente o método ou processo mais eficiente.

Tomando por base a busca de produtividade pelo menor tempo de produção, a cobrança e controle acerca do processo de trabalho aparecem como consequência desse movimento e requerem para tanto a figura de um elemento que possa exercer essas funções. Surge, então a supervisão funcional⁶ como o instrumento para realizar o acompanhamento da execução de trabalhos previamente estabelecidos

⁶ Forma de supervisão proposta por Taylor que é a existência de diversos supervisores, cada qual especializado em determinada área e que tem autoridade funcional (relativa somente a sua especialidade) sobre os mesmos subordinados. (Chiavenato, 200)

pela direção, através do planejamento e prestando uma assistência especializada e orientação aos níveis operacionais, no sentido de garantir a execução, pelos operários, respeitando padrões pré-definidos. O supervisor, nesse sentido, atua como intermediário entre a direção e a execução.

Com a introdução da Administração Científica ocorre uma repartição de responsabilidade, ficando a administração (gerência) com o planejamento, ou seja, o estudo do trabalho do operário e o estabelecimento *do* método de trabalho. A supervisão, se encarrega da assistência contínua ao trabalhador durante a produção, enquanto o trabalhador fica somente com a execução do trabalho. Portanto, a gerência pensa enquanto o trabalhador executa.

Para a Teoria Geral da Administração, o mundo é uma sociedade institucionalizada composta por organizações e todas as atividades relacionadas à produção de bens (produtos) ou prestação de serviços (atividades especializadas), são planejadas, coordenadas, dirigidas, executadas e controladas pelas organizações. (Chiavenato, 2004).

Nunes & Barreto (1999b) sugerem que “para operar qualquer modelo de supervisão em instituição de saúde, deve-se resgatar elementos do contexto, políticas e práticas de gestão de governo para o setor e elementos teóricos que reflitam a proposta gerencial à qual estará submetida”. Ou seja, para os autores, as organizações e seu contexto determinam qual o modelo / caráter da supervisão a ser implantada.

3.5 A supervisão na Saúde

Na área da saúde, a supervisão foi incorporada como conteúdo de administração dos serviços, inicialmente ao nível das unidades hospitalares, mas toma características de maior realce nas recomendações relativas à expansão da rede de serviços no Brasil a partir da década de 70 (NUNES, 1986-b). A partir de então, esforços vêm sendo desenvolvidos pelos órgãos centrais, responsáveis pela formulação de políticas, no sentido da produção de conhecimentos, incentivos à veiculação de idéias, trabalhos de pesquisa, reunião de técnicos, circulação de documentos específicos, dentre outros, sem que, no entanto, esse esforço tenha se revertido em interferência na prestação final de serviços ou mesmo na incorporação de novas formas de administração desses serviços, nos seus vários níveis (NUNES, 1986-b).

Em 1974 a supervisão surge como componente dos programas de saúde e saneamento, no Guia para la Organización de Servicios de Salud en Áreas Rurales y la Utilización de Personal Auxiliar, com atribuições de acompanhamento e controle desse programa. (NUNES, 1986-a)

A conferência de Alma – Ata sobre cuidados primários à saúde, realizada em 1978, estabelece uma supervisão com caráter, não somente de controle, mas também de orientação e apoio técnico:

“... o controle dos cuidados primários implica em supervisão, dotada, porém de dupla conotação: controle administrativo e orientação e apoio técnico”.(OMS & UNCEF, 1978).

Em 1979 o Brasil, juntamente com outros países da América do Sul, passa a receber, através de um programa internacional tendo a OPAS como fomentadora, recursos destinados a projetos de supervisão em saúde. Este projeto tinha como estratégia à formação de recursos humanos com vistas à melhoria da qualidade das ações de saúde e saneamento e reflete que:

“... a supervisão deve estar apoiada em bases científicas voltadas para uma preocupação de incentivar a pesquisa que conduza a mudanças necessárias”. (OMS & UNICEF, 1978).

Com essa formulação, o programa pretende apoiar o processo de supervisão não apenas em mensagens ideológicas, mas lança os alicerces para que esse processo busque bases científicas para o seu desenvolvimento (NUNES, 1986-a). A supervisão começa a ter ressaltado um caráter educativo, amenizando, portanto, o caráter de controle, imprimido a ela até então.

Na década de 80, a prática de supervisão passa por novas discussões, acerca de sua utilização, tendo em vista a proposta de ampliação dos serviços básicos de saúde e sua descentralização, já discutidas em Alma – Ata, mas também da discussão ocorrida no Brasil, em torno do PREVSAÚDE.

Essa discussão sobre a supervisão termina por introduzir a noção de “supervisão especializada ou polivalente”, sempre relacionada à visão integrada ou fragmentada do processo de trabalho. Esse debate trouxe também para o centro da questão a dualidade: controle (em suas várias expressões) e processo pedagógico (também com as suas múltiplas concepções). (NUNES & BARRETO, 1999). Ou seja, a

supervisão se mostra com um caráter contraditório entre o controle / cobrança e o apoio / colaboração.

Com a expansão da atenção básica e a descentralização dos serviços de saúde, principalmente a partir da criação do SUS, a supervisão se torna uma prática necessária, pois se trata de um valioso instrumento de gerência, que pode influenciar na mudança das práticas de saúde dos diversos profissionais em atuação na Atenção Básica.

Porém de qual modelo de supervisão se está falando? A supervisão no sentido visto como mais tradicional (controladora, fiscalizadora), ou uma supervisão de estilo mais moderno (democrática, participativa, pedagógica)? Para responder a essa pergunta, é necessário que se faça uma imersão em alguns conceitos levantados acerca da supervisão e suas várias características e modelos discutidos por alguns autores.

A origem da palavra Supervisão (do latim: super=*sobre* e video=*eu vejo*) pode levá-la a ser interpretada exclusivamente como inspeção (BRASIL, 1980). Porém, o conceito de supervisão em saúde tem evoluído e se ampliado, como já visto, passando a incluir, além das atividades de controle e fiscalização, ações de cunho educativo, valorizando a inter-relação entre supervisor e supervisionados.

A supervisão pode ser entendida como conjunto de atividades que se constituem de atos subsidiários à gestão de um modelo ou de um programa. (Testa 1993 APUD Pinheiro & Luz, 2003).

Estes atos “tem como objetivo verificar a execução de tarefas previamente designadas aos distintos recursos humanos, isto é, a execução de papéis referentes às diferentes funções de trabalho” (Pinheiro & Luz, 2003).

A literatura traz alguns conceitos para a Supervisão, uns refletindo mais o caráter de controle, outros enfatizando a dimensão pedagógica; outros ainda contemplam os dois aspectos do processo de supervisão, constituindo-se em conceitos mais completos.

- “Tarefa de ensinar o que tem que ser feito, com base no programado e no normalizado”. (DMPSP-UPR *apud* BRASIL, 1980).
- “Função que consiste, basicamente, em motivar e orientar pessoas a desenvolverem suas atividades dentro de determinadas normas, julgadas as melhores, para se alcançar os objetivos da empresa”. (LATEINER *apud* BRASIL, 1980).
- “Processo mútuo, ativo, de inter-relação construtiva e essencialmente educativa, que significa um guia de orientação para satisfazer um propósito ou alcançar certos objetivos”. (TREJOS *apud* BRASIL, 1980).

A supervisão na “visão tradicional” tem caráter de fiscalização e controle, é realizada autoritariamente de forma assistemática limitando-se a fazer críticas destrutivas e aplicar sanções, não permitindo o desenvolvimento do profissional supervisionado. A “supervisão moderna” por sua vez associa controle e educação, funciona de forma sistemática e planejada baseada na cooperação com os supervisionados com os quais, respeitando as diferenças pessoais, busca a solução dos problemas diagnosticados e possibilita o desenvolvimento pessoal e profissional. Nunes e

Barreto (1999) denominam a supervisão na visão moderna de “convisão”, no sentido de construir ou gerir coletivamente estabelecendo uma relação entre parceiros igualmente interessados, identificando práticas e instrumentos de **atuação conjunta** sobre o objeto de trabalho.

Vale a pena ressaltar as diferenças existentes entre a supervisão tradicional, eminentemente fiscalizadora, e a supervisão moderna, que valoriza o processo pedagógico. O quadro a seguir apresenta aspectos mais característicos da Supervisão Tradicional e Moderna a partir de uma comparação, segundo BAEZ *apud* BRASIL (1980).

SUPERVISÃO TRADICIONAL	SUPERVISÃO MODERNA
Fiscalização, inspeção, controle policial	Controle + educação
Limita-se a apontar erros, aplicar sanções ou fazer críticas destrutivas.	Age com vistas ao diagnóstico e busca, junto com supervisionado, a solução dos problemas.
Eventual e sem planejamento	Sistemática e planejada
Imposta e autoritária	Aceita como necessária pelos supervisionados
Posto de prestígio a cargo de uma só pessoa	Função exercida por equipe
Centralizada no supervisor	Cooperativa e essencialmente realizada com o trabalho coletivo
Atua de modo igual para todos	Adaptada às diferenças individuais
Não dá oportunidade ao desenvolvimento individual nem profissional dos supervisionados	Promove o desenvolvimento individual e profissional dos supervisionados
Atua com visitas e entrevistas	Atua com várias atividades

A partir da análise do quadro comparativo acima, pode-se perceber como desde o nome, a supervisão tradicional expressa a idéia de ortodoxo, inflexível, padrão e ímpar, refletindo um processo vertical, impositivo, centralizador, castrador, intimidativo, que ignora as diferenças individuais e utiliza instrumentos primários de supervisão. Estas características pouco a pouco foram sendo substituídas pelas características da supervisão moderna que traduz um processo horizontal, intersetorial, cooperativo, complexo e democrático.

Porém há que se ressaltar que a existência de instrumentos e roteiros básicos são necessários, não para se padronizar a supervisão, mas para que estes possam servir de orientação aos supervisores e até mesmo para a realização de avaliações acerca da sua prática.

De acordo com Reis e Hortale (2004), a supervisão, quando analisada como parte integrante do sistema, se apresenta como elemento que pode viabilizar a política de saúde, à proporção que repassa conceitos, redefine procedimentos, dá mobilidade entre os vários níveis do sistema e orienta a execução dos serviços. Porém, embora se instrumentalize a partir dos conteúdos técnico-administrativos, definidos de acordo com os objetivos da política de saúde, a supervisão deve, constantemente, rever esses conteúdos se baseando nas reais necessidades, tendo em vista a dinâmica existente na realidade dos processos de saúde, entendidos também, como sociais e políticos.

Trazer esta discussão para o setor saúde possibilita compreender como a complexidade do processo de trabalho em saúde permite que o processo de supervisão tradicional seja progressivamente substituído pela moderna, uma vez que o trabalho de equipe em saúde busca relações mais horizontalizadas entre os sujeitos presentes no processo de trabalho em saúde, o que quer dizer negociar e partilhar o seu poder / autonomia profissional, possibilitando, então, compartilhar conhecimentos (saberes) e decisões. Diante das considerações acima, é possível conceituar a Supervisão como:

“... um processo amplo, permanente, complexo, mútuo e ativo, que inclui exame, conhecimento, avaliação, assessoria, ensino e informação, abrangendo profissionais, equipes e instituições. É atividade auxiliar fundamental para o acompanhamento regular das ações de saúde (...), que procura manter elevada à qualidade dos serviços ofertados à população, bem como acompanhar seu rendimento, procurando identificar e corrigir deficiências ou distorções”. (BRASIL, 1990).

A supervisão moderna propõe uma relação de parceria entre os profissionais, onde se pode identificar práticas e estratégias de atuação conjunta sobre o processo de trabalho. Portanto, se aplicada como uma estratégia de "convisão", a supervisão deve ser utilizada como dispositivo para a construção de um trabalho conjunto de equipes, de supervisores e a de profissionais.

*“A supervisão pressupõe uma prévia negociação, deve ser planejada, projetando momentos e processos de acompanhamento, onde a estrutura coordenadora seja capaz de **corrigir rumos** junto aos parceiros, subsidiando com informações e discussões, e **abrindo canais de escuta com os supervisionados**, por onde podem circular justificativas e aprendizados mútuos”. (NUNES & BARRETO, 1999)*

Ainda, mas recentemente Campos (2001) propõe uma nova nomenclatura para essa prática, chamando-a de supervisão matricial. Segundo o autor, o termo supervisão significa olhar de fora e em uma posição de autoridade superior (super visão),

supostamente capaz de identificar e corrigir equívocos. Por outro lado, o termo matriz traz a idéia de um lugar (espaço comum) onde as coisas são geradas; ou seja, um saber externo potencializando, questionando e se compondo com o saber local, de cada equipe, para produzir, dentro do espaço coletivo, novos saberes, novos modos de fazer as coisas. (Campos, 2001). Ainda propõe a figura do apoiador institucional, como uma outra vertente desse pensamento, onde:

“O Supervisor matricial ou o Apoiador Institucional desempenham funções junto às equipes, ajudando-as na gestão e organização de processos de trabalho”. (CAMPOS, 2002).

Ainda:

“O Apoiador compromete-se com as Equipes, a quem deve comunicar suas avaliações e achados, e não somente com a cúpula dirigente de cada Organização. É óbvio que cabe ao Apoiador Institucional trazer para dentro das Equipes diretrizes definidas nos níveis superiores de poder, bem como propiciar o exame e a análise do contexto externo ao próprio grupo”. (CAMPOS, 2001).

Porém, para avançarmos nesta discussão, acerca da supervisão, ou apoio institucional é necessário considerá-las enquanto produtora / coletora de informação, e que esta será utilizada como meio para se (re) conhecer os aspectos que permeiam o processo de trabalho das equipes, considerando:

“... serviços de saúde como um lugar de produção (em duplo sentido) tanto de relações quanto de bens/ (produtos), como também a gestão enquanto instrumento para se manter a organização do sistema dentro de uma articulação funcional. Então a informação deve ser utilizada como” ferramenta analisadora “a fim de revelar ruídos e as falhas das ações de saúde no seu cotidiano – entendendo este como local de estranhamentos e significados - e com isso remeter a análise sobre os sentidos que essas permeiam” (Chakkour & Merhy et al, 1997).

Nesse sentido podemos entender a supervisão como uma ferramenta tecnológica e classificá-la de acordo com as categorias propostas por Merhy (Chakkour & Merhy et al, 1997), como uma **tecnologia leve – dura**⁷.

⁷ “Tecnologia leve – dura, sendo que a leve relaciona-se com o saber que as pessoas adquirem e se apropriam no modo de pensar e atuar sobre os casos de saúde, e de dura, por exigir um saber-fazer estruturado, organizado, que normaliza e é normalizado”. (Chakkour & Merhy et all. 1997).

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho de Estudo

Este trabalho é fruto de uma pesquisa qualitativa exploratória que é realizada sobre problemas sobre os quais existe pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Para isso foi escolhido como estratégia metodológica o estudo de caso, por permitir a produção de informações e a análise de uma série de variáveis, situações e acontecimentos passados e presentes que podem interferir no objeto estudado, no caso, a prática de supervisão das equipes do PSF.

A escolha do campo de estudo, entendido como o recorte espacial, que corresponde à abrangência do objeto da investigação (Minayo, 1993), se deu em função da identificação de algumas características necessárias ao desenvolvimento da pesquisa. Os critérios de seleção do campo incluíram a busca por um município de médio porte, habilitado em forma de Gestão Plena do Sistema Municipal de saúde, onde o PSF já se encontrasse implantado a pelo menos 05 anos e que contasse com uma prática de supervisão das equipes implantada ou em processo de implantação.

Nesse sentido, foi escolhido o município de Aracajú, capital do Estado de Sergipe, habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de saúde desde 2001, com o PSF implantado a cerca de 8 anos e com um sistema de supervisão funcionando há 5 anos.

Considerando que o aspecto central investigado foi a construção e as características da prática de supervisão das equipes do PSF, tomou-se como unidade de análise as equipes de supervisão em operação no município, que se constituíram, em seu conjunto, na população a ser estudada.

4.2 Procedimentos para produção de dados

O processo de produção dos dados se deu em três etapas:

A – Pesquisa documental

Essa técnica foi utilizada com o intuito de resgatar a construção da supervisão levando em consideração o momento em que se deu a decisão por instituí-la, o processo de discussão ocorrida no âmbito da SMS em torno do modelo a ser adotado e a caracterização do modelo propriamente dito. As fontes primárias foram constituídas por documentos oficiais da SMS/Aracaju incluindo relatórios de conferências de saúde (Aracajú, 2004), leis e decretos municipais (Aracajú, 2003; Aracajú, 2005), publicações sobre a organização do sistema de Saúde (Aracajú, 2003a). Muitas das informações relativas à caracterização do sistema municipal de saúde de Aracajú, já se encontravam sistematizadas em uma tese de doutorado, (Santos, 2005) que também foi utilizada como fonte secundária. .

B – Entrevistas

A segunda fonte de informações utilizada na investigação foram entrevistas, realizadas com “informantes-chave” selecionados dentre os profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o processo de construção da prática de supervisão das equipes do PSF em Aracaju. Optou-se por realizar entrevistas semi-estruturadas a partir da elaboração de um roteiro/guia , onde constam as perguntas e temas que foram explorados nas mesmas.

As entrevistas foram realizadas com os atuais e antigos coordenadores, das equipes de supervisão do PSF, profissionais que já passaram pela supervisão, mas hoje se encontram em outras atividades, bem como os profissionais responsáveis atualmente pela coordenação da supervisão. Também foram realizadas entrevistas com seis profissionais responsáveis diretamente pela supervisão às equipes, sendo três supervisores da 2ª região e mais três das demais regiões (1ª 3ª e 4ª). A ênfase na caracterização da prática de supervisão na 2ª região se deu em função da informação adquirida quando de uma visita exploratória ao campo, antes de se iniciar a pesquisa propriamente dita, quando, foi identificado que a 2ª região tinha uma prática de supervisão diferenciada das demais.

C – Observação Direta

Também escolhida para o processo de produção dos dados, a observação direta da supervisão efetuada pelos supervisores das equipes do PSF, com o intuito de se complementar as observações obtidas através da análise documental e entrevistas.

Foram elaborados roteiros (tópicos guias) que serviram de guia para a observação direta (anexo) das atividades práticas da supervisão, a qual ocorreu em duas equipes de supervisão, uma da 2ª região e outra da 4ª região de saúde, a fim de identificar suas características e, possíveis, diferenças, como dito anteriormente.

4.3 Plano de Análise

A análise se deu através da triangulação das informações provenientes de pesquisa documental, cotejada com as falas dos entrevistados, e complementada com informações colhidas através da observação direta. A sistematização dos resultados alcançados levou em conta dois níveis, que correspondem a categorias de análise da prática de supervisão:

A – construção do processo de supervisão no município;

A análise do processo de construção da prática de supervisão se deu a partir da caracterização do contexto institucional onde se conformou a decisão por implantar essa atividade, a descrição da dinâmica do processo de construção (os fatos) e a caracterização modelo / desenho da supervisão proposto.

B – a prática da supervisão em si;

A caracterização da prática de supervisão propriamente dita, contemplou a descrição do perfil do supervisor (formação/capacitação) e a descrição da prática da supervisão (objeto, meios de trabalho e organização) e dos resultados e

encaminhamentos efetuados a partir do produto apresentado à coordenação do PSF e às equipes supervisionadas.

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Por se tratar de uma investigação que utilizou como instrumentos de produção de dados a técnica de entrevistas foi necessário levar em conta os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Nesse sentido, foi obtido o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados (anexo), assegurando-se, também, no momento da entrevista, a possibilidade destes recusarem-se a participar ou retirar seu consentimento.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Breve caracterização do Município

O Município de Aracaju, capital do Estado de Sergipe, ocupa uma área de 181,80 km², delimitada pelos municípios de São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas e Barra dos Coqueiros. É banhado pelas bacias hidrográficas dos rios Sergipe e Vaza Barris. É considerada uma cidade de médio porte, tendo uma população estimada de **498.619** habitantes (IBGE, 2005).

No Censo Demográfico (IBGE, 2000) 79,4% da população era alfabetizada, destacando-se a faixa etária situada entre os 15 e 19 anos, a qual apresentava 96,3% de alfabetização. No que se refere ao abastecimento de água 95,7% dos domicílios de Aracaju dispõem do serviço público de abastecimento de água. Quanto às instalações sanitárias, o município apresenta apenas 56,4% dos domicílios integrados à rede geral de esgoto ou pluvial e 37,7% apresentam o sistema de fossa (rudimentar ou séptica) como mecanismo de destino dos dejetos. (IBGE, 2000).

A economia da cidade de Aracaju está concentrada na área de serviços, com poucas indústrias, tendo a Petrobrás como a principal e importante impulsionadora dessa economia, sendo o Estado de Sergipe um grande produtor de petróleo e tendo em vista que suas operações estão sediadas e coordenadas a partir de Aracaju. (SANTOS, 2005)

Em relação à saúde, o município encontra-se em Gestão Plena do Sistema de Saúde desde o ano de 2001 (ARACAJU, 2003) e “têm como base de seu modelo

tecno-assistencial as ações programáticas em saúde, cujo objeto está centrado nas necessidades dos indivíduos e coletivos”. Ou seja, “toda intervenção da saúde deve resultar em ganhos de autonomia, isto é, tornar os indivíduos e coletivos que foram alvo daquela ação, mais capazes de gerenciar suas vidas, e com mais qualidade” Aracajú. (ARACAJU, 2003).

5.2 O Sistema Municipal de Saúde.

Em 2001 assume no município de Aracajú uma nova gestão municipal que a partir de um diagnóstico geral e discussões internas com a participação de consultores, constrói um projeto de saúde intitulado “Saúde todo dia”, (ARACAJÚ, 2003) com a perspectiva de ampliar e implementar as ações de saúde, principalmente, a partir da atenção básica.

Segundo as informações contidas nesse diagnóstico, o sistema de saúde municipal “está dividido em Redes de atenção que atuam de uma forma diferente, devido a suas especificidades, porém complementando umas as outras” (ARACAJÚ, 2003). Algumas redes possuem distribuição territorial, como a rede de atenção à saúde da família e a de atenção psicossocial, ou seja, a determinadas parcelas do território corresponde algum equipamento da rede. A rede também pode ter distribuição territorial apenas como forma de estabelecer um fluxo de captação dos usuários como é o caso da Urgência e Emergência. No caso da Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar a rede é complementar, ou seja, cada ponto detém uma parte da missão assistencial conformando um conjunto não competitivo e com adensamento tecnológico e de capacidade resolutiva. (ARACAJÚ, 2003).

Elas se dividem em: Rede de Atenção à Saúde da Família (RASf), Rede de Atenção Especializada, Rede de Atenção Psicossocial; Rede de urgência e Emergência e Rede de Atenção hospitalar. Como parte dessa rede incorpora-se o Núcleo de Desenvolvimento de Programas (NUDEP), que funciona não só no âmbito de desenvolvimento dos programas assistenciais existentes, mas também de desenvolvimento das linhas de produção do cuidado nas redes assistenciais.

A gestão do sistema municipal de saúde é realizada através de um Colegiado de Gestão, que adota a proposta de institucionalização de uma gestão participativa. Nessa perspectiva, os espaços colegiados estão difundidos por toda a gestão municipal, sendo que cada rede possui internamente o seu colegiado. Como exemplo cita-se a RASf que possui o colegiado da rede que inclui a coordenação da rede, os coordenadores das regiões e respectivos supervisores; o colegiado regional, composto pelos coordenadores regionais, seus supervisores e gerentes das unidades de cada região. Esses colegiados se reúnem semanalmente, e discutem assuntos relacionados a capacitações, problemas enfrentados pelas equipes e a adequação de procedimentos e ações desenvolvidas pela equipe de supervisão.

5.3. O PSF em Aracaju

O PSF começou a ser implantado em Aracaju em 1998, ano que o município habilitou-se à Gestão Plena na Atenção Básica, adotando este Programa como estratégia de reorganização desse nível de atenção. Foram implantadas onze Equipes de Saúde da Família, em algumas das 22 unidades existentes à época. Em

2000, ainda na gestão anterior, decidiu-se ampliar o número de Equipes para 49. (Santos, 2005).

A habilitação do município à Gestão Plena do Sistema de Saúde, ocorreu em 2001. Atualmente (2006), o município conta com 44 unidades básicas, distribuídas em quatro regiões de saúde, todas trabalhando na lógica da Saúde da Família, com 128 equipes implantadas, totalizando uma cobertura de cerca de 90% das famílias residentes no município.

Cabe destacar que esse processo vem contemplando a inclusão, nas ESF de especialistas, como pediatra e ginecologistas que faziam parte das equipes tradicionais configurando-se, assim, numa forma diferenciada de atuar no PSF. Existem no município sete unidades de PSF trabalhando com esse formato “ampliado”, com os profissionais já citados, além da equipe mínima (médicos, enfermeiros e odontólogos), e uma profissional de serviço social em cada uma das unidades.

Em 2006, quando da realização da investigação, o PSF encontrava-se sob a gestão da Rede de Atenção à Saúde da Família (RASf) que contava com uma equipe de 13 supervisores, encarregados de dar suporte à organização e funcionamento dessas equipes, também divididas entre as quatro regiões de saúde (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número de supervisores, USF e ESF por Região de Saúde.

Regiões de saúde	Rede de Saúde	USF	ESF	SUPERVISORES
1ª Região		13	39	03
2ª Região		11	20	04
3ª Região		10	33	03
4ª Região		10	36	03

SMS / Aracajú, 2006.

5.4. A construção da prática de Supervisão do PSF em ARACAJU

A análise do processo de construção da supervisão das ESF levou em consideração dois aspectos: o entendimento que os entrevistados apresentam sobre a supervisão e a descrição dos fatos que marcaram a institucionalização dessa prática no âmbito da SMS.

5.4.1. Entendimento sobre a supervisão

Na visão dos entrevistados a supervisão é uma prática de apoio institucional, que deve operar com o olhar da co-visão, ou seja, deve ser participativa, e eminentemente pedagógica, com caráter transformador e não mais nos moldes de punição e fiscalização, suas características mais difundidas.

“Supervisão mais na lógica do apoio institucional de muito mais chegar perto dos profissionais que estão na ponta ou no cuidado como um suporte mesmo e não mais naquela lógica de supervisão vista como algo mais fiscalizador... e sim do sujeito que vai às equipes e junto com as equipes tenta transformar o processo de trabalho”. (TERRA).

“Supervisão pra mim é uma coisa que eu não usaria o termo supervisão, eu diria que a supervisão tem a função de estar apoiando as equipes no seu trabalho, então se eu supervisor consigo enxergar algumas coisas que a equipe não está enxergando uma das minhas atribuições é justamente chegar pra essa equipe e dizer oh gente vocês estão fazendo assim olha o que vocês estão fazendo e aí, o que vocês acham disso, vocês acham que está bom?” (MARTE).

Inquiridos sobre as competências que os supervisores devem ter, os entrevistados referem que são necessários conhecimentos mais gerais da área de Saúde Coletiva como, planejamento, epidemiologia, ciências sociais, mas também enfatizam a necessidade de conhecimentos e habilidades na área de pedagogia. Em relação a conhecimentos mais específicos, referem à importância de conhecimentos acerca dos sistemas de informação em saúde, das leis e portarias relacionadas à saúde e da política de recursos humanos do município, entre outros. Porém, o que chama bastante a atenção é a ênfase que os entrevistados concedem à necessidade dos supervisores dominarem o conhecimento em relação à organização da assistência e a prestação de cuidados em saúde.

“Conhecer do cuidado, não dá pra gente prescindir disso sabe, eu acho que tem que ser alguém que tenha uma vivência que seja suficiente pra ele compreender o lugar do cuidador... trabalho com grupos, como é que eu consigo fazer análise da situação de saúde como é que eu manejo sistemas de informação, todo conhecimento da Saúde Coletiva das áreas de Planejamento, Ciências Sociais e Epidemiologia”. (JÚPITER).

“Os supervisores deveriam ter bastante conhecimento com relação à epidemiologia, a questão da saúde pública, dos sistemas de informação... é fundamental o supervisor compreender de perto e de dentro o processo de cuidado”. (TERRA).

5.4.2. Implantação e institucionalização da supervisão das ESF

Em 2001, quando uma nova equipe assumiu a gestão da SMS, foi realizado um grande diagnóstico do sistema de saúde, sendo identificado um conjunto de problemas que incluíam desde insuficiência de infra-estrutura até má distribuição e organização de serviços, particularmente na atenção básica. Alguns trechos das entrevistas realizadas ilustram a percepção dos dirigentes sobre a situação encontrada:

“... nós começamos a fazer um diagnóstico profissional e vimos que era preciso, era necessário fazer várias intervenções. Uma das intervenções era ampliar o número de equipes de Saúde da Família, fazer a distribuição geográfica” (SATURNO).

“A gente herdou equipes, unidades sem gerente e sem comando, então era um verdadeiro caos, ou seja, a operação em um canto era diferente da operação de outro canto, sem regularidade em todos os lugares, ou seja, não funcionava do mesmo jeito e sem uma similaridade entre as equipes, não tinha uma igualdade ou pelo menos uma correspondência”. (SOL).

Especificamente com relação à problemática verificada nas unidades de atenção básica, inclusive gerencial, o coletivo dirigente da secretaria foi percebendo a necessidade de contar com um profissional que pudesse continuar com o diagnóstico iniciado, bem como, fosse capaz de desencadear processos de mudança nas situações identificadas.

“... pra poder garantir que a Atenção Básica caminhe de acordo com os desejos, os objetivos, (...), então isso acabou nos colocando a necessidade de ter um mediador, alguém que compreendesse a política e que fizesse essa ponte direta com quem opera”.(SOL).

“A coordenação do programa não dava conta de todas as responsabilidades e além de não dar conta de todas as responsabilidades havia uma baixa qualificação dos profissionais para assumir a condição de Gerente de Unidade, então teve inicialmente um processo de gestão intermediário...” (SOL).

Como assinala Santos (2005) “Com a implantação de equipes de saúde da família (ESF), nas unidades básicas de saúde (UBS) foi extinto o cargo de gerente de UBS. As unidades com PSF passaram a ser geridas pelas próprias equipes. Encontramos deficiência na gestão de pessoal, de suprimentos, de equipamentos e de mediação de conflitos. A comunicação entre o governo e a comunidade e desta com os profissionais era ineficiente e com baixa capacidade de mediação e resolução de conflitos locais. Observava-se a ausência de interlocutores que representassem o governo e que assumissem compromissos e contratos com trabalhadores e usuários”. (Santos, 2005, p. 18).

Além dos problemas de caráter político e administrativo, percebeu-se, também, a necessidade de trabalhar a organização do sistema de serviços de saúde, de forma regionalizada e articulada, adotando-se a proposta de construção de redes de atenção, o que fortaleceu a percepção acerca da necessidade de um profissional que cumprisse esse papel.

“... surgiu a necessidade de a gente organizar o serviço de Atenção Básica de forma regional, de forma articulada em rede, de forma que a gente pudesse conhecer pessoas, características do território, características específicas daquela região, de forma que a gente pudesse acompanhar administrativamente aquela região, de forma que a gente pudesse prestar apoio as Equipes de Saúde da Família, implantar o modelo, enfim precisava de um conjunto de pessoas pra fazer isso”. (LUA)

A supervisão começou a ser implantada no município a partir de 2001, e tinha como finalidade o desencadeamento do processo de organização da Atenção Básica em

cada uma das regiões de saúde⁸ em que se dividiu o território do município. Nessa perspectiva, foi definido que cabia ao supervisor conhecer as características específicas e acompanhar administrativamente cada região, prestar apoio as ESF, implantar o modelo de atenção, enfim, a supervisão cumpria, inicialmente, o papel de gerência, que naquele momento praticamente não existia nas unidades. (SANTOS, 2005)

Por conta dos vários processos que vinham se desenvolvendo e também por falta de uma estrutura de gestão e pessoal qualificados, os profissionais recrutados para compor a equipe de supervisão faziam parte de outras equipes na própria SMS.

“A Secretaria no começo tinha uma deficiência muito grande de pessoal e a gente teve que recrutar pessoas, por exemplo, eu era da Vigilância Epidemiológica, mas eu dava uma carga horária na supervisão pra poder ajudar a implantar o modelo, mas aí depois foi profissionalizando, mas primeiro foi na base um pouco do voluntarismo...” (LUA).

“... os horários eram quebrados a gente não conseguia juntar nada nem reunir porque nem todo mundo tinha disponibilidade para aquele horário, então ficava muito a desejar, aí depois nós pensamos não, pra supervisão tem que ser pessoas que só vão fazer supervisão e aí nós conformamos profissionais de nível superior, ate então sem pensar que deveria ser um médico um enfermeiro, sem núcleo, sem definição de núcleo, mas profissionais de nível superior que deveriam ter certo conhecimento da rede (...) para ser supervisor ele teria que dar 8 horas e tinha que ter uma pessoa que seria coordenadora”. (SATURNO).

Com a habilitação da SMS na Gestão Plena do Sistema Municipal, em 2001, e a crescente sobrecarga de trabalho a que estes profissionais foram submetidos, identificou-se a necessidade de tornar a supervisão mais profissional, iniciando-se o recrutamento de pessoas que fizessem, exclusivamente, a função de supervisor.

⁸ Desde o ano de 2001, o município de Aracaju foi dividido em quatro Regiões de Saúde que guardam relação com os distritos sanitários até então existentes.

“... começou a se chamar pessoas exclusivamente pra fazer aquilo e ao longo desse processo de supervisão se avaliou que a supervisão ganhava com isso, claro que o supervisor ele não poderia ser alheio ao resto da dinâmica de funcionamento da Secretaria, então tinha uma orientação de capacitar, formar o supervisor em determinadas competências...” (CARONTE).

“... o supervisor não tinha aporte, não tinha aquele conteúdo pra oferecer as equipes de Saúde da Família, então era de certa forma, formar multiplicadores pra discutir o cuidado da unidade de Saúde da Família, vigilância em saúde, ação no território, trabalho em equipe, organização do processo produtivo desde a discussão da parte mais estruturada de Vigilância Sanitária de procedimentos até a organização do cuidado dos usuários do ponto de vista da garantia da integralidade, das ofertas possíveis entre as equipes multiprofissionais, então a gente foi participar de oficinas, ai teve capacitação mesmo”.(CARONTE).

A partir de 2003 a supervisão começa a ganhar uma identidade própria, constituindo-se em uma equipe multiprofissional que incorporava categorias profissionais que fazem parte da equipe mínima do PSF e também de uma profissional de serviço social. Isso, segundo vários dos entrevistados, enriqueceu as discussões em relação às funções e atividades realizadas por cada profissional, bem como facilitou o diálogo entre as distintas categorias, dificultado, inicialmente, pela ausência do profissional médico na equipe.

“A supervisão não teve um recorte núcleo profissional, não tinha uma composição da equipe mínima com base em núcleos profissionais, mas os supervisores nas discussões que aconteceram aqui, antes da gente chegar, eles tinham uma dificuldade de estar lidando com os médicos”.(TERRA.).

“... a gente foi vendo a necessidade de ter profissionais de múltiplas funções de múltiplas formações em cada região até para ser mais fácil o diálogo, é difícil você conversar com o médico. Quando você não tem nenhum médico junto à supervisão você é retaliado mesmo”.(URANO).

Todo esse processo de construção culminou com a realização do concurso ao final do ano de 2003, evento que marca, segundo os entrevistados, a consolidação da equipe de supervisão na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo). O cargo de supervisor passou a ser reconhecido e, posteriormente passou

a fazer jus à gratificação salarial estipulada em lei municipal, através do Art. 7º do Decreto municipal nº. 560 de 02 de maio de 2005, que regulamenta o artigo 44 da Lei complementar nº. 61 de 02 de julho de 2003, que define as gratificações para supervisores e demais categorias.

Finalmente, uma evidência de que a supervisão é considerada um importante instrumento na gestão do sistema de saúde do município são as referências encontradas em vários dos documentos analisados como o relatório da VII Conferência Municipal de Saúde e outras publicações da SMS:

*“Coordenadores e **supervisores** que são responsáveis diretos pela região, apóiam as equipes na gestão local na implantação do modelo assistencial, avaliam o desempenho das equipes nas unidades de produção de cuidados” (Aracajú, 2004, p. 43).*

*“Algumas tecnologias educacionais e outras da análise institucional estão sendo utilizadas para a constituição de um grupo-sujeito capaz de empreender a transformação do Modelo Assistencial de Aracaju. Em vários períodos recorreremos à **supervisão** institucional, mas principalmente adotamos uma abordagem pedagógica para a formação destes dirigentes”. (Aracajú, 2003, p. 9).*

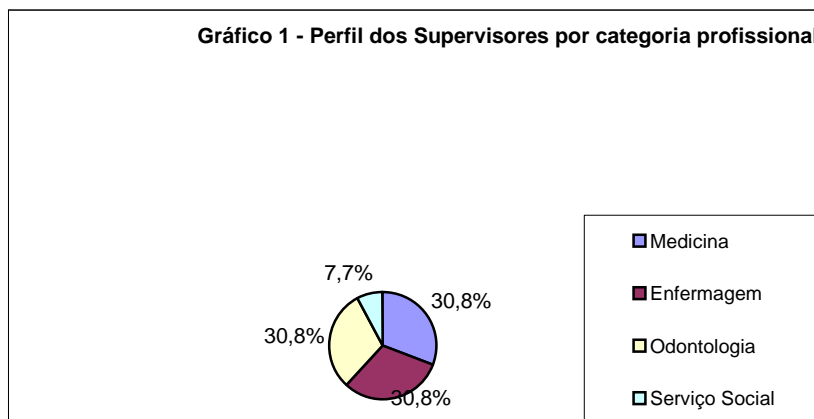
Com isso, podemos considerar que o processo de implantação da supervisão das ESF alcançou um razoável grau de institucionalização no município estudado, o que permite que se avance na análise das características dos seus agentes e da prática realizada.

5.4.3. Perfil dos supervisores das ESF

Todos os supervisores em atividade (13) no momento de realização dessa investigação eram concursados pelo município (84,6%) ou cedidos pelo Estado

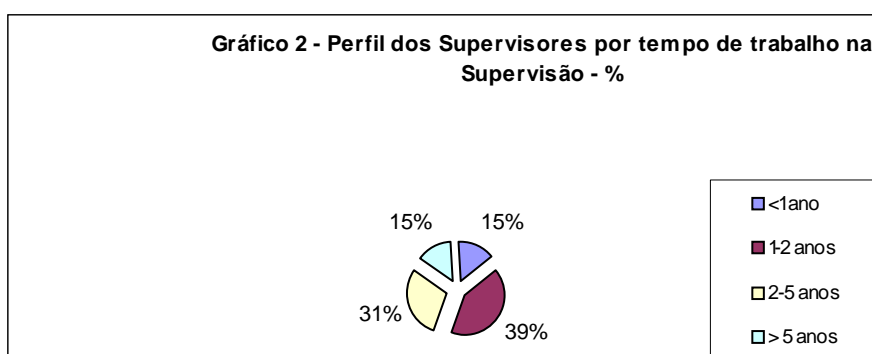
(15,6%), através da municipalização. O perfil apresentado pelo conjunto de supervisores era bastante variado como podemos identificar a seguir.

A presença feminina na supervisão é grande, com 69,2 % contra 30,8% da masculina, o que reforça a tendência de predominância das mulheres no mercado de trabalho em saúde. Em relação à categoria profissional, existe um equilíbrio, como se constata no gráfico 1, sendo que a categoria de serviço social tem a desvantagem por existir apenas uma supervisora no quadro.



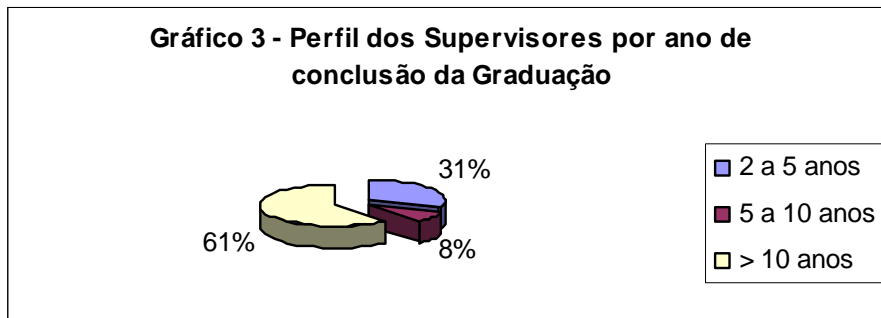
SMS, 2006.

Pode-se perceber que o tempo de experiência em relação à supervisão é bastante variado (gráfico 2), sendo que o maior percentual se encontra na faixa de 1 a 5 anos de experiência na supervisão do município.



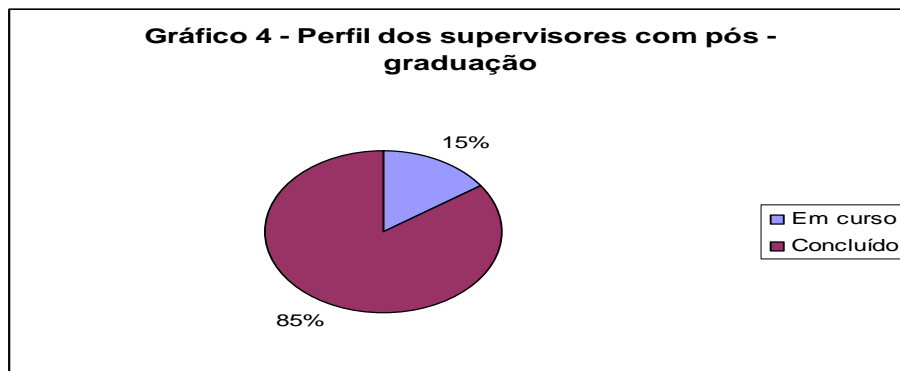
SMS, 2006.

Em relação ao tempo de formação (gráfico 3) observa-se que a maioria dos profissionais (61%) tem sua graduação concluída há mais de 10 anos, enquanto que 31% têm entre dois e cinco anos de conclusão do curso.



SMS, 2006.

Como se percebe no gráfico 4, dos 13 profissionais da equipe de supervisão, 85% (11), a sua grande maioria, possuem especialização, entretanto os outros 15% (2) dos profissionais encontram-se com sua pós-graduação em fase de conclusão.



SMS, 2006.

Ainda com relação ao perfil desses profissionais podemos encontrar uma vasta e diversificada trajetória de trabalho. Alguns dos profissionais se inclinaram para a área de Saúde Coletiva desde o curso de graduação, outros referem que ao concluírem a graduação passaram anos trabalhando com assistência hospitalar e depois foram atraídos pela saúde coletiva. Foram identificados supervisores com passagem por funções gerenciais em vários níveis de gestão do SUS, desde o

Ministério da Saúde até a gestão municipal em alguns municípios do Estado de Sergipe e até de outros estados. Porém o que nos chama bastante atenção é o fato de a grande maioria dos supervisores ter passado por equipes de saúde da família, trabalhando na assistência, no cuidado direto aos pacientes, o que nos parece, um fator importante para o exercício da função de supervisor. A seguir, alguns relatos:

“... trabalhei dez anos de vida hospitalar e em seguida eu fui pra saúde pública. Mais ou menos em 91 eu iniciei na saúde pública, fiquei fazendo um serviço quase paralelo na parte hospitalar e de saúde pública... daí eu assumi a Gestão Municipal de 97 a 2003” (NETUNO).

“... fui convidado pra trabalhar no Ministério da Saúde, então eu fui para o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e fui pra Política de Educação Permanente e para Política e Estratégica para o Ensino Superior... na virada do ano de 2005 algumas mudanças acontecem, eu saio da Atenção Básica como cuidador e viro gestor da Atenção Básica como supervisor” (TERRA).

“Eu fiquei de 91 ate o ano 2000 praticamente trabalhando especificamente na área da odontologia privada. De 2000 a 2003 eu comecei a trabalhar na prefeitura quando surgiu uma oportunidade de trabalhar na gestão dessa prefeitura e aí eu ocupei o cargo de secretário de saúde lá durante dois anos.” (MERCÚRIO).

“... fiquei na unidade de Francisco Fonseca e foi para vivenciar o cuidado em Aracajú como é que funciona o sistema a partir da unidade para quando eu tivesse na supervisão conhecesse com mais propriedade. Foi isso que ajudou bastante.” (JÚPITER).

5.4.4. Características da Prática da supervisão

Quando começou a ser implantada a prática de supervisão não contava com um desenho organizacional claramente definido, isso só foi se configurando ao longo do processo, consolidando-se a partir da realização do concurso público em 2003.

No momento da investigação, a equipe de supervisão se encontrava distribuída nas quatro regiões em que se divide o município, sendo composta de um profissional médico, um de enfermagem e um de odontologia em cada região, à exceção da 2ª região, cuja equipe também contava com uma assistente social. Cabe destacar que em cada equipe, um dos membros exerce a função de coordenador da região. Fato esse que dificulta a sua ação enquanto supervisor

*“... hoje eu estou menos nas unidades do que eu acharia que deveria estar, mas a gente tem procurado dividir isso de determinada forma que dê conta da gente estar perto de estar mais presentes nas unidades”.(MERCÚRIO).
“Não posso dizer a você que em muita ação o espaço da supervisão não fica um pouco prejudicado com as atividades de coordenação, fica, mas a gente vai tentando levar”.(NETUNO)*

Na investigação pode-se identificar a não existência de um roteiro específico para a execução do processo de trabalho dos supervisores, o que se constatou nas entrevistas realizadas com os próprios supervisores e a coordenação.

“Não temos um documento sistematizado, se alguém parar pra juntar o conjunto de informações que a gente conseguiu produzir, os papéis da supervisão, a gente consegue formular um documento, mas a gente tem na nossa idéia quais são os papéis e a gente já tem uma pactuação interna”.(LUA).

Nós estamos tentando formar os protocolos para uma supervisão, nós ainda não obtemos isso. Nós trabalhamos em cima das necessidades, mais precisamos sistematizar como se deve fazer uma supervisão já tentamos várias vezes mais não temos o produto. (SATURNO).

“... então dizer a você que tem um instrumento efetivo eu desconheço entendeu, tem um instrumento que começou a ser produzido mais que ele não ficou concluído.”(NETUNO).

“Não, não tem esse chek list. Toda vez que eu vou á unidade eu rodo em todas as unidades produtivas, eu vou à vacina, eu vou à odontologia...”.(JÚPITER).

“Não tem esse roteiro, na verdade não tem esse roteiro do ponto de vista de estar normalizado.”(TERRA).

Porém, também se identifica, nas próprias entrevistas, uma necessidade de se uniformizar um roteiro e instrumento mínimo que possa balizar as ações da supervisão, e que também possam servir de avaliação dessa prática.

Há uma carência de uniformizar um pouco essas práticas que estão sendo feitas e em alguns locais varia de acordo com a capacidade de cada supervisor. (LUA)

“Isso é ruim inclusive, não que as coisas são capturáveis totalmente em normas, mas você tem que ter alguma diretriz, eu acho que faz falta não ter esse roteiro”. (TERRA)

Apesar dessa inexistência de roteiro, existe o colegiado gestor da RASF, que se reúne semanalmente, onde são discutidos assuntos relacionados a capacitações, problemas enfrentados pelas equipes e supervisão, adequação de procedimentos e ações desenvolvidas pela equipe de supervisão.

“Tem o colegiado da Rede de Atenção a Saúde da Família que é a nossa reunião de colegiado que aí junta todos os supervisores e a coordenadora da rede e a gente faz tudo isso que eu disse, desde trocas de vivências em alguns momentos, na 3ª região está aprofundando uma intervenção em tal coisa, a gente trás e socializa isso no colegiado gera uma discussão a gente constrói as pautas para discussão, determinados temas, algumas intervenções...” (JÚPITER).

Além das reuniões de colegiado da RASF, as regiões mantêm as segundas pela manhã uma reunião de supervisores e à tarde a reunião do colegiado regional com as gerentes das unidades, onde, nesse momento, se constroem a agenda da semana.

Ao que parece, o momento das reuniões de colegiado, acabam minimizando a falta desse roteiro, porém não supre sua ausência, tendo em vista que não permite a realização de uma avaliação sistemática das ações da supervisão.

Tal comentário se deve ao fato de também ter sido estudada a existência de procedimentos avaliativos sistemáticos sobre a supervisão e de os mesmos não terem sido identificados, quer através da análise documental, quer através das entrevistas realizadas.

“Estruturado não existe, eu acredito que quem coordena deva fazer as suas avaliações, mas, assim estruturado, não”.(MERCÚRIO).

“Não é uma avaliação estruturada, ela é uma avaliação mais empírica mesmo, avaliação mais de olhar mesmo, mais algo estruturado que faça uma pontuação que mapeie toda a situação disso, como é que você atua na gestão, na relação, não tem”.(TERRA).

Com relação à periodicidade da supervisão, não existe uma determinação fixa. As visitas acontecem a partir de uma programação sistemática realizada semanalmente, porém sua realização é determinada, principalmente, em função das demandas e necessidades surgidas em cada região.

“Não há uma periodicidade fixa, mas tem, por exemplo, dentro daquela agenda que eu disse da semana segunda de manhã e à tarde a gente sai com o gerente... mas acontece alguma coisa emergencial e não tava prevista a nossa ida na unidade a gente vai pra lá, muda a nossa agenda e vai pra lá, é muito dinâmico.”(JÚPITER)

5.4.5. Objetivos e Objetos da Supervisão

O processo de trabalho dos supervisores se mostrou bastante diverso, difuso e abrangente, e apesar de estar referido na maioria das entrevistas, não se apresenta de forma sistematizada. Isto pode ser atribuído ao fato de, como já vimos anteriormente, não existir roteiros nem instrumentos que padronizem tanto os

objetivos quanto o objeto de ação da supervisão. Alguns trechos de entrevista ilustram essa observação:

“Solicitam e chamam a gente pra avaliar o processo de trabalho em algumas situações que eles têm dificuldade de organizar isso e situações de intermediação com a população, várias reuniões de conselho local que tem uma tensão entre a população e os trabalhadores eles chamam a gente pra mediar.” (JÚPITER).

“Eles descobriram agora que a gente discutindo com eles a organização da agenda pode ser interessante pra eles, que eles podem planejar melhor o tempo deles”.(TERRA).

A gerente tem umas situações lá que estão acontecendo, administrativas e solicita que a gente vá fazer alguma interlocução com algum profissional porque ela já não deu conta de fazer. (MARTE)

Nos conflitos de equipe, a gente chega muito também nesses momentos de tensão pra consensuar, minimizar as animosidades. (NETUNO)

Fazendo um esforço de identificação dos objetivos do trabalho dos supervisores, podemos listar os seguintes:

Apoiar os processos de análise institucional, fazendo a mediação das relações entre os profissionais, no intuito de reforçar o espírito de equipe, o coletivo e dar suporte no âmbito da subjetividade às equipes;

Incentivar a participação da população através dos conselhos locais de saúde implantados nas 44 unidades básicas de saúde. Verificação de demandas vindas da Ouvidoria municipal.

Apoiar à dimensão gerencial, dar suporte a processos logísticos, a processos de RH, mediação de conflitos, contratações, insumos.

Avaliar a situação de saúde da região, da unidade, através dos indicadores do SIAB e discutí-los com as unidades, estimulando-as a realizarem esse processo de análise de situação entre as suas equipes;

Apoiar o processo de implantação do PSF e das ações programáticas, bem como das práticas de acolhimento nas unidades básicas de sua região, juntamente com a gerência da unidade;

Colaborar com a execução dos processos de capacitação de pessoal, atuando como instrutores/ tutores dos processos de educação permanente;

Como se pode perceber, os objetivos listados acima abarcam uma gama variada de funções e competências atribuídas aos supervisores, incluindo desde atividades político-gerenciais, a atividades voltadas à organização de serviços e implementação de práticas de saúde nas unidades, através da educação permanente, até a mediação estratégica entre as ESF e os canais institucionalizados de participação e controle social.

Em relação aos profissionais, foco do processo de supervisão, pode-se perceber, de uma maneira geral, que esta é realizada com todos os membros da equipe. Isso se dá a partir das demandas dos profissionais ou do levantamento de necessidades identificadas a partir da própria supervisão.

“Identificar se a pessoa que está naquele espaço tem um mínimo conhecimento. Eu não posso botar uma auxiliar de enfermagem que não sabe puncionar uma veia numa sala de observação”.(NETUNO).

“... mas eu supervisiono também a questão dos atendimentos das equipes, das linhas de cuidado, a questão da organização do processo de trabalho tanto, das equipes de forma geral porque daí tem os Agentes de Saúde que é um núcleo que demanda bastante da supervisão. O outro aspecto é a inserção da gerente na unidade porque ela é a gestora local que faz a interlocução das equipes com a gestão”.(MARTE).

5.4.6. Prática da supervisão nas Regiões de saúde

A supervisão das equipes não é feita de forma única, sua organização se dá de acordo com as especificidades de cada região, mas também dos profissionais. Na pesquisa pôde-se identificar dois formatos de supervisão. Na 2ª região as unidades são divididas entre os supervisores que ficam responsáveis pelo acompanhamento de todos os processos, enquanto nas demais a supervisão é feita em conjunto, ou seja, todos são responsáveis por todas as unidades, porém existe uma divisão por temas específicos, como avaliação e monitoramento, controle social entre outros. A seguir se irá detalhar essa atuação.

- **Prática da supervisão na 2ª Região de Saúde**

A equipe de supervisão nesta região é composta por 04 supervisores, um médico, uma enfermeira, uma odontóloga e uma assistente social. A região possui 20 ESF, distribuídas em 11 unidades. A organização do trabalho é feita através da divisão das unidades pelos supervisores, numa média de três por supervisor, sendo que a coordenação da região, que também participa da supervisão, fica com duas unidades em função das outras atividades que desempenha.

“A melhor maneira de a gente conseguir tentar garantir o acompanhamento mais longitudinal com mais profundidade nos processos que estavam acontecendo em cada unidade foi a gente adscrever as unidades e colocar cada supervisor pra três ou no máximo quatro unidades...” (TERRA)

“... então com três ou quatro unidades eu consigo estar no Colegiado de todas elas, com três ou quatro unidades eu consigo passar nas unidades, consigo ir de manhã ver como é que esta funcionando, consigo ter uma presença, a pessoa sente que eu estou ali perto, eu sou mais vinculado à unidade e a unidade tem em mim a referência e eu estou mais próximo deles. Toda semana eu passo nas unidades que eu supervisiono e obviamente tem unidades que eu passo duas, três vezes na mesma semana no mínimo”.(TERRA).

Essa forma de organização, ao que parece, pode realmente facilitar a interação com os profissionais das unidades, o andamento e encaminhamento dos processos e atividades e também em relação à periodicidade da supervisão, mas por outro lado, pode trazer algumas dificuldades por conta dessa especificidade.

“... a gente tem uma lógica de ter uma unidade adscrita, então imagine na nossa região é pior, as outras regiões por eles andarem juntos é ate mais tranqüilo, na nossa, é muito pior, pois cada um está de um lado, então no final das contas eu mesmo sempre uso meu carro.” (TERRA).

Como se vê na fala acima a supervisão da forma como é realizada na 2ª região, tem dificuldades quando necessita da utilização do carro que presta serviço a região, sendo essa situação constatada através da observação direta realizada com a supervisão da região. Outra questão também constatada se relaciona a necessidade do supervisor se afastar temporariamente do serviço, como no caso de férias, é necessário a redistribuição das unidades pelos demais membros da equipe.

“Se um supervisor vai entrar de férias no caso na minha região, que a gente divide unidade, o que eu vou discutir com ele é o seguinte, o ultimo colegiado discutiu quais são os conflitos que estão mais presentes no ultimo momento, qual é o clima da unidade, ela esta caminhando pra onde... é mais esse debate mesmo de como, da micro política ali daquela unidade que o supervisor me passa.” (TERRA).

Podemos também levar em consideração a existência do colegiado regional, onde a gerência da unidade tem presença, para resolver as questões que, porventura, se

fizerem necessárias, o que pode se tornar num fator que ameniza a ausência do supervisor habitual.

- **Prática da supervisão na 1ª, 3ª e 4ª Regiões de Saúde.**

Nestas regiões a organização da supervisão é realizada de uma forma bastante semelhante, a começar por sua composição. A equipe de supervisão em cada uma das três regiões é composta por 03 supervisores, um médico, um enfermeiro e odontólogo. A semelhança da 2ª região existe uma coordenação em cada uma das regiões, que também participa da supervisão.

A 1ª região possui 39 ESF, distribuídas em 13 unidades; a 3ª conta com 33 ESF em 10 unidades e a 4ª região tem 36 ESF em 10 unidades de saúde. A organização do trabalho nestas regiões, ao contrário da 2ª, é realizada em conjunto pelos supervisores. Ou seja, todos são responsáveis por todas as unidades, porém existe uma divisão por temas específicos, como avaliação e controle, controle social entre outros.

“... normalmente nós vamos em dois ou às vezes quando é necessário nós vamos os três e, também, quando a gente fez alguma intervenção em algum problema específico relacionado a alguma corporação ou alguma unidade produtiva ou algum projeto estratégico a gente também sempre procura estar junto para potencializar a nossa intervenção.” (MARTE)

“... uma discussão sobre o processo de trabalho dos enfermeiros em uma determinada unidade e aí como está relacionada à enfermagem então sempre pactua que a enfermeira da equipe vai junto com outro supervisor”.(MERCÚRIO).

“Hoje a gente está fazendo uma intervenção mais por frente, por exemplo, eu fico mais relacionado ao controle social, na identificação das ouvidorias... elas fazem intervenção mais relacionada à avaliação e a supervisão dos métodos e objetivos das unidades”.(MERCÚRIO).

Percebe-se que essa forma de supervisão provoca uma maior interação entre os supervisores, à medida que eles têm que realizar discussões em conjunto acerca das dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho nas unidades, além de um enriquecimento nas intervenções que são realizadas nas equipes pelos supervisores, quando estes estão em conjunto. Isso ficou bastante evidenciado na observação direta feita com a equipe de supervisão da 4ª região quando da sua atuação numa atividade em conjunto com a equipe. Porém, assim como na 2ª região, essa forma de supervisão também enfrenta dificuldades, principalmente em relação à periodicidade da supervisão.

“A gente acaba tendo que trabalhar com prioridades, então tem unidades que a gente consegue ir, o José Machado de Souza semana passada nós fomos lá acho que no mínimo quatro vezes na semana, o Lauro Dantas eu não vou já faz mais de trinta dias, só por telefone”.(MARTE).

“... intervenção de curto prazo em unidade a gente consegui de certa forma fazer, agora se é uma intervenção que requer um longo acompanhamento longitudinal só naquela unidade a gente começa a ter dificuldade porque a gente tem várias unidades pra dar conta... na 2ª região eles não têm tanto essa dificuldade porque eles dividem então cada supervisor fica com três unidades, mas ele só acompanhar aquelas três tem algumas vantagens”.(JÚPITER).

5.4.7. Encaminhamentos decorrentes da supervisão

Neste item, buscou-se identificar que encaminhamentos são dados aos problemas e necessidades levantados pela supervisão e se existem fluxos para solução dos mesmos. Ficou evidenciado, tanto nas entrevistas como na observação direta da prática da supervisão, que não existem fluxos determinados para o encaminhamento dos problemas e necessidades. Isso varia de acordo com a questão a ser solucionada, com a região e até com o supervisor envolvido. Esse encaminhamento pode ir desde o acionamento da coordenação até um telefonema dado pelos

próprios supervisores para o setor responsável pela solução do problema identificado.

“No primeiro momento é tomar forças dentro da região e buscar, lutar resolvendo a questão. Quando a solução dessa questão ou essa situação ela é transversalizada ela é mais ampla do que a nossa capacidade de resolução a gente aciona a coordenação da rede fazendo numa escala maior, mas normalmente a gente busca uma solução para o problema internamente a gente busca solucionar no primeiro momento pra estar em um segundo momento tanto informando como ate solicitando ajuda da coordenação da rede, normalmente é isso”.(NETUNO).

“A natureza dos problemas é muito diverso, estruturado, menos estruturado, que demandam uma ação do tempo que são decisões, que são da governabilidade da própria gerente que ai não tem nada haver com o especifico da supervisão que é fora da Secretaria, então tem uma natureza muito diferente. O importante é identificar essas questões e fazer uma análise, bom isso aqui como é que eu encaminho essa questão, então é mais lucro, não dá pra dar uma resposta global entendeu.” (TERRA).

“A gente tem muita horizontalidade aqui, então se fosse por fluxo eu teria que enquanto supervisor demandar pra coordenadora da região, ela demanda pra RASF que demandava para a coordenadora do NUDEP... ao invés de acontecer isso eu ligo. E aí tal dia tu ta livre, a gente ta precisando disso pode ser? Pode? Então pronto”.(JÚPITER).

Na observação direta, pôde-se acompanhar uma necessidade de encaminhamento de uma situação surgida no momento da supervisão. Houve um questionamento por parte de uma médica da unidade em relação ao fluxo de encaminhamento de uma paciente. Como as informações dadas pelo supervisor não eram compatíveis com o fato ocorrido, então o mesmo entrou em contato com a coordenação necessária e assim conseguiu esclarecer e definir como deveria se dar o fluxo e o encaminhamento da situação. Nessa situação ficou clara a existência de uma horizontalidade nas relações dos profissionais das várias redes e da possibilidade de uma rápida intervenção pelo supervisor. Porém a indefinição de fluxos, ao que parece, dificulta uma linearidade mínima que possa diminuir os ruídos decorrentes

das várias interpretações a cerca de uma mesma situação, pelos vários profissionais existentes no sistema.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de supervisão, introduzida nos primórdios da Administração Científica como instrumento de controle do processo de trabalho visando o aumento da eficiência na produção de bens e serviços, tem sido objeto de análise e aperfeiçoamento ao longo do desenvolvimento histórico das diversas correntes de pensamento que marcam o pensamento administrativo contemporâneo. Do binômio taylorismo/fordismo, passando pela teoria das relações humanas, ao enfoque sistêmico, a supervisão vem sendo tematizada como um instrumento gerencial que serve, fundamentalmente, à melhoria do desempenho das organizações de distintas naturezas.

Sua incorporação nas organizações da área de saúde, deu-se primeiramente no setor hospitalar, enquanto elemento do processo de administração do trabalho coletivo. Com a modernização da saúde pública e, especialmente com a expansão dos serviços de atenção primária através dos Projetos de Extensão de coberturas (PEC's) na década de 70 do século passado, a supervisão foi valorizada como elemento chave do processo de organização do trabalho, que passava a ser realizado de forma descentralizada (PAIM, 2002). Nesse contexto, as discussões em torno da supervisão passaram pela incorporação de uma dimensão educativa, atenuando o caráter fiscalizador, de modo a que o controle como eixo do processo tenha como instrumentos a educação e o apoio. (NUNES, 1986; NUNES & BARRETO, 1999).

Refletindo criticamente sobre a experiência acumulada pelas SES e propondo a institucionalização de um processo de supervisão que contemplasse esse aspecto, Nunes & Barreto (1999) sugerem, a utilização do termo *convisão* que significa estabelecer uma relação entre parceiros igualmente interessados, identificando práticas e instrumentos de **atuação conjunta** sobre o objeto de trabalho. Campos (2002) também colabora com essa discussão quando propõe a figura do supervisor matricial ou apoiador institucional desempenhando funções junto às equipes, ajudando-as na gestão e organização de processos de trabalho.

Com essa perspectiva teórica o estudo desenvolvido sobre a prática de supervisão das equipes do PSF no município de Aracaju buscou descrever o processo de construção da supervisão, bem como suas características.

Primeiro, constatou-se que a prática de supervisão no município, passou por um longo processo de construção até chegar a sua implantação. Esse processo prolongado, porém, constante, ao que parece, foi de extrema importância para a institucionalização da supervisão nos moldes que se desenha hoje. Pois como visto na discussão dos resultados, ela se dava de forma pontual, confusa e sem uma organicidade.

Além disso, pode-se observar que a estrutura da supervisão no município, no que diz respeito a sua organização e desenho, colabora, com as diretrizes do PSF de adscrição de clientela, quando utiliza a noção de território na distribuição das equipes de supervisão nas quatro regiões de saúde existentes no município, bem como na formação dessa equipe que, como visto, é composta pelas categorias da

equipe mínima do programa, favorecendo assim, pelo menos em tese, um trabalho multidisciplinar e até mesmo integral.

Porém, o estudo não deu conta de avaliar se a composição dessa equipe multiprofissional se reflete no trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família, em outras palavras, não permite que se conclua se esse desenho favorece a mudança das práticas dos profissionais e, portanto do modelo de atenção à saúde com vistas à integralidade da assistência prestada a comunidade. (Ciampone e Peduzzi, 2000).

Cabe aqui ressaltar que a inexistência de um documento ou instrumento / roteiro que orientem minimamente a execução do processo de trabalho dos supervisores pode estar dificultando a realização de uma avaliação periódica dos efeitos dessa prática.

De fato, uma avaliação, mesmo que normativa⁹, se faz necessária nas organizações, e caso acontecesse, possibilitaria o desencadeamento de um processo mais dinâmico de ajustes e aperfeiçoamento da prática de supervisão.

Essa consideração também se faz necessária devido ao estudo ter identificado duas formas distintas de organização e execução da prática da supervisão no município, o que gera uma necessidade ainda maior por uma avaliação sistemática, que definisse qual forma seria a melhor e mais adequada aos propósitos do município, sem

⁹ Atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas (HARTZ, 2002).

contudo deixar de levar em consideração as particularidades de cada uma das regiões, nem as habilidades específicas dos profissionais envolvidos nessa prática.

O processo de trabalho dos supervisores se mostrou bastante diverso, difuso e abrangente no que se referiu aos objetos e objetivos sobre os quais se debruça essa prática no município. Identificou-se aí uma gama variada de funções e competências atribuídas aos supervisores, incluindo desde atividades político-gerenciais, a atividades voltadas à organização de serviços e implementação de práticas de saúde nas unidades, através da educação permanente, até a mediação estratégica entre as ESF e os canais institucionalizados de participação e controle social.

Do ponto de vista organizacional também se encontrou certa diversidade de desenhos, o que revela a existência de características que não se encontram em um modelo único. Encontramos que algumas das características da supervisão das ESF correspondem aos moldes sugeridos por Nunes e Barreto (1999), especialmente no que diz respeito à existência de um processo de construção coletiva da prática, revelando uma relação entre parceiros igualmente interessados, que identificam práticas e instrumentos de **atuação conjunta** sobre seu objeto de trabalho, ou seja, o conceito de *convisão*.

Pode-se, também fazer referência a aspectos que assemelham a concepção de supervisão matricial ou de apoio institucional, sugerida por Campos (2002), na medida em que a prática de supervisão das ESF analisada no município, reproduz uma forma de gestão que se dá através dos colegiados, difundidos em toda sua estrutura.

Outra questão a se destacar está relacionada à permanência ou superação do caráter de fiscalização e controle que existe na supervisão. Esse foi pouco referido pelos supervisores das ESF em Aracaju, pois ao que parece, esse controle fica sob responsabilidade da gerência das unidades, o que pode revelar uma maior valorização do caráter pedagógico / educacional em relação ao de controle / fiscalização.

Como vemos, a prática de supervisão no município de Aracajú, apesar sua construção ao longo de 5 anos, ainda encontra-se em processo de construção. Isso fica claro quando se evidencia a falta de instrumentos mínimos que norteiem o desenvolvimento e planejamento dessa supervisão, os fluxos e encaminhamentos decorrentes dela, bem como a práticas diferenciadas de região para região. Porém, pôde-se identificar, através das entrevistas e observação direta do trabalho de algumas equipes de supervisão, que as atividades desempenhadas e objetos acompanhados pelos supervisores se encontram em consonância. Essa congruência pode se dever à existência do colegiado de gestão da Rede de Atenção a Saúde da Família, onde os supervisores se reúnem semanalmente, como já citado neste trabalho.

Isso pode levar a crer que o município realiza, em específico, práticas não estruturadas de supervisão, ou seja, “práticas mais flexíveis e informais, no sentido de não disporem de uma estrutura metodológica bem definida” , a exemplo do que Vilasboas, (2006) encontrou em seu estudo sobre planejamento. Nessa perspectiva, essa não estruturação pode estar levando a certa horizontalização e uniformização na execução das práticas desenvolvidas e, também, na tomada de decisões por

parte dos supervisores, em função da existência de espaços colegiados na estrutura da gestão municipal.

Outra constatação importante se refere à confirmação da prática da supervisão enquanto importante instrumento de gerência e, portanto uma tecnologia em saúde, aqui entendida, segundo a definição de Merhy (1997), como leve – dura, pois se alicerça em conteúdos estruturados como os do planejamento, da epidemiologia, e das ciências sociais, entre outros, para desenvolver suas ações e orientar o processo de trabalho das equipes. Sendo que essa orientação se dá através da inter – relação entre esses atores.

É importante ressaltar que o razoável grau de institucionalização da supervisão no município parece colaborar, com essa prática, dando a segurança e suporte necessário aos supervisores, no desempenho de suas funções e no avanço de uma análise das suas características, bem como da prática realizada.

Por fim, este estudo teve a pretensão de, através das reflexões feitas a partir dos inúmeros achados da pesquisa, compreender a prática da supervisão e suas características, no âmbito da saúde e particularmente no PSF, partindo da premissa de que essa prática tem todas as condições para influenciar, de forma positiva, na transformação das práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais, em prol de uma atenção integral e condizente com os princípios do SUS.

Entretanto se faz necessário um aprofundamento na definição de um modelo de supervisão que possa articular os diversos atores envolvidos no processo de

trabalho em saúde, quais sejam os gestores, supervisores, profissionais ligados diretamente à assistência, mas também a população que dela necessita. E essa definição passa pela forma como a gestão imprime e orienta as políticas de saúde em seu território, mas também por uma identificação de como a prática da supervisão tem influenciado na atuação das equipes, e portanto, na mudança de suas práticas, o que se pretende objeto de um estudo posterior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA , M.C.P. & MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho Interface - Comunicação, Saúde e Educação. 9: 150-153, 2001.

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo. Boitempo Editorial, 2005. 261p

ARACAJÚ. **Projeto Saúde Todo Dia**. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2003. 91 p

_____. _____. **Lei Complementar nº 61**, de 02 de julho de 2003. Institui o Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos para os Servidores da Categoria Ocupacional da Saúde do Município de Aracaju e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Aracaju/Secretaria Municipal de Governo, 2003. (mimeo).

_____. _____. **VII Conferência Municipal de Saúde: saúde todo dia – hoje e amanhã**. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. 67 p.

_____. _____. **Decreto nº 560**, de 02 de maio de 2005. Regulamenta o artigo 44 da Lei Complementar nº 61, de 02 de julho de 2003. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, 2004. (mimeo).

_____. _____. **Guia Saúde da Família**. Aracajú: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. 62 p.

BAHIA. Distrito Sanitário de Pau da Lima. Proposta de Supervisão para Unidades de Saúde do DSPL. Bahia, 1991. 11 p.

_____ Relatório de Atividades: 1999 a 2000. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal do Programa de Saúde da Família do Estado da Bahia. 2003. 57 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Serviço de Supervisão e Avaliação. Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Supervisão. Brasília, 1980.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor Área da Saúde. Brasília, 1989. 58 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Orientações para funcionamento e Supervisão dos serviços de Saúde Mental. Brasília, 1990. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma Estratégia para Reorganização do Modelo Assistencial. Brasília, 1997, 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2001. 54 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família, 2003, 125 p.

CAMPOS, G.W.S.,. O Anti-Taylor: sobre a Invenção de um Método para Co-governar Instituições de Saúde Produzindo Liberdade e Compromisso. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998, 14(4): 863-870.

_____. G.W.S. Saúde Paidéia São Paulo: HUCITEC, 2005, 185 p.

_____. G.W.S. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos. São Paulo: HUCITEC, 2004, 236 p.

CAMPOS, F.E. & BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e educação continuada. Interface - Comunicação, Saúde e Educação. 9: 133-142, 2001.

CARVALHO, L.C. de; SILVA JR, A.G. da; MERHY, E.E. Refletindo sobre o Ato de Cuidar em Saúde. In: MATTOS, R.A.; DE PINHEIRO, R. (Orgs). **Construção da**

Integralidade: cotidianos saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003, p 113-128.

CHAKKOUR, M; MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação do dia adia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E.E.; ONOCKO R, Orgs. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997, P.113-151.

CHIAVENATO, I.; Introdução à Teoria Geral da Administração. 7. ed. São Paulo.2004. 330 p.

CECÍLIO, L.C.O; As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: MATTOS, R.A. de; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001, p 113-126.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v53, n.especial., P.143-7. Dez. 2000.

COSTA, A.R.C. et al. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. **Revista Brasileira de Enfermagem**2000; 53:127-30.

COSTA M.B.S; LIMA C.B; OLIVEIRA C.P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2000 ; 53:149-52.

ESCOREL, S.; Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1998, 208 p.

FLAHAULT, D.; PIOT, M.; FRANKILN, D. La supervision del personal de salud a nível de distrito. Genebra: OMS, 1988; 112 p.

LEVCOVITZ, E.:Lima, L.D. de; Machado, C.V. Políticas de saúde no anos 90: relações inter-governamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2) 269-291, 2001.

LEITE, M.L.S. Padrão de Supervisão de Enfermeira em Hospitais de Feira de Santana, Bahia. In: 48^o Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo. 1996

LUZ, M.T. PINHEIRO, R.; Práticas Eficazes x Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: MATTOS, R.A; PINHEIRO, R. (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003, p 7-34.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões a cerca do desafio da produção de cuidados, **Revista Interface – comunicação, saúde e educação**, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MATTOS, R.A. DE Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R.A. de; PINHEIRO, R. (Orgs). Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001, p 39-66.

MARX, K. **O Capital – Crítica da economia política**. O processo de produção capital, volume 1, 11ª edição, Bertrand Brasil, São Paulo, 1987.

MENDES, E.V.. Distrito Sanitário – o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco. 1993.

_____. Uma agenda para a saúde. São Paulo: hucitec; 1996.

MENDES-GOLÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo, Cadernos CEFOR, 1992, Série Textos 1

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, Editora HUCITEC-ABRASCO, 1994.

Nogueira, R. P., O Trabalho em Serviços de Saúde. Textos de Apoio. P. 59-63.

2004. Disponível em: www.opas.org.br. Acesso em 05 de jul. de 2005

NUNES, TCM. A Supervisão em Saúde: um estudo exploratório em instituições públicas no âmbito federal e estadual. [Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária] Bahia: Faculdade de Medicina da UFBA; 1986-a.

_____. A Supervisão: uma proposta pedagógica para o setor Saúde. Secretaria de Recursos Humanos, Brasília. 1986-b 16 p.

NUNES, T.C.M. & BARRETO, C.M.G.,. Uma Proposta de Supervisão para a Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário (DIVISA).Secretaria da Saúde do Estado, Governo do Estado da Bahia. 1999a

_____. Proposta de Supervisão para o Programa de DST e AIDS. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas Públicas, Ministério da Saúde.1999b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional de Alma Ata - URSS, 1978. UNICEF, Brasília. 1979.

PAIM, J.S. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. CEPS-ISC, Salvador, 2002. 447p.

PEDUZZI, M., PALMA, J.J.L., A equipe de saúde. In: SCHRAIBER,L.B., NEMES, M. I., MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs) **Saúde do adulto – programas e ações na unidade básica**. São Paulo, HUCITEC, 1996.

REIS, C. C. L.; A Supervisão no Programa de Saúde da Família: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro, 2001. 122 p. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

REIS, Cláudia da Costa Leite e HORTALE, Virginia Alonso. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. *Cad. Saúde Pública*, mar./abr. 2004, vol.20, no.2, p.492-501. ISSN 0102-311X.

RIBEIRO, E.M., PIRES, D. e BLANK, V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** *Cad. Saúde Pública*, mar./abr. 2004, vol.20, no.2, p.438-446. ISSN 0102-311X.

SANTOS, R. C. "Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva". Campinas, SP: [s.n.], 2005.

SILVA, A.P. **A prática da Equipe do Programa de Saúde da Família: Mudança ou conservação?** . Salvador, 2002. 101 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

SOUZA H.M. Programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2000; 53:7-16.

TEIXEIRA,C.F., PAIM,J., VILASBOAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, VII (2), Abril/Jun, 1988.

VIANA, S. V. **Perspectiva relacional no estudo do processo de trabalho em saúde: contribuição para uma nova abordagem a partir do estudo da prática do nutricionista no campo da alimentação institucional.** *Cad. Saúde Pública*, out./dez. 1995, vol.11, no.4, p.616-620. ISSN 0102-311X.

VANDERLEI, M.I.G.; O gerenciamento na Estratégia de Saúde da Família: O processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão, Ribeirão Preto, 2005. 245 p.

VIANA, A. L., POZ, M.R.D., A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8 (2), 1998.

VILASBÔAS, A.L.Q.; Práticas de Planejamento e Implementação de Políticas de Saúde no Âmbito Municipal. Salvador, 2006. 129 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

YALOUR, Margot Romano; TOBAR, Frederico. Como fazer teses em Saúde Pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2001. 172 p.

ANEXOS



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-
Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br –
☎(071) 3263-7409/7410

Roteiro para levantamento documental

Identificar:

Estrutura de gestão da secretaria;

Se a supervisão se encontra no organograma da secretaria;

Época de implantação da supervisão;

Relatos sobre o processo de construção da supervisão;

Se existem normas, rotinas e ou procedimentos de supervisão institucionalizados;

Desenho / estrutura da supervisão.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-
Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br .
☎(071) 3263-7409/7410

Roteiro para entrevista a Informantes Chaves

Entrevista Nº	Data	Local	Início	Término
Nome do entrevistado:				
Formação profissional:		Instituição onde concluiu		Conclusão
Qualificação		Instituição onde concluiu		Conclusão
Cargo à época:		Cargo atual:		Vínculo empregatício:
1. Processo de construção da supervisão.				
<ul style="list-style-type: none"> • Quando ocorreu a implantação do PSF no município? 				
<ul style="list-style-type: none"> • Quando se deu início a supervisão no PSF? 				

<ul style="list-style-type: none">• Como foi o processo de construção da supervisão (fatos)?
<ul style="list-style-type: none">• A implantação da supervisão veio de uma necessidade sentida ou decisão do gestor?
<ul style="list-style-type: none">• A supervisão está instituída / institucionalizada no organograma da Secretaria?
<ul style="list-style-type: none">• Existem documentos que regulamentam / orientam a supervisão?
<ul style="list-style-type: none">• Como está estruturada a prática da supervisão (desenho)?



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-
Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br .
☎(071) 3263-7409/7410

Roteiro para entrevista a Coordenação

Entrevista Nº	Data	Local	Início	Término
Nome do entrevistado:				
Formação profissional:		Instituição onde concluiu		Conclusão
Qualificação		Instituição onde concluiu		Conclusão
Vínculo empregatício:		Admissão no cargo:		
1. Trajetória Profissional				
<ul style="list-style-type: none"> • Conte-me um pouco da sua história profissional (O que fez até chegar aqui?) 				
<ul style="list-style-type: none"> • Como você chegou a Coordenação? 				

<ul style="list-style-type: none"> • O que entende por supervisão?
<ul style="list-style-type: none"> • A partir de sua experiência, o que um profissional necessita para ser e saber fazer supervisão (O que é ser supervisor? Quais atributos e competências cabem a um supervisor?)
<p>2. Processo de construção da supervisão.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Quando ocorreu a implantação do PSF no município?
<ul style="list-style-type: none"> • Quando se deu início a supervisão no PSF?
<ul style="list-style-type: none"> • Como foi o processo de construção da supervisão (fatos)?
<ul style="list-style-type: none"> • A implantação da supervisão veio de uma necessidade sentida ou decisão do gestor?
<ul style="list-style-type: none"> • A supervisão está instituída / institucionalizada no organograma da Secretaria?
<ul style="list-style-type: none"> • Como está estruturada a prática da supervisão (desenho)?
<ul style="list-style-type: none"> • Existem documentos que regulamentam / orientam a supervisão?
<ul style="list-style-type: none"> • Quando (em que momentos / periodicidade) se dá a supervisão?
<ul style="list-style-type: none"> • Com que profissionais é realizada a supervisão?
<ul style="list-style-type: none"> • Existe avaliação das atividades dos supervisores? (Como? Quando?)

3. Resultados da prática de supervisão

- Uma vez identificados os problemas necessidade, o que é feito? (encaminhamento dos problemas / necessidades encontrados)
- Existe um fluxo para encaminhamento dos problemas / necessidades encontradas?

4. Comentários finais

- Existe algo que você acha importante ser acrescentado ou modificado na prática da supervisão?



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-
 Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br .
 ☎(071) 3263-7409/7410

Roteiro para entrevista dos supervisores

Entrevista Nº	Data	Local	Início	Término
Nome do entrevistado:				
Formação profissional:		Instituição onde concluiu		Conclusão
Qualificação		Instituição onde concluiu		Conclusão
Vínculo empregatício:		Admissão no cargo:		
1. Trajetória Profissional				
<ul style="list-style-type: none"> Conte-me um pouco da sua história profissional (O que fez até chegar aqui?) 				

<ul style="list-style-type: none"> • Como chegou a ser supervisor?
<ul style="list-style-type: none"> • O que entende por supervisão?
<ul style="list-style-type: none"> • A partir de sua experiência, o que um profissional necessita para ser e saber fazer supervisão (O que é ser supervisor? quais atributos e competências cabe a um supervisor?)
2. Prática da supervisão.
2.1 Objeto
<ul style="list-style-type: none"> • Que aspectos da prática da equipe você supervisiona? (Qual o objeto da supervisão)
<ul style="list-style-type: none"> • Que aspectos você acha importante acompanhar, avaliar, verificar na supervisão?
2.2 Meios de trabalho
<ul style="list-style-type: none"> • Como você faz a supervisão? Existe planejamento? Existe roteiro oficial? (se não, você tem faz o seu?) Quais os itens desse roteiro?
<ul style="list-style-type: none"> • Os recursos materiais (equipamentos, veículos, material de supervisão) são suficientes em quantidade e qualidade para realização da supervisão?
2.3 Organização

<ul style="list-style-type: none"> • Quando (periodicidade) se dá a supervisão?
<ul style="list-style-type: none"> • As equipes solicitam a supervisão? (se sim, em que momentos, situações?)
<ul style="list-style-type: none"> • Com que profissionais é realizada a supervisão?
<ul style="list-style-type: none"> • Existe avaliação das atividades dos supervisores? (Como? Quando?)
2.4 Relação Interpessoal
<ul style="list-style-type: none"> • Qual a conduta / postura dos profissionais em relação à supervisão? (Criticam? Apóiam? Sugerem?)
<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá à articulação / interação entre os supervisores da região?
<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá a articulação / interação entre os supervisores das demais regiões?
<ul style="list-style-type: none"> • Como se dá a articulação / interação entre a supervisão e a Coordenação da Rede de Atenção a Saúde da Família?
3. Resultados da prática de supervisão
<ul style="list-style-type: none"> • Uma vez identificados os problemas necessidade, o que você faz? (encaminhamento dos problemas / necessidades encontrados)

- Existe um fluxo para encaminhamento dos problemas / necessidades encontradas?

4. Comentários finais

- Existe algo que você acha importante ser acrescentado ou modificado na prática da supervisão?



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-
 Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br .
 ☎(071) 3263-7409/7410

Roteiro para observação direta da supervisão

Observação Nº.	Data	Início	Término
Bairro		Nome da USF	Equipe:
Região:			
Supervisor (a) Heider Pinto			
1. Prática da supervisão.			
2.1 Objeto			
<ul style="list-style-type: none"> • Que aspectos da prática da equipe é supervisionado? (Qual o objeto da supervisão) 			
2. Meios de trabalho			
<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de roteiro de supervisão (se existir); 			

- Os recursos materiais (equipamentos, veículos, material de supervisão) são suficientes em quantidade e qualidade para realização da supervisão?

3. Organização

- Participação em atividades e/ou reuniões da equipe;
- Com que profissionais é realizada a supervisão?
- Existência de canais de escuta com os profissionais e comunidade

4. Relação Interpessoal

- Interação do supervisor com os profissionais
- Demonstra conhecimento dos problemas necessidades da equipe?
- Conduta / postura dos profissionais em relação à supervisão? (Críticam? Apóiam? Sugerem?)
- Relação com a comunidade;

5. Resultados da prática de supervisão

- Uma vez identificados os problemas necessidade, o que é feito? (encaminhamento dos problemas / necessidades encontrados)

- Existe um fluxo para encaminhamento dos problemas / necessidades encontradas?

6. Observações finais

- Caráter da supervisão: técnico, burocrático, normativo, punitivo participativo, interativo, integrador.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-
 Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br –
 ☎(071) 3263-7409/7410

MATRIZ DE ANÁLISE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA SUPERVISÃO

NÍVEIS DE ANÁLISE	CATEGORIAS	VARIÁVEIS	FONTES DE ANÁLISE
<p>Construção Do Processo De Supervisão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo decisório; • Dinâmica do processo de construção (fatos); • Estrutura da supervisão (modelo / desenho), 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura de gestão da secretaria; • Se a supervisão se encontra no organograma da secretaria; • Processo de decisão da supervisão por demanda ou decisão do gestor; • Época de implantação da 	<p>Levantamento de documentos e entrevistas.</p>

		<p>supervisão;</p> <ul style="list-style-type: none">• Relatos sobre o processo de construção da supervisão;• Normas, rotinas e ou procedimentos de supervisão institucionalizados;• Desenho / estrutura da supervisão;	
--	--	---	--



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

■ E-mail: ppgsc@ufba.br .

☎(071) 3263-7409/7410

MATRIZ DE ANÁLISE DA PRÁTICA DE SUPERVISÃO

NÍVEIS DE ANÁLISE	CATEGORIAS	VARIÁVEIS	FONTES DE ANÁLISE
Construção Do Processo De Supervisão	1. Trajetória profissional	1. Como chegou à supervisão?	Entrevistas
	2. Entendimento sobre a Supervisão:	2.1 O que é supervisão 2.2 Que atributos, competências e conhecimentos deve ter um supervisor?	Entrevistas

	<p>3 Processo de supervisão (objeto, meios e organização do trabalho)</p>	<p>3.1 Que aspectos da prática da equipe você supervisiona (objeto)?</p> <p>A. Ações político – gerenciais (ações administrativas, planejamento)</p> <p>B. Ações integrais de Saúde:</p> <p>I. Ações de natureza assistencial;</p> <p>II. Ações de natureza da vigilância da saúde</p> <p>3.2 Existência de Roteiro que norteie a supervisão (meios de trabalho);</p> <p>3.3 Quando, em que momento e com que profissionais se realiza a supervisão (Organização)</p> <p>3.4 Existe avaliação da prática da supervisão</p>	<p>Entrevistas e observação direta</p>
--	---	--	--

	4 Resultados	4.1 Resultados da prática de supervisão: A – identificados os problemas e necessidades, o que é feito? B – existe um fluxo para encaminhamento dos problemas / necessidades encontradas?	Entrevistas e observação direta
--	--------------	--	---------------------------------



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040
 Salvador-Bahia-Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br .
 ☎(071) 3263-7409/7410

MATRIZ DE RESULTADOS (CONSTRUÇÃO DA SUPERVISÃO)

CATEGORIAS	ENTREVISTAS	DOCUMENTOS
<p>1. Processo decisório;</p>	<p>Estrutura de gestão da secretaria;</p> <p>Se a supervisão se encontra no organograma da secretaria (institucionalização);</p> <p>Processo de decisão da supervisão por demanda ou decisão do gestor.</p>	<p>1.1 Estrutura de gestão da secretaria;</p> <p>1.2 Se a supervisão se encontra no organograma da secretaria (institucionalização);</p> <p>1.3 Processo de decisão da supervisão por demanda ou decisão do gestor;</p>

<p>2 Dinâmica do processo de construção (fatos);</p>	<p>2.1 Época de implantação da supervisão;</p> <p>2.2 Relatos sobre o processo de construção da supervisão;</p>	<p>Época de implantação da supervisão;</p> <p>2.2 Relatos sobre o processo de construção da supervisão;</p>
<p>3. Estrutura da supervisão (modelo / desenho).</p>	<p>3.1 Desenho / estrutura da supervisão;</p> <p>3.2 Normas, rotinas e ou procedimentos de supervisão institucionalizados;</p> <p>3.3 Procedimentos avaliativos.</p>	<p>3.1 Desenho / estrutura da supervisão;</p> <p>3.2 Normas, rotinas e ou procedimentos de supervisão institucionalizados;</p> <p>3.3 Procedimentos avaliativos.</p>



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

■ E-mail: ppgsc@ufba.br .

☎(071) 3263-7409/7410

MATRIZ DE RESULTADOS COORDENAÇÃO x SUPERVISÃO

CATEGORIAS	COORDENAÇÃO	SUPERVISORES
1. Estrutura da supervisão (modelo / desenho).	a. Desenho / estrutura da supervisão.	a. Desenho / estrutura da supervisão.
	b. Normas, rotinas e ou procedimentos de supervisão institucionalizados;	b. Normas, rotinas e ou procedimentos de supervisão institucionalizados;
	c. Procedimentos avaliativos.	c. Procedimentos avaliativos.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

■ E-mail: ppgsc@ufba.br .

☎(071) 3263-7409/7410

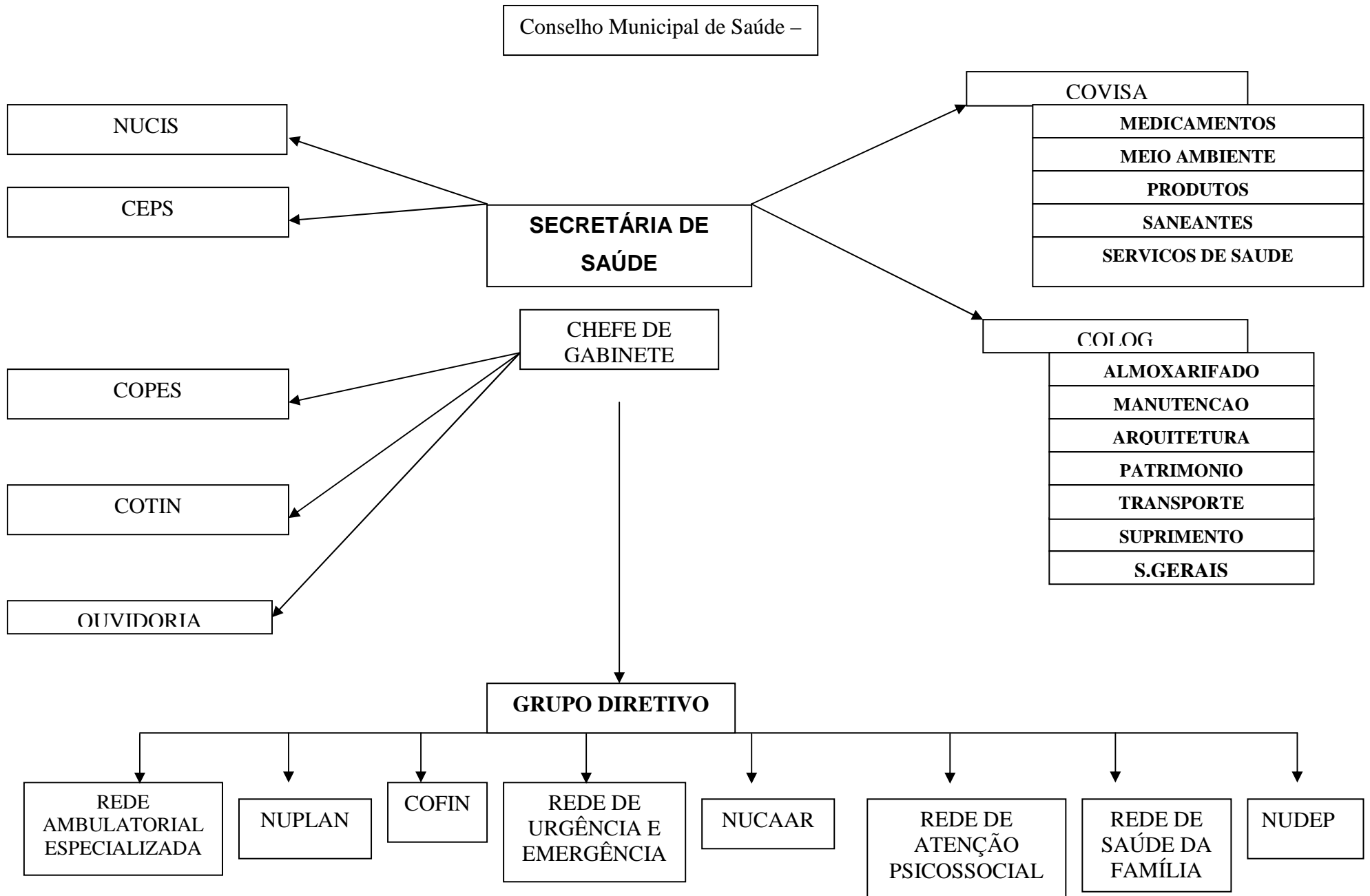
MATRIZ DE RESULTADOS (PRÁTICA DA SUPERVISÃO POR REGIÃO DE SAÚDE)

CATEGORIAS	2ª região de saúde	1ª, 3ª e 4ª região de saúde.
1. Entendimento sobre a Supervisão	<p>1.1 O que é supervisão?</p> <p>Que atributos, competências e conhecimentos devem ter um supervisor?</p>	<p>1.1. O que é supervisão?</p> <p>1.2. Que atributos, competências e conhecimentos devem ter um supervisor?</p>
2. Processo de supervisão		

<p>(objeto, meios e organização do trabalho)</p>	<p>2.1. Que aspectos da prática da equipe você supervisiona (objeto)?</p> <p>A Ações político – gerenciais (ações administrativas, planejamento)</p> <p>B. Ações integrais de Saúde:</p> <p>I. Ações de natureza assistencial;</p> <p>II. Ações de natureza da vigilância da saúde</p> <p>2.2. Existência de Roteiro que norteie a supervisão (meios de trabalho);</p> <p>2.3. Quando, em que momento e com que profissionais se realiza a supervisão (Organização);</p> <p>2.4. Existe avaliação da prática da supervisão</p>	<p>2.1 Que aspectos da prática da equipe você supervisiona (objeto)?</p> <p>A Ações político – gerenciais (ações administrativas, planejamento)</p> <p>B. Ações integrais de Saúde:</p> <p>I. Ações de natureza assistencial;</p> <p>II. Ações de natureza da vigilância da saúde</p> <p>2.2 Existência de Roteiro que norteie a supervisão (meios de trabalho);</p> <p>2.3 Quando, em que momento e com que profissionais se realiza a supervisão (Organização);</p> <p>2.4 Existe avaliação da prática da supervisão</p>
<p>3 Resultados</p>	<p>Resultados da prática de supervisão:</p> <p>A – identificados os problemas e necessidades, o</p>	<p>Resultados da prática de supervisão:</p> <p>A – identificados os problemas e necessidades,</p>

	<p>que é feito?</p> <p>B – existe um fluxo para encaminhamento dos problemas / necessidades encontradas?</p>	<p>o que é feito?</p> <p>B – existe um fluxo para encaminhamento dos problemas / necessidades encontradas?</p>
--	--	--

ORGANOGRAMA DA SMS - ARACAJÚ



NUPLAN
ASSESSORIAS
DIVISAO DE ORCAMENTO
COFIN
DCC
DICOF
SPC
COMPRAS
CPL

NUCAAR
PERICIA
AUDITORIA
GESTÃO DE CONTRATOS
CONTROLE E AVALIACAO
REGULACAO
Co-Gestão H Sta Izabel
Co-Gestão H Cirurgia

NUDEP
BUCAL
V. E.
SIMIS
MULHER
DST/AIDS
S. ADULTO
S. CRIANCA
ZOONOSE

Rede de Saúde da Família
Região I - 13 UBS's 03 supervisores
Região II - 11 UBS's 04 supervisores
Região III - 10 UBS's 03 supervisores
Região IV - 11 UBS's 03 supervisores

Rede de Urgência e Emergência
SAMU
HZN
HZS
C.CLINICA
SÃO JOSE

Rede Ambulatorial Especializada
CEMAR AF
CEMAR SC
CEMCA
SERFISMO
AMBULATÓRIOS
NUCLEO DE GESTAO DO CUIDADO
CARDIOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA
DELAB
CEREST

Rede de Atenção Psicossocial
CAPS David Capistrano
CAPS Artur Bispo
CAPS Liberdade
CAPS Primavera – AD
CAPS Infantil
RT



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-
Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br –
☎(071) 3263-7409/7410

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto de mestrado em saúde coletiva, da autoria de Luis André Souza Ferreira, sob orientação da Prof^a. Carmen Fontes Teixeira, tem por objetivo descrever o processo de construção da supervisão as Equipes de Saúde da Família (ESF), bem como levantar suas características numa área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF).

A coleta de dados será realizada a partir de análise de documentos institucionais da Secretaria de Saúde, observação direta do trabalho dos supervisores, entrevistas semi-estruturadas a profissionais e dirigentes dessa instituição, com as garantias de confidencialidade dessas informações como proposto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que rege os aspectos éticos em pesquisa.

Sua participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento. Cumpre esclarecer que sua participação não envolve qualquer benefício direto, não havendo despesas nem compensação financeira.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa e serão analisadas e apresentadas a instituição investigada sob forma de um relatório de pesquisa. Para fins acadêmicos, os resultados serão apresentados, também, sob a forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos. Assim gostaria de contar com sua participação autorizando a entrevistá-la (o).

Luis André Souza Ferreira
Pesquisador

Entrevistado