**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

JULIANA STERCI DA SILVA

**O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão ao agente comunitário de saúde em
equipes de Saúde da Família**

Ribeirão Preto

2014

JULIANA STERCI DA SILVA

O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão ao agente comunitário de saúde em
equipes de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Prática, saberes e políticas de
saúde

Orientador: Cinira Magali Fortuna

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou meio eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Silva, Juliana Sterci da

O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão ao agente comunitário de saúde em equipes de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2014.

124p. : il ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Cinira Magali Fortuna

1. Supervisão de Enfermagem 2. Programa Saúde da Família. 3. Agentes Comunitários de Saúde 4. Atenção Primária à Saúde

SILVA, Juliana Sterci da

O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão ao agente comunitário de saúde em equipes de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Prática, saberes e políticas de saúde

Orientador: Cinira Magali Fortuna

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, Osvaldo e Sueli,

Por todas as orações, pelo apoio, carinho e amor.

Todas as minhas lutas e conquistas são dedicadas a vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradecer neste momento tem um sentido ainda mais especial.

Escrever aos que me acompanharam, colaboraram e rezaram por mim, despertam diversos sentimentos que carrego no coração e nos meus pensamentos. Mesmo com as lágrimas que insistem em ficar, sinto uma grande satisfação e, com ela, a certeza que tudo valeu muito a pena.

Agradeço à Deus, por acalmar meu coração, proteger meus passos e permitir que tudo acontecesse no momento certo. A fé me faz compreender o Seu tempo e a Sua vontade, e mesmo nos momentos de dificuldade, entender que somos capazes de tudo que desejamos, basta seguir o caminho respeitando a tudo e todos que nos rodeiam. Senhor, obrigada por mais esta graça em minha vida!

Aos meus pais, Osvaldo e Sueli, esteio de minha vida, exemplo de amor e cumplicidade. O mestrado, as viagens, a saudade, ligações, como foram difíceis! Mas em todos os instantes sei que estiveram com o pensamento em mim, o desejo de vitória, de superação! Obrigada por me ouvir, por me acalmar, por correrem atrás de todos os meus sonhos junto comigo. Amo vocês imensamente.

Ao Moisés, que neste mestrado foi meu namorado, meu noivo e tornou-se meu marido. Que aceitou minhas ausências, teve serenidade para entender as horas e horas de transcrições, leituras e estudo. Quanta paciência você teve em todos estes anos de viagens à Ribeirão! Obrigada por viver meus sonhos mesmo que estes te anulassem em muitos momentos. Obrigada por me completar, por me acalmar e por ser você! Espero que possamos realizar todos os sonhos que temos... Amo você e desejo te fazer feliz por toda vida!

À Livia, obrigada por me ouvir, por rezar por mim e por cuidar dos meus pais enquanto me fiz ausente. Agradeço muito a você e ao Marcelo, por darem a vida à nossa Gabriela, princesa que alegra e nos dá energia para seguir em frente! Vocês fazem parte do que me faz forte!

À Gabi, que transmite imensa alegria com um simples olhar! Titia te ama muito!

À família que ganhei com o casamento, em especial, Getúlio e Maria, pais do meu amor, que me apoiaram e cuidaram do Moisés nas minhas ausências. Obrigada pelo carinho.

À minha grande amiga Franciele, por “descer o mapa” comigo em busca do conhecimento e dos desafios que o mestrado nos proporcionou. Ser sua amiga é um privilégio e um orgulho. Obrigada pelo suporte na seleção, nas discussões do projeto, nos preparativos do meu casamento, foram tantas conversas, sorrisos e lágrimas! Obrigada por ser a colega que dividiu coisas boas e ruins da atuação na saúde da família. Por me apoiar nos diversos momentos da vida... É sempre muito bom saber que Deus me presenteou com mais uma irmã! Saiba que nossas incontáveis viagens à Ribeirão ficaram na memória, e desejo que ainda tenhamos muitas outras!

À Jael, dedicação e doçura em doses perfeitamente calculadas! Você se tornou nossa companheira de forma tão instantânea que faz parte de todas as belas recordações que tenho desta etapa da vida. Sinto-me orgulhosa por tê-la como minha amiga. Obrigada pela colaboração na coleta e na oficina de análises. Muito sucesso na carreira que está construindo e, principalmente, na vida!

À Marianna, presente que a PG me deu. É bom olhar para trás e ver que nossa amizade tinha realmente que acontecer. Já sinto falta das nossas conversas de madrugada... Do carinho com que me recebe em “nosso” lar e do apoio que me deu no decorrer destes dois anos. Obrigada por ser minha amiga, por cuidar de mim e de todos que amo com o zelo que só você tem. Desejo o melhor desta vida à você! E espero fazer parte de todas as suas novas conquistas, assim como você fez parte das minhas!

À Anna Maria, presente que a PG me deu. Parceira das disciplinas e dos grupos de estudo. Que conquista a todos pela alegria, simplicidade e transparência. Anninha, obrigada pelas palavras carinhosas, pela amizade sincera! Espero que tenhamos muitas outras tardes de bons papos juntas!

Aos amigos e colegas de Catalão que entenderam as minhas ausências e me colaboraram para que tudo desse certo! Muito obrigada!

À minha família, que mesmo de longe me ajuda a ser forte! Saudades de vocês todos!

À Natalia, prima sempre presente, e Sônia, pelas pontuais correções no corpo do texto.

Ao CNPq pelo apoio à execução desta pesquisa.

Aos profissionais que fizeram parte deste estudo. Obrigada por confiarem à mim as vivências e inquietações de sua atuação. Espero que este e outros estudos possam ser estímulo para a mudança e consolidação das práticas na atenção primária à saúde.

Aos docentes e funcionários da EERP, que contribuíram com minhas atividades na Escola no decorrer de todos esses anos.

Ao NUPESCO, docentes e integrantes. As discussões, leituras, apresentações me proporcionaram um olhar mais cuidadoso e aprofundado à literatura. Fazer parte deste grupo de estudos fez toda a diferença em minha formação.

À Fabiana, pelo apoio na oficina de análise de dados. Obrigada pela atenção, sugestões e correções. Desejo sucesso nas etapas que estão por vir!

Às Profs. Silvana Mishima e Zeze Bistafa, pelas contribuições no exame de qualificação, nas reuniões do NUPESCO e disciplinas da pós. Obrigada por me acolher na EERP desde os primeiros encontros.

À Prof. Silvia Matumoto, o primeiro contato na EERP, que nos apresentou ao NUPESCO, e à EERP. Obrigada pela forma acolhedora como me recebe, por contribuir com meu crescimento na disciplina do PAE, pela colaboração nos diferentes momentos que vivi na EERP. Desejo que continue acolhendo e transmitindo serenidade a todos!

À Prof. Cinira Fortuna, orientadora e amiga. Quanta paciência você teve comigo! Não tenho palavras para agradecer tudo o que fez por mim. Obrigada por acolher minhas angústias e por me apoiar na transformação delas nesta pesquisa. Saiba que te respeito e admiro por sempre ir à luta com paixão, força e vontade de vencer. Sinto-me orgulhosa por tê-la como base desta produção. E desejo que venham novos desafios e conquistas juntas!

RESUMO

SILVA, Juliana Sterci da. **O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão ao agente comunitário de saúde em equipes de Saúde da Família**. 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Este estudo teve como objetivo analisar o processo de supervisão de enfermeiros na ESF aos agentes comunitários de saúde, buscando analisar as concepções desses profissionais, suas práticas e identificar a presença de escapes e interjogo no cotidiano da supervisão. O estudo teve por referencial teórico o processo de trabalho e as relações de poder. Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como estratégias de coleta de dados: entrevista, observação sistemática e grupo focal entre os meses de junho a setembro de 2013. Foram realizadas dezoito entrevistas com enfermeiros de ESF pertencentes à uma região de saúde do estado de Goiás, 80 horas de observação sistemática em duas ESF e dois encontros de grupo focal com Agentes comunitários de saúde em um dos municípios da região estudada escolhidos por conveniência. Após transcrição, o material empírico resultou em trezentas e dezenove páginas. Este material foi submetido à Análise de Conteúdo Temática, e após a categorização e triangulação dos dados foram identificadas as seguintes categorias: 1. “*Concepções sobre supervisão*”, 2. “*Dia a dia da supervisão*” e 3. “*Interjogo no trabalho da supervisão*”. Entre os resultados há predomínio da concepção de controle e fiscalização em relação a supervisão realizada, principalmente, por meio de instrumentos impressos e visitas domiciliares, constituindo relações verticalizadas e impositivas. Identificamos também nas concepções dos enfermeiros a tentativa realização da supervisão como um processo que busca fazer junto e com a perspectiva educativa. Os ACS entendem a supervisão como controle do acompanhamento das famílias e compreendem a vertente educativa como base do trabalho do supervisor. Enquanto prática, percebe-se que o enfermeiro realiza a supervisão com mais ênfase na ação fiscalizadora e controladora, não se evidenciou a tendência educativa como verbalizado nas entrevistas. No cotidiano do trabalho, existem relações fragilizadas, conflituosas e distanciadas entre enfermeiros e ACS. A gestão de saúde local influencia na forma como a supervisão é realizada e o uso do poder político partidário foi discutido e observado. Sobre os escapes e o interjogo na supervisão, percebemos que enfermeiros e ACS utilizam de seu autogoverno para conformar suas práticas e para “fugir” do controlar e do ser controlado. Concluímos que a supervisão realizada não proporciona as mudanças pretendidas pela ESF, e que os trabalhadores estruturam sua atuação pautadas no modelo de atenção à saúde médico centrado.

Descritores: *Supervisão de Enfermagem, Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária à Saúde*

ABSTRACT

SILVA , Juliana of Sterci. **Nursing's work process in supervising community health's agent in teams of Family Health Program.** 2014. 124 f . Thesis (Master's) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2014.

This study aimed to analyze supervision's process of registered nurses in FHP (Family Health's Program) to community health workers, trying to analyze the conceptions of these professionals, their practices and identify the presence of leaks and interplay in everyday supervision . The study had as theoretical framework the process of work and its power in relationships. This is a qualitative study, which had as data collection strategies: interviews, systematic observation and focus group from the month of June to September 2013. Eighteen interviews with FHP nurses who belong to the state of Goiás were performed, 80 hours of systematic observation in two FHPs and two focus group meetings with community health agents in one of the municipalities of the study area chosen for convenience. After transcription, the empirical data resulted in three hundred and nineteen pages. This material was subjected to thematic content analysis, and after categorization and triangulation of data the following categories were identified: 1. "Conceptions of supervision," 2. "Day to day supervision" and 3. "Interplay in the work of supervision. Among the results are prevailing notion of control and inspection in relation to the supervision performed, mainly through printed instruments and home visits, being vertically integrated and imposed relations. We also identify the conceptions of nurses attempting the supervision's realization as a process which seeks to work together and with the educational perspective. FHP understand supervision as control and monitoring of families and understand the educational component as the basis of supervisor job. As practice, we realize that the nurse execute supervision with more emphasis on supervisory and controlling action, no evidence of the educational trend as voiced in interviews were identified. In daily work, there are fragile, conflicted and distant relationships between nurses and FHPs. The management of local health influences the way in which supervision is carried out and the use of partisan political power was observed and discussed. About the leaks and the interplay supervision, we realize that nurses and FHPs use their self-government to conform their practices to "escape" the action of control and being controlled. We conclude that monitoring does not provide the changes required by the FHP, and that workers structure their activities guided in the medical-centered health care model.

Keywords: *Nursing, Supervisory, Family Health Program, Community Health Workers, Primary Health Care.*

RESUMEN

SILVA, Juliana Sterci da. **El proceso de trabajo de enfermería en la supervisión del agente comunitario de salud en salud familiar**. 2014. 124 f. Tesis (Mestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014

Este estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de supervisión de enfermeras registradas en los agentes comunitarios de salud (ACS), tratando de analizar las concepciones de estos profesionales, sus prácticas e identificar la presencia de fugas y la interacción en la supervisión diaria. El estudio fue el marco teórico del proceso de las relaciones laborales y de potencia. Se trata de un estudio cualitativo, que tenía las estrategias de recolección de datos: entrevistas, observación sistemática y el foco entre los meses de junio a septiembre, 2013 grupo. Se realizaron dieciocho entrevistas con enfermeras pertenecientes a una región de salud de Goiás, 80 horas de observación sistemática en dos PSF y dos reuniones de grupos focales con los ACS en uno de los municipios del área de estudio elegida por conveniencia. Después de la transcripción, los datos empíricos como resultado trescientos diecinueve páginas. Este material se sometió a análisis de contenido temático, y después de la categorización y la triangulación de los datos se identificaron las siguientes categorías: 1. "Concepciones de supervisión", 2. "Día a día la supervisión" y 3. "Interplay en la labor de supervisión. Entre los resultados no son una noción prevaleciente de control y vigilancia en relación con la supervisión llevadas a cabo principalmente a través de instrumentos impresos y las visitas a domicilio, está integrada verticalmente y impositiva relaciones. También identificamos las concepciones de enfermeros intentan realización de la supervisión como un proceso que busca hacer juntos y con la perspectiva educativa. Los ACS entiende la supervisión como el control y seguimiento de las familias a entender el componente educativo como base del trabajo del supervisor. Como práctica, te das cuenta de que la enfermera ejerce la supervisión con más énfasis en la acción de supervisión y control, no había pruebas de la tendencia educativa, expresada en las entrevistas. En el trabajo diario, hay relaciones frágiles, conflictivas y distantes entre enfermeros y ACS. La gestión de salud local influye en la manera en que se lleve a cabo y se observó el uso del poder político partidista y discutido. Acerca de las fugas y la supervisión recíproca, se dan cuenta de que las enfermeras y ACS utilizan su autogobierno y para conformar sus prácticas de "escapar" el control y ser controlado. Llegamos a la conclusión de que la vigilancia no proporciona hizo los cambios requeridos por el PSF, y que la estructura de los trabajadores de sus actividades guiadas en el modelo de atención médica centrada.

Palabras clave: *Supervisión de Enfermería Supervisores, Programa de Salud Familiar, Agentes comunitarios de Salud, Atención Primaria de Salud*

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 – Macrorregiões de saúde do estado de Goiás	42
MAPA 2 – Proporção de cobertura de ESF.....	43

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde,
PNAB	Portaria Nacional da Atenção Básica
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Supervisão do trabalho	20
1.2 A Supervisão na saúde e enfermagem	21
1.3 Supervisão na ESF.....	25
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 MARCO TEÓRICO.....	30
4 METODOLOGIA.....	40
4.1 Campo de investigação	41
4.2 Procedimentos éticos	44
4.3 População do estudo	45
4.4 Estratégia de coleta de dados	46
4.5 Análise dos dados	49
5 RESULTADOS	52
5.1 Concepções sobre supervisão	53
5.2 Dia a dia da supervisão	62
5.3 Interjogo no trabalho da supervisão.....	72
6 DISCUSSÃO	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERENCIAS	109
APÊNDICES	116
ANEXO.....	124

APRESENTAÇÃO

As inquietações presentes nesta pesquisa partem de uma série de vivências profissionais relacionadas ao trabalho da enfermeira da estratégia saúde da família com o agente comunitário de saúde. Elas surgiram desde o início de minha atuação profissional como trabalhadora de uma equipe de saúde da família e, de outros momentos em que me inseri em serviços de saúde da atenção primária como instrutora de saúde da educação profissional e como docente da Universidade Federal de Goiás e Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Campus Ipameri.

Após a conclusão de minha graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de atuar em município de pequeno porte do interior do estado de Goiás. Lá vivenciei durante três anos a rotina de uma equipe de saúde da família. Minha atuação iniciou juntamente com a atuação de um novo agente comunitário de saúde, onde foi necessário realizar sua aproximação ao trabalho, ao Sistema Único de Saúde (SUS), orientando-o sobre princípios, diretrizes, objetivos do novo modelo de saúde proposto, além de atribuições e responsabilidades deste trabalhador. Este momento me despertou inquietações, pois no decorrer de sua atuação, o trabalhador trazia experiências, vivências, construção de saberes que causava impacto na rotina de trabalho da equipe e demais colegas.

Em primeiro momento, me questionava quanto à forma de aproximar o desejo pelo saber que o novo trabalhador trazia, com o cotidiano de atuação dos trabalhadores que ali atuavam há diversos anos, e deparei-me com uma grande lacuna. Em determinados momentos foi possível observar até mesmo situações de conflito entre os que ali atuavam e não percebiam a nova prática como possível em seu trabalho diário.

Acreditava que a mudança deveria partir do trabalho desenvolvido por mim, enfermeira de saúde da família, e na mudança de minha atuação. Foi possível perceber que meu trabalho como enfermeira, tinha uma série de questionamentos e dificuldades que minha formação não conseguia responder, e diante de algumas experiências que relacionavam o trabalho da enfermeira e ACS, me sentia insatisfeita e sem suporte adequado para realizar as mudanças que desejava.

Em busca de melhorias de minha prática, busquei na Portaria Nacional da Atenção Básica em vigor naquele momento Portaria nº648/2006 algumas das responsabilidades e atribuições do enfermeiro e enfermeiro de PACS, respectivamente: “*III - planejar, gerenciar,*

coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS (...)" (BRASIL, 2006)

A partir destas orientações do Ministério da Saúde, foi possível refletir sobre a minha prática frente as ações preconizadas e, emergiram tentativas para ampliar as ações que estavam sendo desenvolvidas. Tornou-se possível entender como é ampla a atuação do enfermeiro frente ao trabalho do ACS, as respostas à melhoria de minha prática eram ainda mais desafiadoras.

Em encontros promovidos pela Regional de Saúde percebia que minhas angustias frente ao trabalho do enfermeiro para com o ACS era parte da rotina de outros colegas e que muitos consideravam esse trabalhador como desmotivado e desinteressado pelo trabalho a ser desenvolvido. Evidenciava-se o ACS como um trabalhador que não seguia as orientações repassadas, não cumpria adequadamente suas atividades e era responsável por grande parte das reclamações dos usuários, seja pelas ausências ou pela forma como suas visitas eram realizadas.

Em minha atuação como docente em estágio curricular supervisionado na atenção primária a saúde, foi possível acompanhar acadêmicos de enfermagem em seu último ano de graduação inseridos em equipes de saúde da família em municípios do interior do mesmo estado. Lá, tornou-se claro que minhas angustias eram perceptíveis em outras equipes, e que alguns colegas viviam a busca por melhores formas de supervisionar a equipe de ACS.

Em segundo momento, como docente e instrutora de saúde de nível médio, na enfermagem, mantive-me próxima da atenção primária e pude acompanhar rotinas de outras equipes, conhecer novos usuários, enfermeiros e ACS, bem como dificuldades, queixas e necessidades dos mesmos.

Com as mudanças propostas pela nova Portaria Nacional da Atenção Básica Portaria nº2488/2011, tornou-se evidente a proposta da saúde da família enquanto estratégia de organização da atenção primária, despertando o meu desejo em aprofundar os conhecimentos sobre a atuação do enfermeiro na saúde da família.

Visualizando o contexto profissional, e em busca de um aprofundamento de meu conhecimento sobre o trabalho em saúde, realizei uma aproximação com o Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESCO, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Este espaço de discussão me permitiu conhecer o processo de trabalho em saúde, e debater de forma mais profunda minhas inquietações e angustias da prática profissional. No decorrer de três anos, as reuniões do NUPESCO me proporcionaram momentos de reflexão sobre o trabalho em saúde e ampliando a necessidade de aprofundar o conhecimento científico

que detinha, onde encontrei suporte para desenvolver um projeto de pesquisa com o objetivo de aprofundar teoricamente meu conhecimento em busca de respostas sobre o trabalho do enfermeiro e ACS na saúde da família, tendo a supervisão como eixo principal.

No decorrer destes anos, realizei o curso de graduação em Administração e uma pós graduação *latu sensu* em Gestão de Serviços de Saúde, de forma que, estes dois cursos me permitiram realizar trabalhos de conclusão de curso, um vinculado à liderança em saúde e o outro na gestão de pessoas nas secretarias municipais de saúde. Por meio deles, pude concluir que os trabalhadores de saúde necessitam de ações e maior atenção por parte da gestão em saúde, o que reforçava a ideia de estudar a supervisão como estratégia para melhoria das práticas na saúde da família.

E assim, ficou clara a necessidade de conhecer melhor estas relações e ações de supervisão, como se dá este trabalho e se estas práticas podem ser transformadas, em prol de melhores relações entre as equipes e principalmente melhores resultados no trabalho dos ACS e enfermeiros.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 efetivou o dever do Estado em desenvolver e implantar ações que busquem reduzir doenças e agravos e garanta acesso universal às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

O cenário de saúde brasileiro, que conformado pela Reforma Sanitária e a emergente necessidade de um modelo de atenção universal e igualitário, vem experienciando estratégias e arranjos para sua efetivação. Paim (2009) faz referência aos princípios que estruturam o sistema nacional de saúde proposto com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e enfatizava a ideia central de saúde como direito social, para todas as pessoas.

Campos (2007a) apresenta reflexões sobre a transição que o modelo de saúde brasileiro vivencia, pois há a presença do modelo hospitalocêntrico, e percebe-se o planejamento da assistência à saúde ainda incipiente. O autor descreve ainda que o crescimento da atenção básica cresce em velocidade e qualidade aquém do esperado (CAMPOS, 2007a).

Para organizar o sistema de saúde com base nos princípios do SUS, algumas mudanças do modelo de atenção à saúde foram recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), tendo como objetivo a consolidação da atenção básica como eixo norteador para ações em saúde, recebendo destaque as equipes de saúde da família (MATUMOTO et al., 2005).

Esta mudança de modelo de atenção recebeu críticas como a de Soares (2000) por entender que a forma como o modelo foi proposto, claramente verticalizada, com diferentes normatizações e que não consideravam a heterogeneidade dos municípios brasileiros, resultavam em distorções e tornavam-se distantes dos princípios do SUS presentes na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Soares (2000) defende ainda que as políticas de saúde não se encontravam distantes do modelo neoliberal, pelas restrições no financiamento e má distribuição dos mesmos. Além disso, a imposição de normas para utilização dos recursos repassados como forma de padronização das ações e a manutenção do poder nas mãos do Estado, vão contra ao modelo originalmente proposto de descentralização.

Por outro lado, há autores como Filgueiras e Silva (2011) que retomam a ideia de mudança do modelo de atenção à saúde, tendo como base a estratégia de saúde da família (ESF), já que permitem o planejamento das ações de saúde de acordo com a necessidade de cada município, com vistas a atender ao objetivo de fornecimento da atenção integral à saúde

dos usuários e suas famílias, bem como a ampliação do acesso dos mesmos aos serviços de saúde (REIS et al., 2007; SANTOS et al., 2011). Os autores enfatizam a possibilidade do trabalho das ESF integrarem outros setores como, educação, assistência social, moradia, entre outros, para obtenção de melhores resultados aos usuários do sistema nacional de saúde.

Campos (2007a) aborda a situação do modelo de atenção proposto pelo novo sistema nacional de saúde

modelo de atenção brasileiro passa por um período de transição, em que ainda predominam restos do antigo modo de organizar a atenção, muito semelhante ao norte americano, centrado em hospitais especialistas, com pequeno grau de coordenação e planejamento da assistência e com uma saúde pública restrita à vigilância epidemiológica e sanitária (p. 303).

Mesmo diante de todos estes desafios, a legislação em vigor fundamenta os novos caminhos a serem trilhados por estes serviços. A Portaria Nacional da Atenção Básica (PNAB) nº 2.488 (BRASIL, 2011) reafirma a atenção básica como eixo estruturante do sistema de saúde, bem como dá ênfase na implantação da ESF em todo território nacional. Esta portaria reitera atribuições dos profissionais da atenção básica, das ações que devem ser implantadas nas comunidades, as formas de gestão das unidades, bem como as responsabilidades de cada uma das esferas do governo. Define e reforça a ESF como porta de entrada do sistema nacional de saúde; enfatiza a importância do trabalho de todos os integrantes da equipe, e propõe alterações na carga horária dos profissionais médicos, entre outras (BRASIL, 2011). A PNAB não modifica a composição da equipe em sua modalidade básica, onde há presença do médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2011).

A PNAB explicita como atribuição dos enfermeiros atividades de acompanhamento de usuários e famílias, supervisão dos profissionais de saúde como ACS e equipe de enfermagem. Kawata et al. (2011) aborda que no processo de trabalho dos enfermeiros da saúde da família é evidente o caráter gerencial de sua atuação, afirmam ainda que há momentos de supervisão da equipe, articulação e organização do cuidado desenvolvido pelos trabalhadores, além de realização de planejamento e coordenação do trabalho, caracterizado por demandas da unidade (estrutura física, apoio aos sistemas de informação), da população (dados provenientes da comunidade assistida) e desenvolvimento de atividades ligadas à finalidade da saúde da família.

O trabalho do ACS, composto pelas atividades citadas a seguir, se tornou legalizado através da Lei 10.057/2002 e, atualmente é regulamentada pela Lei 11.350/2006, a qual

informa suas ações e responsabilidades, requisitos e a regulamentação de sua atuação no âmbito do SUS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Entre suas atribuições, abarcam responsabilidades como: cadastramento e acompanhamento de famílias de micro áreas específicas, a execução de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e outras, por meio de visitas domiciliares e ações educativas, com vistas à aproximação da comunidade de sua área adscrita com a ESF (BRASIL, 2011).

O ACS vivencia certo conflito em seu processo de trabalho sendo preciso fazer uso da lógica do cuidado voltada às normas, à racionalidade normativa e instrumental, onde é evidenciado o caráter de educação em saúde amplamente vinculado a seu trabalho, centrado nas tecnologias duras e, a possibilidade de fazer uso da liberdade, de seu autogoverno onde utiliza das relações, ou seja, das tecnologias leves (FERREIRA et al, 2009). Outro ponto abordado pelos autores que reflete no trabalho do ACS são as tensões observadas em relação à equipe, que compreendem questionamentos sobre sua capacidade técnica, captura de seu trabalho e as fugas realizadas dentro deste.

A ESF, segundo Paim (2009), além de consolidar o acesso à atenção básica é responsável pela reorganização e encaminhamento dos usuários ao atendimento dos demais níveis de atenção e serviços da rede. Um ponto de dificuldade identificado pelo autor relaciona-se com a baixa cobertura das ESF em municípios com mais de cem mil habitantes (PAIM, 2009).

Reis et al. (2007) enfatizam que o modelo proposto pela saúde da família deveria ser além de uma nova estrutura de equipe e unidade de saúde, um novo modo de produzir saúde, em especial nas relações entre os profissionais e usuários.

Entendemos que os trabalhadores da ESF tem no trabalho em equipe um suporte para a consolidação do modelo de reorganização da atenção à saúde (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

A modalidade de trabalho em equipe é uma proposição para o mundo do trabalho numa certa tentativa de superar as dificuldades decorrentes da divisão técnica e social do trabalho, em que algumas atividades mais elementares e manuais são delegadas aos trabalhadores de classes sociais menos favorecidas, reproduzindo a divisão das classes sociais (MATUMOTO et al., 2005). Esta divisão influencia a produção de cuidados, pretende-se discutir mais amplamente sobre essa temática em momento posterior.

1.1 Supervisão do trabalho

A industrialização da produção foi consequência da Revolução Industrial e desencadeou uma série de teorias administrativas, as quais buscavam aumento da produção para suprir as demandas do mercado capitalista em ascensão.

A administração científica de Taylor enfatizava a necessidade de estruturação hierárquica, ele estudou o trabalho de cada funcionário com vistas a obtenção de ampliação da produção em menor tempo com redução dos desperdícios (CHIAVENATO, 2004). Para Taylor, a administração deveria seguir os princípios do planejamento, organização, direção e controle (CHIAVENATO, 2004), e se estruturou pautada em métodos da ciência positivista (CARVALHO; CHAVES, 2011).

A realização do trabalho sob a ótica da racionalidade do trabalho em uma organização replica as etapas de planejar, organizar, dirigir e controlar em todas as atividades, conforme a divisão do trabalho (SERVO, 1999). Silva (1997) reforça que a utilização das teorias administrativas não podem predominar no cotidiano do trabalho do setor saúde, já que, o caráter técnico não deve ocultar o caráter social e estratégico.

Seguindo a lógica da ênfase nas tarefas, o princípio do controle é descrito por Chiavenato (2004, p. 34) como:

(...)controlar o trabalho para se certificar que esta sendo executado de acordo com as normas estabelecidas e segundo o plano previsto. O controle deve focalizar as exceções ou desvios de padrões. O que ocorre dentro dos padrões normais não deve ocupar demasiado a atenção do gerente. A gerencia deve verificar as ocorrências que se afastam dos padrões e corrigi-las adequadamente.

Para tal controle, há um nível hierárquico responsável pela supervisão funcional, esta voltada para o controle operacional e avaliação de desempenho individual (CHIAVENATO, 2003).

A seguir, outras teorias administrativas surgiram, entre elas a Teoria Clássica da Administração de Fayol, a qual o controle mantinha-se fortemente vinculado ao processo administrativo (CHIAVENATO, 2004), propondo uma racionalização da estrutura administrativa (CARVALHO; CHAVES, 2011).

Servo (1999) destaca o caráter de generalidade das teorias da administração, já que as mesmas não preocupavam-se com as especificidades do local onde eram implantadas.

A autora faz críticas à racionalidade proposta pelas teorias administrativas, uma vez que o fator humano não é considerado, fazendo com que o trabalhador execute um papel engessado, assemelhando-se à uma máquina. Seu papel como ator social, seus desejos, seus valores e propósitos não são considerados (SERVO, 1999). A supervisão voltada às ações técnicas e burocráticas evidenciadas na saúde é criticada por Silva (1997), pois há necessidade de consolidação de uma gestão mais participativa.

Campos (2007b) entende que a crítica a administração científica permite confrontar, a partir da teoria administrativa clássica, a disciplina e o controle, ainda fortemente ligados à gestão.

Predominantemente, a supervisão de equipes de trabalho historicamente guiou-se pela perspectiva de obtenção de melhorias e controle da produtividade. Nas teorias administrativas, a supervisão tem caráter funcional e o supervisor é responsável pela transmissão de conhecimentos e orientação, busca reduzir as funções a serem executadas pelo trabalhador, ampliando o grau de eficiência (CHIAVENATO, 2003)

A partir da teoria das relações humanas, houve maior atenção ao trabalhador e sua motivação ao trabalho, e conseqüentemente um novo olhar sobre a linha de produção (CHIVENATO, 2003). Visão ainda criticada por Servo (1999) pois há ainda lacunas referentes ao suporte teórico para a gestão dos trabalhadores.

A visão administrativa fundamentada nas teorias gerais é insuficiente para discutir a supervisão proposta neste estudo, já que é preciso analisar questões mais subjetivas e da organização do processo de trabalho, fortemente relacionadas com as políticas de saúde em vigor e com as relações de trabalho e de poder.

Como apresentado por Silva (1997) a supervisão deve superar em suas atividades o controle e também a educação tradicional. Esta visão encontra-se presente nas práticas, fortemente influenciadas pelos princípios das teorias da administração.

1.2 A Supervisão na saúde e enfermagem

Carvalho e Chaves (2007) destacam que a base da supervisão em saúde pautadas em estruturas verticalizadas e centralizadas, que distanciavam os integrantes das equipes, amplamente influenciadas pelas ideias de Taylor e Fayol.

O histórico da supervisão na saúde é apresentado por Servo (1999) ao contextualizar seu início na década de 70, quando a administração de recursos humanos começa a ter destaque no cenário internacional. A autora apresenta uma série de planos, movimentos e reuniões que discutiram o tema e sua relevância para a saúde.

Silva (1991) pesquisou a supervisão em enfermagem no decorrer das décadas de 30 a 80, onde são apresentadas diversas publicações nacionais e internacionais sobre a temática e as influências das teorias administrativas sobre o exercício da supervisão. Neste estudo, é feita referência a necessidade de novas práticas, evidenciou-se já naquela época o perfil do controle na supervisão.

Servo (1999) destaca que em momento inicial a supervisão caracterizava-se como uma atribuição médica, além da visão de acompanhamento dos sistemas de ensino da medicina e de avaliação de sistemas de saúde.

A supervisão das equipes de trabalho historicamente guiou-se por esta perspectiva de obtenção de maior produtividade, controle dos conflitos e, nosso entendimento é que essa perspectiva carece de problematizações, pois nela os trabalhadores permanecem em estado de subordinação a uma lógica que naturaliza relações de saber-poder (FORTUNA et al., 2005).

No Brasil, a supervisão ganha maior espaço em 1982 quando foi criado o Grupo de Trabalho de Supervisão e Educação em Saúde (SERVO, 1999). Neste grupo a supervisão era constituída por três ações: “*conferir, retificar e informar (SERVO, 1999, p. 38)*”. A mesma é compreendida com foco na educação continuada, treinamento, ligada a funções de planejamento e programação, alcance de metas, acompanhamento da rotina e processos administrativos (SERVO, 1999).

Nunes (1986) já enfatizava a necessidade da supervisão ser construída juntamente com o planejamento e programação em saúde que se deseja acompanhar, desencadeando uma maior facilidade de comunicação entre os níveis dentro da instituição.

Dentro deste contexto, Servo (1999) evidencia a supervisão como mecanismo para “ *aferir eficiência, eficácia, efetividade, adequação, níveis de terminalidade, resolutividade, desempenho, qualidade de serviços prestados e a permanência das ações desenvolvidas (p. 41)*”.

Silva (1997) dá continuidade ao levantamento de pesquisas sobre supervisão e, em sua tese apresenta o estudo realizado por Peres em 1986, na temática da administração em enfermagem, a partir das influências TGA. Foram abordados diferentes aspectos sobre a supervisão, entre eles: presença da influência hierárquica e abordagens sobre participação na

realização da supervisão, onde foi abordada a necessidade de “*autodesenvolvimento* (SILVA, 1997, p. 12)” e caráter pedagógico.

Conceitos de supervisão vêm sendo modificados já que o contexto sociopolítico e global busca uma supervisão voltada às relações, desenvolvimento de pessoas, motivação e educação (AYRES; BERTI; SPIRI, 2007). Baseados neste contexto, Nunes (1986) descreve que “nenhum modelo de supervisão pode ser concebido, sem que se considere como ideologicamente as instituições administraram seu processo de trabalho (p. 466)”

Discutindo conceitos e definições, Reis e Hortale (2004) apresentam a origem do termo supervisão composto pelas palavras latina “super” e “vídeo” que significam, respectivamente, “sobre” e “eu vejo”.

Diante da conceituação do termo supervisão e seu panorama histórico, Silva (1997) faz abordagem sobre o processo de trabalho de supervisão, pautado em atividades de educação e controle, garantindo a execução do trabalho de forma adequada por trabalhadores que sabem realizar suas atribuições, acompanhados e avaliados por seu desempenho.

Correia e Servo (2006) defendem a visão da supervisão estruturada pela comunicação entre supervisor e supervisionado, influenciada por instrumentos de controle e de desempenho dos trabalhadores. Os autores ressaltam ainda que atualmente o supervisor deve ter como objetivo a melhoria da atividade realizada e prevenindo situações problema. Visão corroborada por Carvalho e Chaves (2011); Kawata (2007); Ayres, Berti e Spiri (2007), Servo (1999), Silva (1997) entre outros.

Nunes (1986) já destacava as críticas que a supervisão realizada nos serviços de saúde, já que estruturavam-se claramente em ações burocráticas e fiscalizadoras, distanciando dos objetivos pela qual foi proposta para aquele serviço, que seria o atendimento das necessidades de saúde da população.

Reis e Hortale (2004) colaboram com as discussões sobre a supervisão, ao apresentar a visão tradicional da supervisão, estruturada no comando, fiscalização e práticas impositivas, além do caráter autoritário do supervisor, e abordar a visão moderna da supervisão, que interliga o controle e a educação, pautada no relacionamento entre os trabalhadores e propondo uma prática conjunta relacionada aos objetivos do trabalho.

Apoiados por esta visão, o processo de supervisão recebe novos olhares, como assinalado por Matumoto et al. (2005) que apresenta a mesma como forma de construção, análise e reflexão das práticas de trabalhadores, tendo como objetivo a reconstrução do trabalho da equipe na direção do cuidado integral.

Fortuna et al. (2005) dão ênfase à valorização dos saberes, experiências e das diversas formações profissionais de cada um dos integrantes de uma equipe, identificando o predomínio de ações individuais e fragmentadas. Este é então um grande desafio para a supervisão: a construção de ações e reflexões que despertem a necessidade de que os sujeitos sejam considerados com seus saberes, poderes e singularidades.

Para Fortuna et al. (2005) a supervisão é considerada enquanto um instrumento do processo de trabalho guiado pela possibilidade da produção de trabalhadores autônomos, críticos, reflexivos para desenvolver cuidados integrais junto às famílias, ótica que se aproxima de nossa proposta de pesquisa atual.

Esta visão supracitada, corrobora com a abordagem defendida por Silva (1997) que insere na supervisão aspectos da educação, com reflexões no processo de preparo dos trabalhadores, formação de supervisores e acompanhamento do trabalho.

Para Silva (1997) a supervisão realizada na enfermagem tem como objetivo colaborar com atividades propostas articulando com a finalidade do trabalho. É fundamental a superação da alienação dos trabalhadores, a observação das relações de trabalho e a aproximação da equipe de trabalho, pautadas no *“desenvolvimento, articulação política, educação, poder/controle e relações que a envolvem, considerando que tais metas/objetivos devem considerar o individuo, seu grupo, a instituição e a coletividade (SILVA, 1997, p. 289)”*.

Supervisão é entendida por Ayres, Berti e Spiri (2007) como: *“um processo educacional no qual uma pessoa, possuidora de um conjunto de conhecimentos e práticas, assume a responsabilidade de promover a educação continuada com base em orientação (p. 408)”*.

Para Correia e Servo (2006) a supervisão encontra-se inserida no trabalho do enfermeiro e deve ser: *“estratégia para democratização das ações de saúde, pois visa a transformação do modelo assistencial hegemônico através da assistência integral, equânime e resolutiva aos usuários do sistema de saúde (p.527).”*

Servo (1999) relaciona ainda aspectos das teorias administrativas na supervisão, sendo elas, *“a hierarquia, a centralização, a descentralização das decisões, a concepção de organização e a concepção das necessidades humanas (p. 53)”*.

Vislumbrando o contexto supracitado, a supervisão é realizada a partir de critérios definidos pelos próprios enfermeiros, norteadas por seus superiores que desejam o cumprimento de atividades de controle de pessoal (AYRES; BERTI; SPIRI, 2007).

Carvalho e Chaves (2011) reforçam a concepção dos enfermeiros sobre supervisão, que encontra-se vinculada a fiscalização e punição, mas que as mudanças percebidas no trabalho em equipe demandam a (re)construção deste saber. Liberalli e Dall'agnol (2008) descrevem que a supervisão encontra-se inserida no trabalho do enfermeiro como uma ferramenta gerencial.

Consideramos que para a enfermagem, é difícil se considerar a supervisão como processo dinâmico entre sujeitos, processo que envolve esforços para controlar e ao mesmo tempo esforços para se sair do controle. Assim, a supervisão, muitas vezes, é entendida e praticada como via de mão única, atividade a ser feita em momento específico do trabalho. Esse modo de supervisionar causa descontentamentos a todos os envolvidos, mas continua como forma majoritária inclusive na ESF (SILVA, 2002).

Silva (2002) em sua dissertação sobre a supervisão da enfermeira aos ACS verificou que a supervisão tem forte cunho administrativo, com avaliação da assiduidade, pontualidade, resultado da produção, entre outros. Formulamos a seguinte questão: será que dez anos após esse estudo, a supervisão aos ACS é realizada da mesma forma?

Ayres, Berti e Spiri (2007) corroboram com as pesquisas supracitadas uma vez que compreendem que na enfermagem as ações de supervisão integram as ações gerenciais, sendo do enfermeiro a responsabilidade em realiza-la, objetivando a melhoria e qualidade da assistência (LIBERALLI; DALL'AGNOLL, 2008). Para tal, Silva (1997) já abordava a relevância de ampliação e melhoria da formação dos enfermeiros para exercício da supervisão.

Para Servo (1999) o exercício da supervisão em enfermagem é definido pela relação entre “*o pensar, o sentir e o agir (p. 233)*”, e que estes encontram-se em um interjogo permanente e altamente interligado.

Ressaltamos que há na literatura, numero significativo de publicações voltadas à supervisão realizada pelo enfermeiro à equipe de enfermagem, com maior destaque, aos cenários hospitalares.

1.3 Supervisão na ESF

Kawata (2007) apresenta que a supervisão do enfermeiro na ESF utiliza uma série de conhecimentos para realização do cuidado. Há evidências das características já descritas,

política, controle e educação, mas é realizado um despertar sobre a questão ética, sobre o trabalho do ACS e sua dinâmica, buscando valorizar este trabalhador (KAWATA, 2007).

A pesquisa de Silva (2002) identificava alguns limites no entendimento da supervisão por parte da enfermeira; do trabalho em equipe como um todo, pelo reduzido número de reuniões com toda equipe, o que dificulta a maior autonomia do ACS; observa que a comunicação da equipe pode apresentar um distanciamento que atrapalha o trabalho em equipe; reforça que as enfermeiras relatam que houve falha na formação acadêmica em relação à supervisão na atenção básica e consequentemente, há mais dificuldade em realizar a supervisão.

Coelho et al. (2012) reforça que a supervisão é atividade inerente ao trabalho do enfermeiro, sendo que este profissional deve conferir as ações em desenvolvimento, corrigindo-as quando necessário. Para Servo e Araújo (2007) o supervisor deve adaptar-se as mudanças de planejamento, adequando-se a realidade em que o trabalho acontece, para que seja possível alcançar os resultados esperados.

Outro ponto discutido pela literatura são as ações desenvolvidas pelos supervisores, já que este papel nem sempre é definido com clareza (AYRES; BERTI; SPIRI, 2007), assim, a característica de envolvimento dos trabalhadores e motivação dos mesmos, encontra-se discreto dentro das práticas em saúde da família.

É importante também reforçar que a supervisão deve ser implantada e compreendida como um elemento viabilizador das políticas de saúde (REIS; HORTALE, 2004).

Servo e Araújo (2007) descrevem as atribuições do enfermeiro no processo de supervisão como: “(...) *responsável pela divisão e organização do trabalho de enfermagem e pela garantia de que o processo de trabalho seja desenvolvido de forma a atingir os objetivos da estratégia saúde da família (...)(p.2)*”.

Correia e Servo (2006) destacam que a supervisão realizada pelo enfermeiro deve ser vista e praticada como estratégia para efetivação das mudanças do modelo assistencial, com intuito de alcançar a assistência integral conforme preconizado.

O enfoque da presente pesquisa toma a supervisão sob a perspectiva das relações, do autogoverno dos trabalhadores e, ainda em interjogo (processo/mão dupla) entre supervisor e supervisionado e que poderia lançar luzes sobre alguns aspectos como o modo de produção da supervisão no cotidiano, nas estratégias criadas pelos envolvidos para controlar e sair do controle, enfim, pretende-se produzir outros conhecimentos complementares a pesquisa ora supracitada e de outras relacionadas as dificuldades/potencialidades presentes na supervisão de enfermagem ao ACS.

Correia (2008) analisa o trabalho do ACS e a construção do poder em sua relação com equipe e comunidade. Trata-se de um estudo de caso realizado em uma ESF, em que se percebeu a sobrecarga de trabalho influencia na implantação de mudanças na forma de atenção; o ACS relata uma baixa valorização por ser o único profissional da equipe sem uma qualificação profissional definida o que resulta em uma posição hierárquica na equipe desfavorecida.

Entendemos que a supervisão do enfermeiro ao ACS é motivo de inquietações e conflitos, assim, vislumbramos a necessidade de identificar e analisar os possíveis escapes presentes nas relações de supervisão entre estes atores. E acreditamos que a supervisão nos serviços de atenção primária podem potencializar as discussões acerca do trabalho e sua finalidade, explicitando as autonomias presentes e direcionando o trabalho às necessidades dos usuários.

Ao realizar revisão bibliográfica foi possível perceber que as publicações sobre a temática resultam em um discreto número de trabalhos publicados na literatura quando o foco pesquisado são as ações de supervisão do enfermeiro ao ACS.

Em busca bibliográfica nas bases de dados LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PUBMED, MEDLINA, fazendo uso dos descritores “Supervisão de Enfermagem”, “Agentes Comunitários de Saúde”, “Poder” e “Programa Saúde da Família” foram encontrados 388 (trezentos e oitenta e oito) publicações nos últimos vinte anos, sendo que 13 (treze) tinham a supervisão aos ACS na saúde da família como foco. Ressalta-se que dentre os artigos existem publicações que relacionam a supervisão do ACS no acompanhamento de usuários com tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, além de artigos que tem como objetivo analisar relações interpessoais em âmbito hospitalar, identificar liderança e atuação do enfermeiro como gerente de serviços.

Frente ao exposto é importante identificar e analisar as ações de supervisão realizadas pelos enfermeiros de ESF ao ACS, partindo-se do pressuposto que o ACS cria estratégias de autogoverno para organização de seu processo de trabalho orientado por seus valores e entendimentos, resultando em escapes no controle do enfermeiro supervisor, e que o enfermeiro busca capturar o autogoverno na supervisão. Entendemos que o escape também poderia ser evidenciado no processo de trabalho do enfermeiro, já que este em alguns momentos depara-se com as estratégias utilizadas pelos ACS mas faz uso também de sua autonomia e direciona o fazer conforme seus interesses e influencias políticas. Wai (2007) evidencia uma fragilidade nas ações de supervisão da enfermeira, sendo este o fator dificultador para o trabalho do ACS.

Avaliando o cenário supracitado elegemos como questionamentos que norteiam essa investigação:

- ✓ Como ocorre a supervisão dos ACS pelo enfermeiro da saúde da família?
- ✓ Qual é a concepção dos enfermeiros e dos ACS em relação às suas ações de supervisão em seu processo de trabalho?
- ✓ Como as relações de poder configuram o trabalho de supervisão realizado por enfermeiro e ACS?
- ✓ Como se dá o interjogo (processo/mão dupla) entre o controle (poder) e o exercício do autogoverno nas ações de supervisão entre enfermeiro e ACS das ESF?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo buscou analisar o processo trabalho do enfermeiro de equipes de Saúde da Família na supervisão dos ACS em ESF localizadas em município do interior de Goiás.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Analisar o processo de trabalho desencadeado nas equipes de saúde da família em seus aspectos relativos à supervisão dos ACS;
- ✓ Identificar e analisar as diferentes concepções de supervisão entre o ACS e enfermeiro;
- ✓ Analisar o interjogo (processo/mão dupla) entre o controle (poder) e o exercício do autogoverno nas ações de supervisão entre enfermeiro e ACS das ESF

3 MARCO TEÓRICO

Mendes-Gonçalves (1992) apropria-se da conceituação do trabalho humano como uma energia em transformação, as quais conjugadas em um processo permite que “algo antes” seja transformado em “algo depois”. O autor ressalta que tais transformações configuram-se como processo de trabalho quando são intencionais, ou seja, há gasto de energia, a partir de um carecimento para satisfazer/alcançar um dado resultado.

Reis et al. (2007) abordam que “*o trabalho é transformação intencional da natureza, pelo homem para satisfação de suas necessidades (p.656)*”. Tal visão, é abordada por Peduzzi, Silva e Lima (2013) pois o homem faz parte da natureza, e se diferencia desta pois modifica-a intencionalmente quando executa o trabalho, e este é considerado um processo em transformação.

Portanto, o processo de trabalho é entendido como uma prática social, na qual se desenvolvem formas de satisfazer necessidades a partir da vida social (PEREIRA et al., 2009), modo no qual o homem estabelece relações sociais, uma vez que o homem não trabalha sozinho (ALMEIDA; ROCHA, 1997; MENDES-GONÇALVES, 1992).

Peduzzi, Silva e Lima (2013) reforçam o caráter histórico no qual o homem por meio do trabalho busca atender as suas necessidades, estas resultam de processos sociais onde o homem reconhece seus carecimentos e procura atende-los. Desta forma, o homem precisa ter necessidades, estas serão variadas conforme os objetos a serem alcançados (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No decorrer de sua atuação, o trabalhador utiliza a prática já estabelecida, ações que enfatizam as tarefas e procedimentos, fortemente manual e repetitivo, que poderia resultar em alienação no trabalho (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013). Mas sabemos que o trabalhador tem potencia a ampliação de sua atuação, exercendo de forma autônoma e criativa invenções que modifiquem seu processo de trabalho (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013).

Esta visão é complementada por Merhy (2005), mesmo que o trabalho difere de outros, já que resultam em produtos diferentes e consequentemente as ferramentas e meios de trabalhar, bem como a organização das ações.

No processo de trabalho, temos diversos componentes como o objeto, instrumento, finalidades, necessidades e modos de produção (MENDES-GONÇALVES, 1992). Este autor expõe que o trabalhador ao realizar sua atividade laboral, utiliza energias intelectuais e

mecânicas, transforma o objeto durante sua intervenção e obtém o produto, fruto pelo qual realizou tal ação.

Peduzzi, Silva e Lima (2013) destacam os elementos constituintes do processo de trabalho:

a atividade adequada a um fim, que é o próprio trabalho; o objeto de trabalho, que é a matéria a ser transformada, em seu estado bruto ou resultante de um trabalho prévio; os meios de trabalho, os instrumentos utilizados pelo trabalhador nesse processo; e os agentes que devem ser analisados no interior das relações recíprocas entre o objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo da divisão do trabalho (p. 224).

Diante deste contexto do processo de trabalho Peduzzi, Silva e Lima (2013) descrevem que a divisão do trabalho se deu em substituição do trabalho artesanal, onde o trabalhador conhece todas as fases do processo produtivo e parte para a divisão técnica do trabalho, onde cada trabalhador é responsável por uma parte do processo, que juntas resultarão no produto final.

Para Silva (1997) com a divisão técnica e social do trabalho a necessidade de supervisão do trabalho tornou-se necessária.

Segundo Ramos (2007, p. 41) a divisão técnica do trabalho parte “*das esferas do conhecimento e da produção; da ciência e da técnica; da teoria e da prática*”.

Para Mendes-Gonçalves (1992) a divisão técnica do trabalho ocorreu a partir da divisão social do trabalho. Silva (1997) apresenta o exemplo do trabalho médico na divisão do trabalho, o qual historicamente originou o trabalho de enfermagem e outros.

Na enfermagem a divisão técnica e social do trabalho está presente, uma vez que existem diferentes níveis de formação, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2010). Desta forma, o enfermeiro torna-se responsável por realizar o trabalho intelectual e os profissionais de nível médio, responsáveis pela assistência direta (PEREIRA et al., 2009).

De acordo com Pereira et al (2009) o processo de trabalho em saúde sempre existe algo a ser transformado, onde os trabalhadores de saúde utilizam instrumentos. Importante destacar que cada trabalhador realizará tais ações conforme sua subjetividade, e para Peduzzi, Silva e Lima (2013) os instrumentos corretos permitem ao trabalhador alcançar o objeto de trabalho desejado. As autoras reforçam que os instrumentos podem ser materiais ou imateriais.

Tal visão é compartilhada por Srour (2005) ao apresentar o trabalho como esforço no qual há consumo de energia para criação de bens materiais e imateriais.

Assim, o processo de trabalho em saúde utiliza a dimensão do vínculo do trabalhador com o ato produtivo e o produto por ele realizado, além disso, percebe-se a importância das relações com outros trabalhadores e usuários (MERHY, 2007b). O autor ressalta que a produção do ato de cuidar é a finalidade das ações em saúde.

O processo de trabalho em saúde, conforme Ferreira et al (2009) precisa ser constituído de forma que permita analisar a gestão do cuidado e do trabalho em saúde, possibilitando a identificação de ruídos, potencialidades, em entre outros, vivenciados na saúde (MERHY, 1997).

Para Cunha (2003) o desenvolvimento do processo de trabalho pode constituir-se em um campo de disputa e interesses, uma vez que favorece a criação e produção dos trabalhadores, mas também pode bloqueá-los, impedi-los.

Portanto, quando fazemos reflexões sobre o trabalho em saúde, é preciso pensar em especificidades, contradições, onde também é preciso incluir a subjetividade relacionada a vida do homem e dos serviços de saúde (CUNHA, 2003).

Relacionando o trabalho como ato produtivo, Merhy (1997); Merhy (2002) discute o trabalho vivo em ato, ou seja, aquele trabalho no qual o homem que ao produzir um novo produto, é consumido no mesmo momento em que é realizado, que resulta na produção do cuidado, permitindo ao trabalhador agir com total liberdade, permite ao trabalhador a opção de exercer sua atividade da forma como deseja e não somente de como é prescrito, fazendo uso de seu autogoverno, modificando suas práticas (MERHY, 1997)

Merhy (2007b) apresenta que o trabalho vivo é o que se encontra em ação, em produção e que permite o exercício de sua autonomia, no momento em que acontece o encontro entre trabalhadores de saúde e os usuários, seja em uma etapa ou em todo o processo e indo além do que é normatizado para tal atividade.

Merhy (1997); Merhy (2002) definem o trabalho morto como sendo aquele fruto de um trabalho vivo anterior, como por exemplo, os equipamentos, os medicamentos, entre outros.

O trabalho vivo em ato estará apoiado nas tecnologias duras, leve duras e leves já que se produz e consome no mesmo ato, sendo o momento do cuidado (MERHY, 2007a). Tomando o aporte teórico desenvolvido por Merhy (2007a), temos as características das tecnologias de saúde, sendo que estas se encontram classificadas em: *duras* que se referem

aos equipamentos e os instrumentos de trabalho materiais, *leve-duras* caracterizadas pelo conhecimento e as *leves* caracterizadas pelo agir de cada trabalhador, sendo então as relações.

No trabalho em ESF observamos a presença de todas as tecnologias de saúde. Destacamos que nas tecnologias leve-duras e leves do trabalho temos a possibilidade de nos pautar em atos do cuidado com maior aproximação do modelo proposto, segundo Merhy (2005) todas as tecnologias são importantes para o processo de cuidar. O autor reforça que no trabalho em saúde, amplamente estruturado no modelo hegemônico de atenção, há um comando do trabalho pelas tecnologias duras, há uma centralidade nos equipamentos, exames, medicamentos, etc. Assim, equipes que são divididas em categorias profissionais e em fazeres e saberes distintos, operam as tecnologias em seu cotidiano, exercendo um certo autogoverno. Dito de outro modo, há no trabalho em saúde uma divisão técnica e social do trabalho que determina o grau de autonomia de cada categoria.

Partindo do olhar das relações, o trabalhador apresenta autonomia em sua atuação, sendo possível desenvolver um autogoverno em seu encontro com o usuário, ou seja, o trabalhador de saúde pode determinar a forma como o atendimento de saúde será realizado, a forma como será realizado o acolhimento e o grau de necessidade de atendimento ao usuário, entre outros (MERHY, 1997).

Para Merhy (2002), todos os trabalhadores governam no cotidiano das práticas em saúde e a gestão deve reconhecer o autogoverno não na perspectiva de cerceá-lo mas de considerar a capacidade dos trabalhadores, gestores, usuários de decidir e realizar práticas e ações que consideram mais adequadas para si e para o outro.

Percebemos evidências de que o trabalho em saúde se dá em diferentes cenários onde os trabalhadores exercem seus autogovernos, permitindo a evidência da autonomia baseados nos pressupostos e experiências que compreendem seu cotidiano de trabalho.

É na micropolítica do trabalho que se estabelecem inúmeras relações entre sujeitos concretos e a produção de atos cuidadores e (des) cuidadores (MERHY, 2002).

Rocha e Almeida (2000) definem a enfermagem e seu trabalho como

(...) uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes (p.97).

Historicamente, o trabalho da enfermagem moderna surge com Florence Nightingale na Inglaterra em meados do século XIX (FELLI; PEDUZZI, 2010). As influências de Florence e a necessidade que emergia de organização dos cuidados em saúde e dos hospitais,

permitiram que a enfermagem organizar cuidados diretos aos pacientes, cuidados com o ambiente e organização dos agentes atuantes na enfermagem, com treinamento e disciplina (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Com a organização da enfermagem em categorias, *lady nurses* e *nurses*, foram estruturadas as ações pautadas nesta divisão, supervisão e ensino e, cuidados diretos aos indivíduos, respectivamente (FELLI; PEDUZZI, 2010). Evidenciava-se o trabalho de enfermagem pautado nos cuidados e no saber administrativo (FELLI; PEDUZZI, 2010). As autoras concluem que o desenvolvimento da prática e saberes da enfermagem tiveram como pano de fundo o capitalismo e as teorias de Taylor, as quais influenciaram no processo de gerencia de enfermagem que incorporou o controle, a hierarquia e a disciplina.

Atualmente, o processo de trabalho em enfermagem é desenvolvido pelas categorias: o enfermeiro e os profissionais de saúde de nível médio (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013). As autoras ressaltam que cada trabalhador tem seu processo de trabalho, já que cada um desenvolve atividades distintas. Atualmente estruturados pela divisão técnica e social do trabalho, já citada anteriormente.

Carvalho e Chaves (2011) discorrem sobre o processo de trabalho da enfermagem, organizado em ações de cuidado, assistência, administração e gerencia, pesquisa e ensino, e para os quais há distintos objetos, meios/instrumentos e atividades.

O enfermeiro em sua prática na saúde da família deve ser capaz de analisar criticamente as propostas elaboradas pelo Estado, nas quais as competências dos trabalhadores colaborem com a aproximação da equipe às diretrizes da ESF e modelo de atenção básica à saúde preconizado (KAWATA et al., 2009; BRASIL, 2011), não configurando somente estratégias de controle.

No trabalho do ACS a questão da divisão técnica e social do trabalho é importante, essa ideia é trazida por Ferreira et al. (2009) no qual há a percepção da hierarquização do trabalho e a influencia dos micro poderes no cotidiano de trabalho em equipe. O ACS acaba tendo posição inferior, subordinado ao trabalho intelectual dos demais componentes da equipe. Nesta afirmativa trazida pelos autores, emerge um questionamento quanto à posição inferior do ACS nas relações de equipe e, se isso influenciaria no processo de trabalho de supervisão do enfermeiro.

Foucault (2012) nos permite fazer uma relação entre as ações de supervisão com o poder. Para o autor: “*ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz prazer, forma saber, produz discurso* (FOUCAULT, 2012, p.

25)”. Esta concepção reforça o nosso entendimento de que as relações de trabalho se configuram sob ótica do poder e impactam o processo de trabalho.

Fortuna (1999) enfatiza a presença do poder no trabalho em enfermagem, tendo em vista que o mesmo é uma prática social e encontra-se presente nas relações de trabalho em saúde. De forma que “nas relações sociais de dominação, a alienação e a distribuição imensamente injusta de poder, recursos e saberes, tanto no âmbito da educação quanto da saúde são fundamentais.” (SILVA, 1997, p.20)

Foucault (2012) impulsiona nossa proposta de identificar essas relações de poder no trabalho destes atores, se existem revezamentos e disputas, focando o olhar em como o poder se constitui e afirma, e em quais momentos ele é vivenciado e identificado nas relações de supervisão enfermeiro-ACS.

Para Foucault (2012) *“a verdade deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder (p.52)”*.

Kurgant e Massarolo (2010) reforçam a importância de se considerar como se dão as relações de trabalho entre os atores, bem como a organização em que o mesmo acontece.

Entendemos que o trabalho dos profissionais de saúde da família, assim como em todo trabalho, estão presentes as relações de poder, que como descritas por Foucault (2012), se estabelecem em redes de micro poderes e que se pautam por verdades produzidas pelo saber técnico-científico. Neste estudo, entendemos que podem se manifestar relações de poder que podem ser veladas e naturalizadas pelos envolvidos. Rosa (1994) apresenta que Foucault ao trabalhar o poder contribuiu ao relacionar as relações de trabalho e, não somente de produção.

Para Foucault (2012) o poder deve ser considerado como uma rede produtiva, cujo reflexo impacta na sociedade, do que a velha concepção de poder com função de reprimir, entendido como uma lei que diz não. Este autor deixa evidente a necessidade desencadeada pelo poder, as indagações e a busca pela verdade.

Entretanto, Foucault (2012) reitera a necessidade de mudança na forma de produção da verdade pautadas no regime político, econômico e institucional, é preciso desvincular o poder das formas de hegemonia, que estão em funcionamento no momento.

Almeida e Mishima (2001) apresentam um desafio à saúde da família enquanto equipe, uma vez que há espaço de interação entre os trabalhadores, com flexibilidade de poderes e horizontalização das relações, tal conduta permitiria maior autonomia e criatividade de todos os atores das equipes.

A presença do organograma ou de estruturas hierárquicas evidenciam as relações formais em dado espaço, no qual uma pequena parcela de atores detém grande poder de

decisão e um grande numero de atores, uma pequena parte deste poder, desenho que permite o entendimento de como se dão as relações de poder em um dado ambiente (KURGANT; MASSAROLO, 2010).

A visão de controle abordada acima é reafirmada por Foucault (2012) ao apresentar concepção do poder, estruturado como forma de manter relações de produção e dominação de classes, possibilitando a apropriação das forças produtivas. De forma, que, o poder permite a realização do trabalho, prática que ainda percebemos nas relações de trabalho em saúde.

Campos (2007b) acredita que o taylorismo tinha como obsessão a retirada do poder dos trabalhadores, buscando sistematizar as atividades de controle do trabalho, e assim, promover a alienação entre os trabalhadores.

Para Foucault (2012) as anotações realizadas pelos indivíduos e, a seguir, sua transferência aos níveis mais altos hierarquicamente, deve permitir que sejam apresentadas sem perdas ou escapes. A vigilância continua é resultado de uma forma de disciplina, na qual o poder é exercido e o trabalhador utilizado ao máximo (FOUCAULT, 2012). Neste contexto, percebemos que a supervisão colabora com a vigilância continua abordada por Foucault, diferentes estudos sobre a supervisão em enfermagem abordam que o enfermeiro a executa pautado no controle e na fiscalização.

Campos (2007b) apresenta que os princípios tayloristas reforçam a necessidade de comando e controle, resultando em uma concentração/centralização do poder.

Foucault (2012) colabora com a caracterização do controle e a fiscalização, ao relacionar a disciplina como uma forma de poder. Esta é considerada um conjunto de técnicas que permitem a identificação dos atos e resultados dos indivíduos.

Para Campos (2007b) é inegável que *“todo sistema disciplinar e de controle objetiva aproximar pessoas à condição de objeto dócil ao comando alheio (p.33)”*.

Para Foucault (2012) foram elaborados técnicas de gestão dos homens por meio do poder disciplinar. Este mecanismo permitia que os trabalhadores fossem controlados, extraídas suas potencialidades utilizando-as ao máximo, resultavam melhores efeitos do trabalho.

Neste sentido, o autor apresenta que por meio da disciplina, é realizada uma análise do espaço, a busca por movimentos e ações mais eficazes, acompanhando-os constantemente para obtenção de melhores resultados do trabalho em desenvolvimento. O acompanhamento do trabalho resulta de uma vigilância constante, durante a realização de atividades, no qual o trabalhador é observado de forma permanente, além disso, são apresentadas as necessidades

de registro contínuo de trabalho, sendo esta uma forma de exercer o poder disciplinador (FOUCAULT, 2012).

Campos (2007b) acredita que Foucault ao abordar as técnicas disciplinares em escolas, hospitais, entre outros, contribuiu amplamente para a compreensão das formas de dominação na qual o poder do Estado reduziriam os trabalhadores a seres obedientes. Conforme é apresentado por Foucault (2000) “*muitos processos disciplinares existiam há muito tempo, nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também (p.118)*”.

A teoria Taylorista foi amplamente relacionada com a diferença entre o poder do dirigente em relação aos executantes do trabalho, impossibilitando ainda qualquer possibilidade de desenvolvimento dos trabalhadores presentes nas classes mais dominadas (CAMPOS, 2007b). O autor evidencia-se os métodos de controle e disciplina com vistas a obtenção de melhores níveis de produtividade.

Relacionando ainda a disciplina como mecanismo de consolidação do poder, Srour (2005) afirma também que sem a presença de um nível mínimo de disciplina, não haveria funcionamento da coletividade humana. Este autor caracteriza o poder como um mecanismo de articulação de interesses diferentes, com capacidade de dominar e coagir, articuladas como mando e obediência.

As discussões sobre a disciplina e o poder são destacadas por Foucault (2000)

Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (p. 119)

Esta visão é discutida por Rosa (1994) a qual descreve que os níveis de poder contribuem à construção do modo de ser do trabalhador em atuação, resultando em dominação do sujeito. Mas a autora conclui que “*o trabalhador jamais é reduzido de modo absoluto a estas forças (ROSA, 1994, p.4)*”.

Foucault (2012) destaca a hipótese de que “*o indivíduo não é o dado sobre o qual se exerce e se abate o poder (p. 256)*” pois os indivíduos fazem parte das relações de poder que se exercem sobre os corpos, movimentos e desejos.

Servo (1999) considera que o poder é produto e produtor no exercício da supervisão de enfermagem. Em sua pesquisa, a autora conclui ainda que a supervisão do enfermeiro acontece independente do nível hierárquico.

Foucault (2012) inter-relaciona o desejo, o poder e o interesse como sendo uma complexa rede de relações, já que o poder não é exercido somente por aqueles que tem interesse, alguns indivíduos tem interesse em exercer o poder e não o exercem e, há ainda uma relação entre poder e interesse que encontra-se fortemente vinculada com o desejo do poder. Srouf (2005) reforça a ideia de que as relações de força encontram-se presentes no poder.

Para Foucault (2012) o poder é enigmático, visível e invisível, presente e oculto. É preciso saber quem o exerce, onde ele se exerce e até onde ele, o poder, é exercido.

Para Foucault (2012)

o problema não é mudar a 'consciência' das pessoas, ou o que elas tem na cabeça, mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade. Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder – o que seria quimérico à medida que a própria verdade é poder - , mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonias (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais elas funciona no momento (p.54)

Servo (1999) entende a supervisão como instrumento do processo de trabalho, que se encontra em processo contínuo de modificação. Silva (1997) destaca a necessidade de integração nas responsabilidades do supervisor de uma maior articulação política, na qual é preciso que o mesmo olhe de baixo para cima e de cima para baixo. Tal conduta não encontra-se claramente evidenciada no cotidiano dos serviços e na literatura.

O formato verticalizado das organizações reprimem os trabalhadores de fazer parte da gestão de seus locais de trabalho, uma vez que, seu histórico familiar e laboral, foram estruturados visando a execução o trabalho e não a tomada de decisões a respeito dele (CAMPOS, 2007b).

Para Servo “*a supervisão se constitui em fórum onde se reproduz as desigualdades, o poder, o jogo de forças, as indefinições e as insatisfações, aliada à falta de reconhecimento e à falta de motivação (SERVO, 1999, p. 251)*”

Campos (2007b) faz referencia ao método de gestão no qual há uma divisão nítida entre o planejar e dirigir o trabalho, realizadas pelos dirigentes, das tarefas de execução realizadas pelos trabalhadores. Este potencial da gestão abordado por Campos é discutido por Srouf (2005) onde é dado destaque as formas de coerção pois, tal força fundamenta a relação de dominação e submissão.

Em relação à coerção, Foucault (2000) explica que

A escala, em primeiro lugar, do controle: não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, (...). A modalidade enfim: implica numa coerção ininterrupta, constante (...) (p.118)

No decorrer do trabalho em saúde, nas relações entre a equipe da saúde da família, há planejamento e direção do trabalho, mas conforme o posicionamento hierárquico do trabalhador é evidente o caráter de submissão vivenciado.

Servo (1999) aponta a importância da incorporação dos espaços micropolíticos e de reflexões sobre a prática de supervisão dos enfermeiros.

Srour (2005) entende que a autoridade política é exercício de poder. Desta forma a supervisão acontece em espaços influenciados por interfaces política e técnica. (SERVO, 1999).

Entendemos que para obtenção de ações exitosas no exercício da supervisão, aponta-se relevância uma análise do contexto onde se dá o trabalho, pensar em uma articulação com as políticas de saúde com planejamento, execução e avaliação adequados (CARVALHO; CHAVES, 2011).

Este desafio era base de reflexões de Almeida e Mishima (2001) já que a integração entre os trabalhadores da saúde da família era considerada fundamental para a consolidação do modelo de saúde atualmente preconizado. As autoras descrevem que a falta desta integração resultaria na repetição de um modelo de atenção fragmentado, baseado na divisão do trabalho e pautado na recuperação biológica dos usuários.

Estudo de Kawata et al. (2011) reforçam que o trabalho dos enfermeiros na saúde da família encontra-se em processo de transição, indo de encontro com a necessidade de reorganização da assistência e modelos atenção à saúde preconizados.

4 METODOLOGIA

A pesquisa é de abordagem qualitativa em saúde, uma vez que permite o estudo de relações, representações, percepções e opiniões presentes no modo de interpretação e investigação entre o indivíduo ou de um grupo de indivíduos (MINAYO, 2006).

Deslandes (1994) aborda que a pesquisa qualitativa tem como proposta trabalhar com uma diversidade de crenças, valores e atitudes, com aprofundamento das relações, processos e fenômenos. Para VÍCTORA, Knauth e Hassen (2000), a pesquisa qualitativa busca entender os contextos nos quais se dão os fenômenos que permitem o aprofundamento do conhecimento frente a um evento.

Também Minayo (2006) enfatiza a relevância da pesquisa qualitativa, seja individual ou coletiva, como forma de abordar processos sociais, uma vez que ela permite a junção de aspectos relacionados com os seres humanos de maneira extensiva e intensiva.

Em relação às pesquisas qualitativas no campo da saúde, Assis e Jorge (2010) apontam a demanda por conhecimentos acerca da abrangência interdisciplinar, processo de trabalho, políticas e serviços de saúde.

Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa desenvolve com profundidade o conhecimento sobre as dimensões da vida social, relacionando seu contexto sócio histórico e diversidades, sob a ótica do referencial teórico e técnicas de coleta de dados, para responder as inquietações das pesquisadoras nas relações entre os trabalhadores a partir das experiências vivenciadas pelos mesmos.

Vislumbrando o cenário supracitado, a escolha pela pesquisa qualitativa se deu pela necessidade de nos aproximarmos dos sujeitos de pesquisa, conhecermos sua realidade, vivências no trabalho em saúde da família sob a luz de objetivos do estudo e do referencial teórico, e assim, conhecer e analisar as transformações existentes no trabalho em saúde.

Esta oportunidade de aproximação do campo de estudo, da realidade do trabalho dos enfermeiros, ACS e equipes de saúde sobre as ações de supervisão permitiram uma análise mais aprofundada da mesma, as suas transformações e processos.

4.1 Campo de investigação

A pesquisa foi realizada com equipes de saúde da família do interior do estado de Goiás. No último censo, realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o estado contava com 6.003.788 habitantes e a estimativa populacional em 2013 é de 6.434.048 habitantes (IBGE, 2013). O estado de Goiás é formado por duzentos e quarenta e seis municípios e três mil e onze estabelecimentos de saúde (IBGE, 2013), destes, mais de 70% tem menos de vinte mil habitantes.

Entre os indicadores de saúde, evidenciamos a porcentagem de cobertura vacinal no estado com 97,66% para vacina tetravalente e 99,9% para vacina tríplice viral. Podemos apresentar ainda a porcentagem de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica com 22,41% (GOIÁS, 2013).

Outro indicador importante do estado é a porcentagem de cobertura de ESF da população estimada e da porcentagem de cobertura de ACS da população estimada respectivamente: 52,23% e 62,23% (GOIÁS, 2013). Este indicador evidencia a necessidade de ampliação da cobertura da ESF à população goiana.

O estado de Goiás, atualmente, é dividido em cinco macrorregiões, que se encontram subdivididas em regiões de saúde que totalizam dezesseis (GOIÁS, 2014). Cada região de saúde apresenta um município sede, que tem como objetivo representar a secretaria de saúde estadual e garantir aos municípios maior proximidade com a gestão de saúde local.

A região de saúde estudada é formada por dezoito municípios, que compreendem cerca de 270 mil habitantes (GOIÁS, 2014). O mapa abaixo apresenta o território do estado de Goiás em divisões de macrorregiões de saúde e regiões de saúde.

MAPA 1 – Macrorregiões de saúde do estado de Goiás (GOIÁS, 2013)

A escolha da região se deu devido à escassez de estudos sobre o trabalho do enfermeiro nessa parte do Brasil e pela importância da estratégia de saúde da família para organizar a saúde nessas cidades, já que, em algumas delas, os serviços de atenção básica são os únicos serviços de saúde disponíveis, sendo relevante um aumento das evidências científicas na região. A região de saúde estudada tem um raio de atuação de cerca de 150 km e apresenta grande destaque no ramo agropecuário e industrial. Conta com dezenove estabelecimentos hospitalares de saúde, quatorze UBS, onze unidades de atendimento misto (ESF e UBS) e trinta e quatro ESF.

Dentre os dezoito municípios que compõem a região de saúde em estudo, treze apresentam 100% de cobertura de ESF, três municípios encontram-se com mais de 50% de cobertura e dois municípios encontram-se com menos de 50% de cobertura de ESF (GOIÁS, 2013).

MAPA 2 –Proporção de Cobertura ESF (GOIÁS, 2013)

4.2 Procedimentos éticos

A proposta inicial da pesquisa compreendia contatar municípios da regional de saúde em questão, que apresentassem a seguinte característica: ter 100% de cobertura de ESF e mais de uma equipe instalada no território.

Assim, foi realizado contato telefônico com os gestores de saúde de três municípios, que atendiam os critérios estabelecidos, no mês de Fevereiro de 2013 e agendada reunião em cada um deles com a pesquisadora. O trabalho foi apresentado, esclarecendo seus objetivos, procedimentos éticos e a coleta de dados, que compreenderiam entrevistas com enfermeiros das ESF, observação do trabalho da ESF e reuniões de grupo focal com ACS das ESF. Um destes gestores liberou a realização da pesquisa em seu município e realizou assinatura do Termo de Liberação da Pesquisa. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da submissão na Plataforma Brasil, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 466/2012.

No mês de Março de 2013, durante a realização do exame de qualificação, nos foi sugerido pela comissão examinadora a ampliação da população pesquisada. Por se tratar de uma pesquisa de abordagem qualitativa, entendeu-se a relevância para os dados e resultados do estudo inserir enfermeiros de ESF de todos os municípios pertencentes a região de saúde, já que se tratava de uma oportunidade de conhecer melhor a região na qual uma das pesquisadoras se encontrava inserida profissionalmente e que, atualmente, apresenta escassez de estudos considerando a abrangência do campo para a pesquisa.

Desta forma, foram contatados pela pesquisadora os gestores de saúde dos quinze municípios no decorrer do mês de Abril de 2013. Destes, treze aceitaram participar do estudo e, após uma breve apresentação sobre o teor da pesquisa e seus objetivos, realizaram assinatura nos Termo de Liberação da Pesquisa.

Após as adequações solicitadas pela comissão examinadora da qualificação e CEP, esse projeto de pesquisa foi novamente submetido à Plataforma Brasil.

O estudo foi aprovado pelo CEP sob Protocolo CAAE nº 13888613.0.0000.5393. A pesquisa foi realizada por etapas: 1ª) entrevistas com os enfermeiros das ESF; 2ª) realização de observação e 3ª) grupo focal com ACS.

4.3 População do estudo

A população da pesquisa é constituída por trabalhadores enfermeiros das ESF dos quatorze municípios, de uma região de saúde do estado de Goiás e, ACS e trabalhadores de saúde das ESF de um dos municípios.

Conforme as etapas da pesquisa já referidas anteriormente, após a aprovação da pesquisa pelo CEP (Anexo 1), novo contato com os gestores de saúde foi realizado, no qual se apresentou o termo de aprovação do CEP, permitindo a leitura do mesmo e posterior assinatura da Declaração de Instituição Co-Participante.

A seguir, foram solicitados, nomes e telefones dos enfermeiros das ESF para agendamento de um encontro para apresentação da pesquisa e seus objetivos, forma de participação dos enfermeiros na mesma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi apresentado e, após anuência dos enfermeiros, foi assinados por eles. As entrevistas áudio gravadas foram realizadas, orientando-os sobre o sigilo ético, liberdade em participar da pesquisa e a garantia de retirar sua participação a qualquer momento.

Por conveniência, foi realizado grupo focal e observação no município que, primeiramente, aceitou a realização do estudo. Neste município, foi realizado encontro com os trabalhadores, agendado pelas enfermeiras das ESF, no qual apresentamos os objetivos e foram feitos esclarecimentos sobre o estudo. Esses encontros aconteceram em momento anterior à semana de observação, os médicos e odontólogos das ESF não estiveram presentes, sendo abordados em momento posterior, no início da semana de observação.

Após anuência dos trabalhadores, o TCLE (Apêndice B) das observações foi apresentado e assinado, garantindo que uma via dos mesmos permanecessem com os trabalhadores, totalizando vinte e dois. Como se trata de observação do trabalho de ESF, foram elaborados TCLE (Apêndice C) para usuários que fizeram parte da coleta de dados, uma vez que foram acompanhados, nos momentos de trabalho dos enfermeiros e ACS, enfermeiros e médico da equipe, trabalho do ACS, técnico e auxiliar de enfermagem, trabalhadores da limpeza, recepção e motorista.

Em relação às reuniões de grupo focal, os encontros foram agendados e comunicados aos ACS. No dia, local e horário marcado, os ACS presentes foram orientados sobre o TCLE (Apêndice D) e após anuência quanto a esta etapa do estudo, assinaram os mesmos, sendo entregue uma via idêntica para cada trabalhador presente. O município pesquisado conta com doze ACS ativos nas ESF, destes, dez participaram das reuniões.

4.4 Estratégia de coleta de dados

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas, observação sistemática, e grupo focal, para uma maior apropriação acerca do objeto de estudo.

Minayo (2008) assevera que a entrevista constitui uma forma de representação da realidade, é uma forma de interação social e permite a captação formal da fala de um indivíduo sobre determinado tema.

Fraser e Gondim (2004) argumentam quanto aos objetivos da entrevista havendo aproximação do entrevistador e entrevistado, a possibilidade de melhor compreensão dos significados, valores e opiniões dos envolvidos em dada temática, sendo muito utilizada em pesquisas qualitativas.

Em sua obra, Minayo (2006) faz referencia a entrevista semiestruturada onde o roteiro compreende perguntas estruturadas e abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto.

A construção do roteiro das entrevistas (Apêndice E) foi realizada a partir da aproximação com a literatura e objetivos deste estudo. Dentre os municípios integrantes da pesquisa, havia vinte e nove enfermeiros em atuação; foram realizadas dezoito entrevistas entre os meses de junho a setembro de 2013, todas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, o tempo de duração das entrevistas variou entre 21 a 59 minutos. Entre as perdas evidenciadas no número das entrevistas, temos um município no qual a enfermeira encontrava-se em licença por interesse pessoal e no momento do contato com a SMS não havia a perspectiva de contratação de outro profissional de enfermagem, assim como outros colegas enfermeiros que, após a abordagem, não tiveram interesse em fazer parte do estudo. No decorrer da coleta, ocorreram situações em que as entrevistas foram agendadas com os enfermeiros e os mesmos não se encontravam nas unidades de saúde conforme combinado; em algumas situações não houve, em contatos posteriores, justificativa para a ausência.

A segunda etapa da coleta de dados foi a realização da observação estruturada ou sistemática em equipes de saúde da família de um dos municípios da região de saúde estudada. Estas ESF são constituídas por médico, enfermeiro, ACS, auxiliar e técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório odontológico, recepcionista e auxiliar de serviços gerais. Uma das equipes conta com um médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - (PROVAB) e outra conta com dois médicos de 20 horas, caracterizando uma equipe transitória (BRASIL, 2011).

Segundo Polit e Beck (2011), a observação estruturada “*visa documentar comportamentos ações e eventos específicos (p.390)*”. Para realizá-la é importante ter conhecimento sobre o que será observado, o tempo de duração da observação, bem como a forma de registro dos dados (POLIT; BECK, 2011).

O trabalho das equipes foi observado por um total de 40 horas/semanais por ESF, totalizando 80 horas, e foi dada ênfase nas relações de supervisão estabelecidas entre enfermeiros e os ACS que compõem esta equipe. A ESF I foi observada entre o período de 05 de agosto a 13 de agosto de 2013 e a ESF II, no período de 05 de setembro a 11 de setembro de 2013.

Assim, espelhando-nos em Minayo (2006), as observações foram registradas em um diário de campo no qual eram anotadas as impressões pessoais, o resultado de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quantos aos pontos de vistas investigados entre outros aspectos importantes.

Para a coleta através da observação sistemática, foram eleitos alguns momentos do trabalho, tais como: visitas, reuniões de equipe, grupos educativos e outros momentos de encontro do enfermeiro com ACS, conforme o roteiro previamente elaborado (Apêndice F).

A terceira etapa da coleta de dados foram as reuniões de grupo focal. Conforme enfatizam Pereira et al. (2005), esta técnica de coleta de dados na qual os dados são trazidos ao pesquisador pela interação do grupo que em um curto espaço de tempo, permite-lhe o conhecimento de seu foco de estudo a partir das relações de interação entre os participantes (PEREIRA et al., 2005).

O roteiro do grupo focal (Apêndice G) foi construído a partir da leitura das transcrições das entrevistas e observações realizadas após um aprofundamento com as evidências já encontradas na literatura sobre a temática.

O município pesquisado conta com doze ACS, sendo onze mulheres e um homem. Foram realizadas duas reuniões de grupo focal, que contou com dez ACS (nove na primeira reunião e nove na segunda reunião), uma vez que, um ACS encontrava-se de férias, dois ACS de atestado médico em cada um dos encontros. Em relação às reuniões de grupo focal, entendemos que o número poderia variar, por se tratar de um grupo composto por ACS foram observadas situações como: período de férias, recusa à participação na pesquisa, mas as reuniões aconteceram com número de participantes adequados (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999) entre seis e quinze participantes.

As duas reuniões aconteceram no mês de setembro em um Centro de Convivência do município, onde são disponibilizadas atividades à comunidade como aulas de artesanato,

pilates, alongamento, entre outras. Os encontros tiveram duração uma hora e trinta e sete minutos e duas horas e três minutos. As pesquisadoras buscaram realizar os encontros dos grupos em local de fácil acesso que promovesse a participação sem constrangimentos por parte dos participantes (WESTPHAL et al., 1996), ressalta-se que nas duas ESF há sala de reuniões e que as mesmas foram ofertadas pelas enfermeiras. Daí, Dall'Agnol e Trench (1999) apontarem a relevância do grupo focal, o qual permite a intensificação da coleta de informações sobre um fenômeno. As autoras apresentam algumas recomendações sobre a execução da pesquisa, como o tempo das reuniões, que não devem ultrapassar o total de duas horas, pois pode haver desgaste por parte dos participantes.

A técnica de grupo focal anteriormente mencionada permitiu a escuta dos diversos sujeitos de forma coletiva permitindo colocar o tema da supervisão em debate para um conjunto de trabalhadores. Por esta razão, Westphal et al. (1996) apresentam a técnica de grupo focal como ferramenta flexível, de fácil percepção por parte dos pesquisadores e que permitem interação entre os pesquisados, resultando em uma análise aprofundadas dos problemas apresentado por um grupo com traço comum.

A construção do roteiro do grupo focal (Apêndice G) foi realizada a partir de nossa leitura das entrevistas e dos diários de campo que teve como proposta estimular a discussão dos participantes sobre o tema para que o debate fosse participativo e permitisse aprofundamento das discussões (MINAYO, 2006).

As reuniões foram conduzidas por um moderador, a qual promoveu diversos questionamentos aos participantes na tentativa de buscar o envolvimento e a interação dos presentes e um observador acompanhou e captou as informações não verbalizadas apresentadas pelos participantes (WESTPHAL et al., 1996). Conforme Minayo (2006) o relator /observador tem papel auxiliar ao moderador do grupo, registrando momentos no decorrer do grupo focal, focalizado no objetivo da pesquisa.

Os encontros de grupo focal foram gravados e a transcrição dos mesmos tornou-se parte bastante importante nas análises de dados da pesquisa. Como resultados, Ressel et al. (2008) afirmam que o trabalho em grupo proporciona aproximação, acolhimento e solidariedade, permitindo o autoconhecimento, a reflexão pessoal, evidenciando o grupo como uma forma de construção de dados em pesquisas qualitativas em nossa profissão.

4.5 Análise dos dados

Conforme expressam VÍCTORA, KNAUTH, Hassen (2000), Gomes, (2008) a análise dos dados é o momento em que o pesquisador finaliza seu trabalho, tendo como objetivo articular os dados coletados com seus propósitos de pesquisa à fundamentação teórica.

Os dados obtidos por meio de entrevistas, observação sistemática e reuniões de grupo focal foram áudio-gravadas, transcritas na íntegra e identificadas pela pesquisadora. Totalizaram cerca de trezentas e dezenove páginas de material empírico.

Para compor a análise dos resultados, o material resultante da pesquisa, foi utilizada a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2002). Minayo (2006) também enfatiza que ela permite que um conjunto de relações possa ser apresentado por meio de palavras ou frases. Além disso, a análise temática promove a análise de significados ao objeto de estudo proposto.

Essa técnica é centrada no tema e se divide em etapas, que compreendem a *pré-análise*: em que os documentos são escolhidos e há a retomada das hipóteses e dos objetivos propostos inicialmente pela pesquisa; há o envolvimento e contato intenso com o material coletado, além da necessidade de verificar se no material há validade qualitativa, podendo ser retomada a etapa exploratória, e assim a possibilidade de reformulação de hipóteses. Um segundo momento é a exploração do material: nesta etapa há determinação da palavra-chave ou frase que indique a unidade de registro, ou o núcleo de compreensão do texto. O terceiro momento é a etapa em que o pesquisador propõe inferências, realiza a interpretação de resultados (MINAYO, 2006).

O material resultante da pesquisa, após as transcrições foi submetido à leitura exaustiva e flutuante, tendo como objetivo realizar categorias de análise provenientes dos dados colhidos para que sejam agrupados conforme afinidade (RESSEL et al, 2008)

Os temas relevantes foram identificados e alicerçados nessas literaturas sob a perspectiva do referencial teórico do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992) e relações de poder segundo Foucault (2012).

Os sujeitos foram tratados no anonimato recebendo denominações fictícias conforme definição das pesquisadoras. As entrevistas foram identificadas pela letra “E”, seguida do número da mesma. Ressalta-se que a classificação numérica aconteceu de forma aleatória. Diários de campo receberam denominações referentes ao dia de observação “OBS1”, “OBS2” identificados também de maneira aleatória pelas pesquisadoras. As reuniões de grupo focal

foram identificadas por meio dos sujeitos utilizando a letra A seguida do numero da mesma; a classificação numérica aconteceu conforme a apresentação dos ACS durante o grupo e foi mantida na segunda reunião.

Os dados resultantes da pesquisa foram submetidos à leitura exaustiva por parte das pesquisadoras e resultaram na construção de três matrizes de análise, uma para cada técnica de coleta de dados. As matrizes foram construídas tendo os objetivos do estudo como eixo central. E, assim foram eleitos núcleos de sentido e categorias de análise, tendo em vista a técnica de análise de dados por nós eleita, a análise de conteúdo temática, conforme salienta Bardin (2004).

O material resultante das entrevistas foi analisado a partir da construção de quadros de análise. Após sugestão da pesquisadora responsável, foi realizada no mês de outubro uma oficina de análise de dados, que contou com as pesquisadoras, docentes e pós-graduandos da EERP-USP que apresentam domínio quanto ao tema do estudo, bem como referencial teórico utilizado. As contribuições da oficina resultaram na construção de duas matrizes de análise referentes às entrevistas. No primeiro, elencamos entre as falas dos enfermeiros aquelas que relacionavam-se à supervisão ao ACS. Como se tratava de um grande volume de fragmentos, organizamos a partir das perguntas realizadas durante as entrevistas. Após este movimento, partimos para uma releitura do material obtido neste recorte, para uma maior aproximação com os mesmos.

Em seguida, realizamos a construção de uma nova matriz de análise, na qual inserimos fragmentos que mais se aproximavam do nosso objetivo do estudo. Estes fragmentos foram descritos e, posteriormente encontrados núcleos de sentido e categorias temáticas.

Assim, alicercando-nos na argumentação de Minayo (2006) que expressa sobre a análise temática que tem o tema como seu conceito central, o qual pode ser apresentado por meio de palavras, falas, resumo. A autora enfatiza a relevância da descoberta dos núcleos de sentido, já que os mesmos podem ter significância para o objetivo da pesquisa.

Então, partindo desta perspectiva dos dados obtidos, estes foram submetidos aos procedimentos de análise de categorização, inferência, descrição e interpretação, conforme evidencia Gomes (2008).

A seguir, estes dados foram submetidos a triangulação de dados, que para Minayo, Assis e Souza (2005), permite a produção de um conhecimento mais aprofundado para a realidade, nas quais várias técnicas são utilizadas e combinadas e assim compreender o fato em estudo.

A citada autora defende ainda que a triangulação de dados busca ordenar os dados, realizar sua classificação e posterior análise. Para tal movimento, é preciso comparar objetivos e resultados (MINAYO; ASSIS; SOUZA 2005). Desta forma, foi preciso inicialmente organizar o material das entrevistas, observação e grupo focal.

Em um segundo momento, os materiais empíricos produzidos nas três estratégias de coleta de dados foram reorganizados tomando-se por base os objetivos da pesquisa e referencial teórico adotado.

Os fragmentos presentes nos resultados receberam algumas correções nas falas dos sujeitos em relação a expressões e vícios de linguagem regionalizados e somente o nome da pesquisadora em questão foi exposto, de forma que todos os participantes mantivessem sua identificação em sigilo.

5 RESULTADOS

Na primeira etapa da pesquisa, realizamos entrevistas com enfermeiros atuantes nas ESF, que totalizaram dezoito enfermeiros. Apresentaremos, inicialmente, os sujeitos entrevistados, seguidos dos sujeitos das outras etapas da coleta de dados.

Os entrevistados são todos do sexo feminino com três meses a oito anos de atuação na saúde da família e com experiência profissional na enfermagem entre três meses a vinte anos.

Em relação à idade dos enfermeiros entrevistados, temos a média de 31 anos, sendo estas variaram entre 24 a 55 anos. Nove enfermeiras são casadas, oito solteiras e uma divorciada.

Sobre o vínculo de trabalho, percebeu-se que dez dos dezoito entrevistados são concursados e os demais tem contratos de trabalho temporário. Somente uma enfermeira refere não coordenar a unidade de saúde; as demais acumulam tal responsabilidade às suas atribuições.

A enfermeira conversa a respeito da estrutura física da unidade, reformada e ampliada na última gestão. Apresenta os ambientes e os cuidados realizados em cada um deles. Refere que as duas unidades de saúde da família foram reformadas e que isso beneficia o atendimento à saúde do município. Descreve os atendimentos disponíveis nos serviços de saúde locais, faz referencia sobre o hospital do município e as deficiências do processo de referencia e contra referencia da região. Demonstra tranquilidade ao falar da nova gestão municipal e como esta vem desenvolvendo o trabalho. (OBS7)

A respeito do horário de funcionamento das unidades, uma permanece em funcionamento 24h, dezesseis unidades funcionam das 7h às 17h e uma unidade tem fechamento (durante uma hora) no horário de almoço.

Entre os enfermeiros pesquisados, dezesseis são formados em instituições privadas de ensino e dois em universidades federais. Em relação à pós-graduação *latu senso*, dezesseis enfermeiras referem tê-la realizado, sendo sete com curso na Saúde da Família, cinco em Enfermagem do Trabalho, duas em Auditoria de Serviços de Saúde e Urgência e Emergência, respectivamente, uma em UTI, Gestão em Saúde, Administração Hospitalar e Epidemiologia.

A segunda etapa da coleta de dados, realização das observações sistemáticas, contou com duas enfermeiras, dez ACS, três médicos, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de

enfermagem, duas auxiliares de serviços gerais, uma recepcionista e um motorista. Não se coletou dados sobre idade, sexo e formação.

A terceira etapa da coleta, realização dos encontros de grupo focal, contou com dez ACS. Todas as ACS que participaram das reuniões de grupo focal eram do sexo feminino e tinham entre três a doze anos de atuação. Não se coletaram dados sobre os vínculos empregatícios desses trabalhadores e formação específica para a ESF.

Do material empírico obtido no decorrer da coleta, foi possível identificarmos três categorias temáticas: Concepções sobre supervisão de enfermeiros e ACS, Dia a dia da supervisão e Interjogo no trabalho da supervisão.

5.1 Concepções sobre supervisão

Em relação a essa categoria, apresentamos a definição sobre supervisão verbalizada pelas enfermeiras no decorrer das entrevistas; entre as respostas, percebeu-se ênfase nas ações de controle dos trabalhadores, ações em equipe fonte de apoio e suporte, avaliando, corrigindo e acompanhando o trabalho. Evidencia-se o entendimento de supervisão como mecanismo de controle e fiscalização; houve, ainda, um entrevistado que referiu desconhecer como deve ser feita a supervisão.

Supervisão? É você estar sabendo o que o agente de saúde faz, se ele está indo nas casas, como está sendo a visita, se é uma visita ou se só vai lá pegar uma assinatura, se é uma visita que ele está entrando na casa pra saber como é que está, se está precisando de alguma coisa, como que está orientando e se está fazendo a parte de prevenção. (E12)

Mas, supervisionar assim, eu sempre tô olhando as visitas delas, eu cobro a produção, no fim do mês. (E10)

Supervisionar o trabalho né. Eu definiria como supervisionar o trabalho da equipe. (...) Ela é feita eu acho que você acompanhando o trabalho deles. E sempre é possível acompanhar. Pra que? Pra ver o que tá falho, pra gente tentar mudar. Porque durante a supervisão você pode ver que algumas... que alguma fala, algum atendimento que não foi correto e aí pra gente tá melhorando esse tipo de atendimento. Porque como nosso trabalho é preventivo a gente tem que ter informações corretas, precisas, pra gente tá passando para esse paciente nossos, os usuários do SUS (E14)

Não. Na verdade eu não sei como fazer, risos. Esta assim, porque ai teria que (pausa). E também porque pode criar uma indisposição com eles (...) eu acho que é um acompanhamento. Assim, mais de perto né. Um acompanhamento às vezes assim com registros também, deste acompanhamento. (E15)

Bom eu acho que supervisão na saúde da família, é, um pouco abrangente, que seria esta reunião com o grupo pra verificar como, oque que o agente, se ele tá feliz com o trabalho dele, pra ele mostrar como que tá o trabalho dele. É esse fechamento de dados que a gente faz todo final de mês. É tipo, ter um instrumento avaliando o trabalho ou até mesmo pesquisando a satisfação da população em relação ao nosso trabalho, que a gente desempenha. É (pausa) eu acho que seria isso tudo né. Então assim, daria um pouco de trabalho, supervisionar assim, verificar o posicionamento do profissional em relação ao que ele está fazendo, a satisfação da população, e mesmo observar todas as ações que estão sendo desenvolvidas né, acompanhar essas ações. (E9)

Em um dos encontros do grupo focal foi proposta uma atividade as ACS com a temática da supervisão. Solicitamos que respondessem em grupo a cinco perguntas sobre supervisão: **“O que é supervisão? Ela é feita? Como é feita? Para que é feita? Quando é feita?”**. Para tal atividade foram disponibilizadas cartolinas e canetas para elaboração de uma síntese com suas reflexões. Três grupos com três ACS foram formados e resultaram em diferentes percepções. Entre os pequenos grupos formados, os relatos foram estruturados na supervisão pautada no acompanhamento, orientação, controle e suporte do trabalho realizado.

O primeiro grupo baseou seu o entendimento sobre a supervisão em situações problema e referiram que a supervisão acontece a partir das orientações das ações programáticas.

(...) Orientando, capacitando, dando suporte, para que desenvolvam um bom trabalho na comunidade. (...) Sim. Em quase todos os problemas encontrados nas famílias. (...) Com palestras, esclarecimentos das ações dos agentes. (...) Para deixar os agentes, informados e capacitados em todas as áreas, que engloba a saúde publica. (...) É feita todas as vezes que temos algo diferente para orientar as famílias, nas ações desenvolvidas pelo programa. Este aqui ultimo a gente quis dizer assim, que a gente sabe que temos que falar da tuberculose, falar da hanseníase, tem que falar do aleitamento materno, ai, então se surge alguma coisa nova, elas vão até uma reunião em (nome da cidade), são capacitadas, e elas chega e vem passar pra nós o algo novo que surgiu. Uma vacina nova que surgiu, então essas ações, elas vem pra falar essas coisas. E tal, essas coisas e tal, que surge e assim, vai ter que fazer mamografia, essas coisas,

então é isso. É fazer, desenvolver em geral todas as coisas que o agente de saúde tem que estar realizando (ACS3, ACS1, ACS9).

O segundo grupo abordou a necessidade dos enfermeiros estarem mais próximos das ACS e comunidade, mencionando que com os colegas atuantes na zona rural não havia supervisão. Verbalizaram que esta era feita por meio dos relatórios e nas reuniões com a comunidade (grupos de educação em saúde).

Primeiro pra nos a supervisão primeiro é elas saírem de trás da mesa e desempenharem o papel em campo. (...) Em partes. Porque na zona rural não tem. (...) Através de relatórios, das reunião feitas com a comunidade, né que ai a gente faz hiperdia, faz reunião com gestante, é (pausa) desenvolvendo ações de cidadania também. (...) Para prevenir e promover ações de saúde junto da comunidade. (...) Através das visitas domiciliares, multirões, campanhas, que a gente faz campanhas de vacina, da dengue (...) (ACS7, ACS6, ACS10)

O terceiro grupo iniciou sua fala relatando uma possível “fuga” da proposta, diante das falas apresentadas pelas colegas.

Eu acho que a gente deve ter interpretado diferente. Né. Risos (...) Então assim...só que, o que esta escrito aqui bate com as delas, mas a gente fez diferente. (ACS5, ACS8, ACS2)

As ACS acreditam que os enfermeiros realizam a supervisão ao repassarem informações para as ACS. A supervisão dar-se-ia no momento em que o enfermeiro acompanha as famílias cadastradas.

Ai nós pois assim...é a supervisão das ações. Elas falam a respeito das ações que tem nas unidades de saúde da família, e a gente já pega e fala isso para as famílias, né. (...) nós entendeu assim que elas supervisiona através das famílias, elas vê através das ações que são feitas nas famílias. (...) As ações são feitas nos quatro cantos da cidade, né, que elas são feitas as ações, todas as que tem no PSF são distribuídas para todas as agentes e as agentes saem pra cada micro área. (...) Para ter o controle, para ter o controle das micro áreas né. (...) Nas entregas de relatórios, em algumas visitas, como a (nome da ACS) falou, em algumas visitas já que na zona rural elas não visita. (...) e nas ações dentro do PSF. Tem haver com o HIPERDIA, e das varias ações que vem acontecendo. Deu pra entender? (ACS5, ACS8, ACS2)

As ACS identificaram a supervisão como acompanhamento de seu trabalho, mas somente um grupo evidenciam o trabalho de supervisão com controle de maneira bastante evidente. Em algumas entrevistas e diante dos fragmentos acima, destacou-se a supervisão como acompanhamento e orientação do trabalho.

Para as ACS, supervisionar tem o objetivo de acompanhar atividades realizadas no trabalho, vinculadas ao perfil das famílias cadastradas e seu estado de saúde.

(...) controle do supervisor? Eu entendo que, a supervisora tem que controlar tudo né? Até a chegada, a questão do ponto, porque se ele não controlar também vira bagunça. (ACS1)

E o controle também pode ser controle de visitas né? o total de visitas, controle de todas aquelas visitas? Igual nos temos mesmo, este controle. (ACS6)

Enfermeiras e ACS relacionaram a supervisão como um mecanismo de auxílio em situações problema, identificadas durante seu trabalho na comunidade. ACS desejam que o enfermeiro estejam mais próximos deles e da comunidade.

Eles trazem os problemas e a gente durante o decorrer do dia, chegam e conversam comigo, não tem assim uma (pausa). (...) Então, pra não ficar uma relação muito complicada que acaba gerando indisposição muito grande, então assim, eles chegam e me passam assim os problemas, (...) na medida do possível a gente resolve ne ou tenta ajudar. (E15)

Percebe, percebe sim...porque sem ela...porque, ela que passa as ações pra gente, e a gente que passa os problemas pra elas... então assim... as coisas que precisa fazer elas passam tudo. Não deixa de passar nada. (ACS1)

O único problema que tem é que elas precisam sair mais de dentro da unidade. E acompanhar, porque é o que eu acho, eu acho assim, não sei o que vocês acham, que tinham que acompanhar mais de perto. Entendeu? Porque isso aí deixa muito a desejar. (ACS1)

Outro ponto a ser focado relaciona-se com o acompanhamento das famílias por seguimento conforme relatórios e indicadores, além da organização do trabalho, tanto das ACS como da enfermeira e demais integrantes da equipe vinculados às ações programáticas de saúde.

No início do mês ele pega o cronograma de trabalho e ele tem os dias das reuniões que ele tem que convidar a população. Tem o dia que ele

vai participar da reunião, o nome dele vai estar escrito na reunião que ele tem que participar, e depois no final do mês tem um dia específico já no cronograma, que ele tem o fechamento, que a gente chama. E aí ele vai trazer a ficha B de acompanhamento do hipertenso, diabético, gestante, a gente tem um caderno que o agente anota a visita, quem ele visitou, a hora que ele visitou, o dia e o que ele fez e a pessoa assina. No final do caderno ele tem um controle de crianças menores de um ano, de dois a três anos, cinco anos, hipertensos e diabéticos, remédio que toma, é...(E9)

Mas assim, as minhas visitas com os agentes comunitários eu faço por dia. De segunda-feira eu pego o agente 1, terça-feira eu pego o agente 2 e quinta-feira eu pego o agente 3. Como eu tenho 11 agentes, eu fico um mês rodando. Pra mim rodar eles. Aí eu pego o agente 1 e falo assim, vamos nas gestantes, vamos nos hipertensos que tá descontrolado, vamos nos diabéticos, vamos nas puérperas. Então assim, eles que sabem onde vão me levar(...) (E12)

Em algumas entrevistas, há relatos de que o ACS tem dificuldade de executar orientações e atividades propostas pelo enfermeiro.

E também porque pode criar uma indisposição com eles. Porque até de passar, que eu pedi pra passar certos horários, é difícil. Até de carimbar as fichas todos os dias, as de relatório, foi terrível. Risos. (E15)

Eu peço, eu sempre peço pra eles trazerem no final da tarde. Mas nem todas me entregam. A da micro área 2 ela sempre me entrega mais no final da semana. E é a que menos me dá produção. E é esta que eu quero (risos). Mas é claro que....foi isso que te falei, o que vai adiantar fazer uma supervisão destas e passar isso pro secretário, passar isso pra outra enfermeira. Mas assim será que alguém não vai tomar providência em relação a isso? (...) E assim, eu não tenho... ah eu coordeno elas, eu coordeno a equipe toda, mas eu não tenho autonomia pra advertê-las, entendeu? Eles não me dão este espaço. (E10)

Nas entrevistas, há relatos de realização da supervisão ao ACS em visitas domiciliares esporádicas ou programadas acompanhadas do mesmo. Entre esses, observa-se que a enfermeira avalia como o ACS é recebido pela família e quando há reclamações dos usuários residentes da área de abrangência na unidade de saúde. Uma enfermeira refere que a visita domiciliar semanal programada com as ACS é a única ação de supervisão realizada.

Eu acompanho em muitas visitas, então assim, uma vez ao mês eu tô indo na área. Então dá pra gente saber se está fazendo o serviço, se está fazendo visita, “Ah tem muito tempo que”, “Ah, você sumiu!”, “Tem

muito tempo que você não vem aqui”, dá pra gente perceber se tá indo ou não. E pelas reclamações no posto. Porque elas falam assim “Oh, tem agente de saúde na rua tal?” dá pra gente saber se tá passando ou não. Né! Assim. Com as visitas dá pra ir se informando. (E12)

É, assim eu coloquei toda sexta eu fazer uma visita acompanhando as agentes, e isso é só eu que faço também. (E13)

Uma ACS questiona sobre a realização de tal acompanhamento de seu trabalho, mas deixa entender que tal ação não acontece.

Porque se o supervisor quer saber, quer porque quer o serviço da gente, quer ver a gente trabalhando, você tem que ir pelo menos duas vezes, uma vez na área de cada uma. Porque se eu não tivesse trabalhando as pessoas iam falar, “oh, a (nome da ACS) não tá vindo trabalhar não. Você veio aqui, então eu vou aproveitar e te falar.” Né. É isso aí que tinha que fazer. Mas não faz, a gente ficar escravo do ponto toda hora. (ACS1)

Na maioria das entrevistas, há relatos de reclamações sobre o trabalho do ACS por parte da população; forma esta de alertar a enfermeira quanto à necessidade de realizar supervisão nas micro áreas, chamada por elas como “supervisão *in locu*” ou “auditoria”.

E a gente faz este acompanhamento de um por um. E desde que eu estou aqui, fazem dois anos, que eu estou aqui, nestes dois anos consegui fazer três supervisões “in locu” de cada micro área durante...acho que foram só, só três (...) é uma maneira que eu uso pra supervisioná-los. (E16)

Mas eu fiz como se fosse uma entrevista. Eu nem sei se eu fiz certo, por exemplo, de um a dez, pra quando ele te dá informação, as orientações estão legal, então eu pedia pra pessoa pontuar, de um a dez. “Ah....sete, cinco”. Porque aí no final, eu fiz uma tabelinha de quantos pontos seria bom, quantos pontos seria regular ou ruim. (E5)

Eu estava fazendo auditoria nas micro áreas delas. Mas eu parei, eu desenvolvi, eu tenho até que voltar a fazer, mas eu tô meio sem tempo. (E8)

As enfermeiras apresentaram impressos elaborados por eles mesmos com a finalidade de avaliar, a partir da opinião da comunidade, como o ACS realiza seu trabalho. Nestes estão inseridas questões sobre orientações repassadas pelo ACS, tempo estimado de duração da visita domiciliar, questionamento aos usuários sobre os serviços ofertados nas ESF e em outros serviços de saúde presentes nos municípios.

Uma das ACS refere ter vivenciado este tipo de supervisão: acredita que o momento ocorreu devido a reclamações de usuários sobre seu trabalho. A ACS descreve que os usuários visitados pela enfermeira contaram como ocorreu a coleta de informações sobre seu trabalho.

Não, eu já passei por isso. Mas foi assim (...). Porque teve reclamação, falou que eu não fazia visita, e tal, ela foi. E pediu uma nota de um a dez de como que eu trabalhava. Ai muita gente não sabia. E penso assim, eles não sabe se falar um, dois, três. Ai uma falou pra mim assim... “oh, a Fulana veio aqui. E mandou falar de um a dez a sua avaliação. O que que é um e o que que é dez?” olha ai? Ai veio o dez e pensa que é cem. “ai eu falei que dez era dez. Que um era decimo” ai eu falei assim não e como foi a sua avaliação? “Ah, uns seis sete.” Risos(...). E ela [enfermeira] ficou sem graça. Ai depois, eu fiz de conta que eu não sabia. Deixei mesmo. E ela assim, e em todas as casas que ela passou, todas as pessoas vieram me contar. Porque entre ela e eu tem uma diferença muito grande, eu sou (nome da cidade) e ela não é. Ela é apenas enfermeira. Então, ela levou assim. Muito sem graça. Eu não comentei, fiz de tudo que eu não sabia. Deixei ela com a pesquisa dela. Com as notas que ela pegou, todo mundo me contou. Onde que ela foi, todas as pessoas me contou. Ela levou uma pessoa la de dentro do posto pra andar com ela. Pra ir nas casas. Ai eu cheguei calada. E falei, deixa ela...(ACS3).

Outras ACS relatam que a realização desta avaliação de seu trabalho por parte das enfermeiras não seria entendido de forma negativa ou como constrangimento, mas é necessário orientar as famílias sobre o motivo destes questionamentos.

Olha eu acho que isso ai, se por exemplo, a (nome da enfermeira) for em alguma casa e perguntar por mim, eu acho que é interesse pelo meu serviço. Eu não vou me achar vigiada, porque eu sei que estou fazendo o serviço direito. (ACS7)

Mas conforme o jeito que fala né? Tudo bem, eu também não acho ruim se for lá e perguntar como é que tá a visita. Mas se for com coisa assim de (...) (ACS1)

Eu acho assim, que poderia até ter essas supervisão mesmo de vez em quando, mas assim, do enfermeiro chegar na gente e falar o fulano me falou isso. Não é você chegar e igual a menina chegou e mandar você assinar um papel. Podia ate ter mais tinha que conversar com a gente, dar uma chance, ou duas. (ACS5)

Eu acho que até seria bom, se não fosse pra ficar de marcação, mas eu acho que seria importante, que a gente ia se sentir que não está só. (ACS2)

Identificamos, outrossim, que há predomínio entre as enfermeiras da concepção de supervisão como exercício de controle com caráter fiscalizador:

(...)a gente tem um caderno que o agente anota a visita, quem ele visitou, a hora que ele visitou, o dia e o que ele fez e a pessoa assina. (...) este cronograma é definido por mim mesmo, (risos). (E9)

Eu até tentei cobrar horário, tudo, passar na unidade de manhã e de tarde mas é muito complicado, eles não aderem muito.(E15)

(...)é assim, eles chegam de manhã, 8 horas, aí vão lá e eu passo, converso com eles, aí eles saem para visita aí quando é 4 horas todos os dias eles vêm ne, e aí eu vou olhar as visitas que ele fizeram que eles pegam o livro de assinatura ne, e aí vou anotando para ter o controle ne, de quantas visitas eles fez, para chegar no fim do mês na hora de fechar a produção e eu ter a relação ne, é assim todos os dias.(E13)

(...) e também o controle do ponto. Eles batem o ponto 4 vezes ao dia, às 7h, às 11h, às 13h e às 17h. Então na maior parte das vezes é, são nestes horários que os problemas são levantados e são trazidos até mim, e são na maior parte das vezes resolvidos. Ne? (E1)

Ressalta-se a estruturação da supervisão da enfermeira nas situações de problemas identificadas pelo ACS nas visitas domiciliares, bem como o controle da realização das mesmas por meio da assinatura dos usuários, controle do registro de ponto e outros, mostrando que a organização do trabalho das equipes não apresenta coerência com as diretrizes da saúde da família no que diz respeito à gestão democrática. O registro de ponto diário é considerado entrave na realização do trabalho diário para as ACS.

E outra coisa também Juliana, porque antes, em questão do ponto, era mais fácil (...). Rendia mais, a gente trabalhava, vamos supor, eu vou lá bato o meu cartão, e aí eu não tenho coragem de sair depois das cinco. (...) Nós estávamos com tempo, o sol dava uma esfriada, e chegava lá em casa tinha dia, seis horas, bem tranquila (ACS6)
É um transtorno. (ACS2)

Antes o serviço rendia mais. (ACS3)

Os participantes da pesquisa compreendem a importância das ações de supervisão como sua atribuição e ressaltam que a enfermeira por seu papel na equipe de saúde da família é o trabalhador mais acessível para os ACS e apto a desenvolver tais ações.

É (pausa) supervisão direta relacionada aos agentes e a unidade, mesmo porque a função dos enfermeiros, a minha função e da outra enfermeira é supervisão e coordenação. (E1)

eu acredito que supervisionar é, significa participar e trabalhar junto, porque eu acho que é impossível você realizar supervisão sem participar e sem ter um feedback do que está sendo desenvolvido.(...) Eu acredito que o enfermeiro está numa posição técnica de ajudar o ACS. (E16)

Eu acho que é porque foi colocado (risos) foi colocado que a enfermeira faria a, né assim, a supervisão e (pausa) a estratégia preconiza isso, né, que tá lá nas nossas, é nas nossas competências, não é? “supervisionar o agente de saúde”. Né, agora assim, porque que é a enfermeira né? É claro, eu não tô fugindo. Vamos dizer, da responsabilidade, mas não tem assim um porque, eu acho que talvez porque é, nos sejamos o profissional mesmo, olhando assim pra realidade, que tá todo dia na unidade, que tem mais acesso e é mais acessível as agentes de saúde, cria assim um vínculo. (E4)

Eu diria pra avaliação do trabalho. Se não tiver supervisão como vai saber se o trabalho, que feedback tá tendo? Qual é o retorno? (...) Se eu não faço supervisão? Se eu não vou lá e não olho. Se não verifico como esta sendo o trabalho. (E8)

Ao serem questionadas sobre o conhecimento frente ao tema, as enfermeiras demonstraram que a formação acadêmica permitiu a aproximação com o tema da supervisão, voltada à prática hospitalar. As que relataram ter concluído pós-graduação *latu sensu* em Saúde da Família, reforçam que não houve abordagem direta sobre o tema.

Olha...pra ser bem sincera. Não. A graduação na época que eu fiz, ela focava mais o cadastro de pessoas, ela não tinha este foco de supervisão. Na pós-graduação, já tem algum tempo, risos, é mais lei, é mais o que o programa tem que desenvolver, não focava esta parte de supervisão. Era mais as ações desenvolvidas pelo programa, também não. (E9)

Tive sim. Eu tive matéria, no sétimo e oitavo período a gente teve a matéria de administração né, mas, foi mais administração hospitalar. Mas, tudo tem falando sobre supervisão, sobre capacitação, essas coisas né, liderança, é isso.(E13)

Nossa...agora para lembrar....acredito que sim, mas não estou muito bem lembrada pra falar. Tive em tal momento, em tal período... acredito que quando teve a disciplina de administração de enfermagem I e II, falou-se em supervisão. (E6)

5.2 Dia a dia da supervisão

A segunda categoria temática aborda a prática de supervisão realizada pelos enfermeiros da ESF ao ACS.

O trabalho das enfermeiras acompanhadas pautou-se na realização de procedimentos como curativos, verificação de PA, ou seja, em procedimentos de enfermagem, já que uma das unidades encontrava-se sem trabalhador de nível médio de enfermagem no decorrer das observações. Além disso, as enfermeiras realizaram e participaram de grupos de educação em saúde e treinamento com os ACS. Ocorreram também atendimentos individuais, realizados em menor número, os quais não foram todos acompanhados pela pesquisadora.

A sobrecarga de funções gerenciais foi claramente percebida. Há significativa demanda de documentos e relatórios nas unidades. Os impressos exigem certo tempo de preenchimento e são resultados das orientações de programas do Ministério da Saúde que devem ser alimentados periodicamente da Regional de Saúde vinculado à consolidação da produção e do Conselho Regional de Enfermagem, com registros da produção e condutas dos profissionais de enfermagem.

Ao acompanhar a rotina das equipes, os encontros planejados entre enfermeiras e ACS se deram de forma esporádica. No decorrer das duas semanas de observação, foi possível acompanhar uma reunião de equipe (na qual estiveram presentes somente enfermeira e alguns dos ACS da equipe), uma atividade de educação e dois grupos de educação em saúde, os quais foram momentos de maior interação: enfermeiras e ACS. As observações se deram em semanas típicas de trabalho.

Dentre os achados, evidencia-se por parte das enfermeiras, a realização das ações de controle de produção, frequência no trabalho e em encontros no decorrer do dia. Alguns enfermeiros incluem a realização de treinamento, atividades de educação como exercício da supervisão.

Como que eu acompanho? Nesse nosso encontro pela manhã, que a gente fala sobre os pacientes que eles visitaram “Ah, (nome da enfermeira), sabe aquela gestante, inclusive eu queria que você fizesse isso pra mim!” Entendeu? Então, a gente acompanha dessa forma né com essas reuniões mesmo, pela manhã, nesse encontro pela manhã. (...) Mas, se bem que elas têm uma produção, elas têm que ter oito visitas por dia e eu acompanho essas visitas a tarde, elas vão lá para eu assinar, eu dou visto embaixo, conto todo dia “uma, duas, três, quatro, cinco, seis, sete, oito” e dou meu vistinho né. Acontece as vezes de

uma ficar devendo “ah, não deu para mim fazer visita hoje porque teve isso”, aí eu peço “então você repõe essa visita por favor para mim amanhã!”, “Não (nome da enfermeira), pode deixar que eu reponho para você” então, a gente tenta controlar desse jeito também. Até porque isso é um papel que a gente manda também para secretaria, para a coordenação. (E14)

E ainda tem esta parte das meninas, né, das agentes comunitárias de saúde. Que sempre eu tô com elas, eu passo as visitas delas no período da tarde, todos os dias. Então o elo entre eu e elas é muito bom. E elas me ajudam também aqui na unidade. Quando precisa. (...) Mas, supervisionar assim, (...) eu cobro a produção, no fim do mês. E visitas também, quando às vezes eu faço, porque eles falam “- Ah o agente tal”, depois a gente vem e conversa com elas. E sempre a gente esta fazendo isso. (E10)

Primeira coisa na parte da manha, das 7 às 8 os agentes estão na unidade, então sempre é um momento de discussão. Ah, passam um caso ou outro, a gente sempre comenta algum caso ou outro, tem reunião, das 7 às 8. (...) Então, além destes horários eu sempre, assim, eu deixo bem a vontade, as vezes, assim. (E18)

A prática da supervisão no contexto das entrevistas pauta-se tanto em tecnologia leves quanto nas tecnologias leve-duras e duras. Foram descritos fragmentos, encontros, reuniões e conversas, relatórios mensais e outros impressos.

Eu realizo...é...por minha demanda, mesmo, eu ligo: quero falar com a agente de saúde sobre tal assunto, preciso que ela esteja aqui, se ela estiver na área eu peço que ela venha pra cá, a gente conversa, ou então eu marco uma reunião quando eu quero abordar um assunto que é pra todas, o mesmo assunto, eu marco uma reunião. Quando elas vem assinar o ponto, eu já aproveito que elas vem, já passo um recado, já cobro as fichas, tem a entrega do relatório todo final do mês, então elas vem entregar. (E6)

E eu... a supervisão delas é feita por mim através da Ficha C, que eu tenho tudo. Eu faço diariamente a supervisão delas pela Ficha C. (E8)

Também ali, quando você esta com a enfermeira é um momento de você estar com ela, de você estar expondo seus problemas, da sua micro área, lá né, pra ela também ver se tá certo, se é deste jeito. O que que eu devo fazer. Né, e muitas vezes também ela pergunta. (ACS6)

A gente passa tudo, ela anota tudo (...) (ACS1)

Enfermeira comenta que a produção mensal é repassada em uma reunião com o ACS de forma individual. Os ACS antes da reunião

devem atualizar as fichas A e somente depois disso o relatório é aceito. Segundo a enfermeira não há uma conferência das assinaturas pois a cidade é muito pequena e a ausência do ACS causa queixa pela população, além disso elas [ACS] apresentam um caderno onde há informações da visita realizada. (OBS7)

Não, não. Assim, é aquilo que eu te falei né, a gente procura acompanhar o trabalho dele dentro das fichas e nas nossas conversas e com até mesmo com as conversas com os pacientes né. Eu acho que deveria às vezes fazer mais capacitações com eles. (E14)

Eu prefiro fazer individualmente, vem uma me entrega, eu corrijo, passo com elas, vem a outra, do que fazer aquilo de pegar o relatório de todo mundo ao mesmo tempo, eu prefiro fazer individualmente, porque eu falo com ela sobre a micro área dela, se teve alguma internação, se teve algum óbito, um nascido vivo, a gestante, é... a quantidade de visitas do mês, porque diminuiu ou eu olho se manteve, a gente olha as justificativas na Ficha D porque naquele dia não fez ou fez menos visita, então eu prefiro fazer essa, esse, conferir, essa (silêncio), esse, a produção delas do mês individualmente. (E6)

Eu acompanho as agentes de saúde, é possível as vezes fazer alguma visita, assim, então, é, as vezes gente aproveita, por exemplo, datas como a semana da amamentação, eu visito junto com elas. Pra supervisionar as vezes é necessário, e nem sempre eu tenho disponibilidade para isso. Acompanho no mapa de produção, naquele mapa de produção diário., né?[...] Elas me entregam, na data elas me entregam pra fechar. (E4)

Entre as tecnologias leves, estas se observam em reuniões do grupo focal mais discretamente e nas entrevistas conforme fragmentos abaixo.

Assim, a gente chega lá e chama a enfermeira e fala “Oh tá isso na minha área, tá acontecendo com o Fulano, como que eu tenho que agir?” e aí ela fala “Você faz isso, e qualquer coisa eu vou dar um chego lá”. (ACS3)

Porem eu neste tempo que eu estou aqui, eu tenho até observado, a necessidade de discutir isso com a equipe. O município que eu trabalho hoje é um município que oferece muito à população como você pode ver. Então esta população acabou por se tornar um tanto quanto exigente. Eu me sinto a vontade pra falar isso, pelo tempo que eu to aqui. Então acaba que esta exigência, gera bastante expectativa do usuário em relação ao agente comunitário de saúde. Até voltando ao seu questionamento, seria importante dizer que instruir melhor a população, educar a população melhor quanto ao trabalho do ACS, também acabaria por ser uma atividade de supervisão. A gente precisava disso, muitas vezes o usuário acha que o ACS tem que estar ali acompanhando o hipertenso diariamente. Que ele deve aferir a pa,

ou glicemia capilar diariamente. Ou até mesmo fazer um curativo, eu já ouvi isso. Muitas pessoas elas tem esta ideia. (E16)

Ao final da atividade realizada pelo acadêmico de enfermagem sobre a semana da amamentação, a enfermeira conversa com as ACS, retoma situações e momentos sobre o trabalho, a importância do vínculo delas com a população. Algumas ACS apresentam relatos sobre sua experiência frente ao tema e os ganhos obtidos. (OBS8)

No decorrer da observação, as ações de supervisão apresentadas pelas enfermeiras nas entrevistas, como a comunicação, conversas e encontros entre os atores foram pouco percebidas evidenciando em grande parte dos momentos acompanhados, o caráter controlador do trabalho realizado.

Ao chegarmos a porta da unidade a ACS me agradece por ter participado das visitas com ela. Que gostou muito e que se eu puder voltar ela quer minha presença novamente. A enfermeira ao nos ver conversando em frente a unidade se aproxima : “- Ai Juliana pensei que você não viesse para o almoço, gostou mesmo da zona rural hein? (Risos)”. Eu a cumprimento e respondo que foi positiva a ida à zona rural. A ACS fala para a enfermeira: “- (nome) eu não vou bater ponto hoje porque só vou almoçar e vou voltar para as visitas. Só vim almoçar na cidade para trazer a Juliana”. Ela responde: “- Tá bom. Tudo bem”. Ela me chama para entrar na unidade e me contar como foi e em nenhum momento perguntou sobre usuários, andamento das visitas, ou algo acerca do acompanhamento. Isso me preocupou e me angustiou pois nem a ACS nem a enfermeira conversaram sobre as visitas domiciliares. Penso que seria importante à enfermeira perguntar sobre os usuários, sobre as visitas domiciliares, ou mesmo que a ACS apresentasse os casos visitados, os hipertensos com alterações, o paciente em pós-operatório, o caso da adolescente obesa, mas a conversa não teve continuidade. (OBS4)

Por volta das 11h uma ACS entra na unidade, com andar arrastado e face cansada. Ela assina o ponto e se direciona a porta da unidade. (...) A enfermeira estava na sala de espera e vê todo o movimento, mas elas não conversam, ela estava anotando a evolução em um caderno da unidade e não fala nada para a ACS. (OBS6)

Entendemos que as enfermeiras verbalizam ações de supervisão que não foram percebidas no momento da observação em campo. Tais aspectos não evidenciados podem ser justificados pelo tempo de permanência em cada ESF e pela dificuldade destas trabalhadoras serem observados, principalmente pelo enfermeira, pois se sentiram também supervisionados por uma pessoa externa às rotinas de trabalho.

Foi possível acompanhar como se dava a comunicação dos integrantes da equipe em que prevaleceu a comunicação escrita e impessoal.

Uma ACS (nome) chega a unidade e bate o ponto. Ela começa a rir ao ler uma convocação deixada pela ENF no cartão de ponto. – “como que deixa convocação sem data assim? Eu vim hoje cedo e não tinha nada”. A recepcionista fala: “- Foi a (nome da enfermeira) que deixou pra vocês, é pra amanhã”. A ACS: - “ Mas como que eu faço para avisar assim de um dia para o outro?” Ela ri novamente e muda de assunto. (OBS7)

A enfermeira recebe uma ligação da secretaria de saúde convidando os profissionais da unidade para comemorar o aniversário da gestora. Ela faz um comunicado, imprime e coloca na parede. No momento em que vai prega-lo, ela retira o cronograma das atividades de observação de minha coleta de dados (...). Retira também o comunicado da reunião com ACS sobre reorganização da área adscrita. (OBS3)

Durante uma das reuniões de educação em saúde acompanhadas na coleta de dados, houve momento em que a atuação como supervisora pautou-se na disciplina e coerção do ator supervisionado, conforme fragmento a seguir.

A enfermeira fica observando a ACS (nome da ACS). Que estava realizando a antropometria. Ela não estava realizando a avaliação de altura adequadamente. Percebi que ela não queria chamar a atenção delas na minha frente, e ficava olhando para as duas ACS para ver se elas percebiam a demanda da enfermeira. Como isso não aconteceu, ela retira as luvas e vai até a mesa onde estão as ACS, e fala: “- (nome da ACS), não é assim que a gente mede” (realiza nova medida ao usuário que estava em frente a fita métrica.). Ao concluir a ação ela fala “– Você entendeu?” A ACS faz um movimento com a cabeça de forma afirmativa. A enfermeira retorna a mesa e recomeça a verificação de glicemia capilar. Ela sempre olha como está sendo realizada a atividade das ACS. (OBS6)

Os ACS relatam mudanças no trabalho da enfermeira no decorrer dos anos, em relação à supervisão e a outros momentos do trabalho.

Nossa a gente às vezes não sabe as coisas mudam né. eu também, quando começou era de um tipo, hoje é de outro. É diferente. Muda. Muda muita coisa né. Hoje parece que elas tem muito serviço de elas ficarem mexendo com papel. Muito papel, muita coisa. É, então o tempo é muito pouco. (ACS3)

Já mudou demais. Hoje você vê. Quando eu comecei a trabalhar, começava a enfermeira pegava uma caixinha de isopor. E colocava a

vacina. Você saia a pé lá do posto da (nome do posto) de lá e começava lá em baixo. Né (nome da ACS) e vinha... Hoje tá certo, tá mais difícil, né evoluiu muito, de lá pra cá. Porque hoje se depender, se não tiver carro não vai.(ACS6)

Eu tentei pra (nome da enfermeira) tudo oque eu preciso dela, ela nunca negou. Nunca, ela pode num dia falar assim, “oh, poderia ser amanhã ou depois?” eu falo, pode. Então assim, negar elas podem assim fazer o serviço assim. Eu acho que deveria andar mais com a gente. Você entendeu, pra saber e cuidar bem direitinho da...das...da...das micro áreas. Mas assim. As vezes que eu chamo. Ela vai. (ACS1)

Ao final do segundo encontro do grupo focal, as ACS foram questionadas sobre quais deveriam ser as atividades de supervisão desenvolvidas pelas enfermeiras. Dentre os relatos, houve forte desejo de participação das enfermeiras e equipe nas micro áreas de atuação dos ACS.

Sair um pouco, na minha opinião né, sair um pouco mais da unidade e fazer mais lá fora. Nas comunidades.(ACS1)

Para uma ACS deveria acontecer trabalho em equipe na atuação dos integrantes da ESF, no qual todos participassem conjuntamente das ações realizadas dentro da comunidade.

Eu acho assim Juliana, se é equipe, teria que sair então, médico, enfermeiro, dentista, auxiliar, tudo! “Hoje nos vamos fazer né, vamos fazer 10 visitas hoje.” Ai, tudo bem, mais eu acho que o enfermeiro pra trabalhar em equipe, eu acho pouco. Porque a gente sabe que lá, é muito burocrático. Né. E ela também tem a parte que é dela, o curativo, o preventivo, né, que é atividade dela. Então que mais que é. Eu acho, então, pra ela poder sair, ela tinha que né. (ACS6)

E, é muito bom assim a presença de uma enfermeira junto com a gente. Porque assim, pra nos a gente não se sente sozinho. E pra eles também, ai ele sente, “não a (nome da ACS) não esta sozinha, ela tem uma equipe que trabalha com ela”. Então foi muito bom. (ACS2)

Enfermeiras e ACS apresentaram semelhantes ideias sobre o trabalho em equipe e a dificuldade em realizá-lo no cotidiano de trabalho. O modelo de reuniões de equipe com periodicidade e participação de seus integrantes não foi verbalizado em grande parte das entrevistas; nas observações, a reunião de equipe acompanhada deu-se com participação da enfermeira e ACS.

Outro ponto a receber destaque foi a forma como aconteceram as reuniões da equipe. Os relatos abaixo destacam a participação desses integrantes, periodicidade da reuniões e mecanismo de registro das mesmas.

Infelizmente na reunião semanal não são todos que participam Mas na mensal sim. A gente sempre tenta participar para que todos os profissionais participem. [...] Todos participam. Mas sempre tem um que se destaca mais, sempre tem um que tem mais problemas pra relatar, tem uns que às vezes os problemas deles são interessantes, e acaba ajudando pra melhorar um ou outro problema, outras vezes não. Fazem meio que atrapalhar um pouco, mas, isso é normal e a gente vai lidando com isso. [...] O médico estava tentando participar mas não esta participando de todos. (E7)

A maioria é só os agentes comunitários. Às vezes o secretário quer dar uma palavrinha com elas, ai o secretário comparece, né? Eu procuro sempre manter uma técnica de enfermagem junto, principalmente a técnica do PSF, para estar abordando aquele assunto ali para ela estar mais por dentro. (E3)

E depois tem o dia de reunião com o grupo. As vezes, pode faltar um, dois, no máximo, mas geralmente os agentes participam.[...] Bom, eu tenho pontuado que tem que melhorar, alguma coisa pontuada que eu coloco pra resolver e discutir na reunião. Mas as sugestões e casos que forem surgindo a gente resolve tudo nesta reunião. [...] Bom, esta reunião, eu acho assim, até a gente estava discutindo, agora no plano municipal de saúde. A gente precisa melhorar a participação de todos os membros da equipe. Porque geralmente na reunião é, eu, enfermeira e os agentes comunitários de saúde. Porque na maioria das vezes o médico tá ocupado, com a agenda cheia de consultas todos os dias, o nutricionista não é o dia que ele está trabalhando, a odontóloga, ela esta também com a agenda cheia no consultório e não participa. A gente precisa melhorar essa questão, de todos os membros da equipe estarem presentes para gente pontuar os problemas que a gente tem, e tentar pensar em sugestões pra melhorar né o nosso trabalho. (E9)

Mas mesmo dentro destas dificuldades a gente tenta fazer a reunião semanal. Toda quarta feira. A gente tem e é colocado que a reunião é para participar né, não é só pra um falar né. Todos falam, então, o que foi bom, o que não foi, o que precisa melhorar, o que precisa mudar, o que a gente precisa é manter, o que não está legal. Então isso é discutido e cada um tem sua fala. E a gente faz dinâmica também. Pra interação. (E17)

todas as atividades, todas as reuniões, estão em ata. Reunião eu faço, até mais de duas vezes no mês. Reunião eu faço demais.[...] Ultimamente, a equipe de saúde bucal está meio difícil (fala sussurrada) pra reunir com eles. [...] Ai vem todos, a regulação, a

(nome), a secretária, que ela participa muito, amanhã mesmo eu vou ter uma reunião com a médica. [...] Aham, com todos. (E8)

Existe mas é mais esporádico. Não é como a, a reunião do agente de saúde com o coordenador. Que esta acontece toda semana dos outros profissionais a gente precisa comunicar para participar, porque eles tem outros afazeres e é mais difícil (E2)

O exercício da supervisão também é entendido como realização de treinamentos periódicos denominados pelas enfermeiras como educação permanente e continuada.

É formado um semicírculo. A enfermeira fica no meio do mesmo. [...] O objetivo da reunião é compreender as ações propostas na semana da amamentação do município, discutir sobre o tema e observar o conhecimento dos ACS sobre a mesma. O grupo é bastante comunicativo, estão presentes, enfermeira, ACS das duas equipes e o acadêmico de enfermagem que é o responsável pela atividade. [...] em um momento um ACS começa a falar muito e com tom diferente. Ela comenta sobre a visita domiciliar e a forma como são realizadas. Um comentário sobre a atuação da ACS em visitas domiciliares á gestantes e puérperas é realizado pela ACS. Uma colega sentada ao lado dá continuidade ao assunto e uma conversa paralela se inicia com posicionamento apostado as discussões em andamento. A enfermeira intervém rapidamente: “Sem brigas (nome da ACS)”. Ela se cala. [...] São repassados três vídeos com cenas de parto na água. ACS ficam muito satisfeitas por verem os vídeos, elas falam que nunca tinham assistido um parto na água, fazem muitas perguntas, e comentam no decorrer de todos os vídeos. [...] Ela percebe que os ACS não assinaram a lista de presença e corre na recepção para encontrá-los.(OBS8)

Conseguimos. Toda quarta feira a gente tem reunião às 4 da tarde. Então a parte da tarde fica todo mundo na unidade, o ideal seria meio período, pra gente discutir casos, é, atualizar né. Mas é muito difícil isso, porque como eu te falei, a população é muito grande e se eu tirar um dia, um período de consulta aquilo vai me acarretar outros problemas. (E17)

Ah tem um caso e eles chegam aqui assim. “– Ah (nome da enfermeira) vou te passar um caso”, aí vem a gente se fala, não necessariamente tem que ser de manha ou no final da tarde, fora as reuniões que eu faço com eles também. Que é educação continuada (E18)

[...] Nos fazemos muitos estudos de caso. Eles levam pra gente. Principalmente quando está o médico. Pra mim também. Muita discussão de caso também. (E8)

É, eu marquei 2 reuniões, uma em (pausa) não é reunião eu coloquei capacitação com eles aí uma eu coloquei com o teste da mamãe e falta outra que ainda não defini o tema, mas, até o final do ano eu marquei essas duas com eles. Eles são assim, bem entendidos, vacina eles olham no cartão de vacina, eles são bons. Então assim, eu já peguei bem, sabe, não precisou dedicar muito. Igual eu te falei, elas são boas (E13)

Geralmente nos fazemos reuniões, rodas de conversa, é, este tipo de trabalho. Se resume mais a isso. Na reunião pra discutir problemas das micro áreas eu não deixo de estar porque eu penso que isso também é supervisão, também é educação permanente.[...] a gente não tem uma programação pré-estabelecida de reuniões de educação permanente. Isso a gente não tem. Mas é de acordo com a demanda e isso tem acontecido mais ou menos de dois em dois meses [...]Um problema que eu via, por exemplo nas próprias reuniões de educação permanente e capacitações é, eu percebia a...que eles evadiam. Hum. Em algum momento já não havia mais ninguém na sala. Eles iam saindo. Eles iam falar ao telefone, e...e... eu ficava sem entender né. Então eu acho assim, que eles num, num, entendiam muito bem a importância daquilo e eu também pude perceber a importância daquilo, daquele modelo de, de educação permanente não era o mais indicado. Então foi aí que a gente criou as rodas de conversa, né, a gente tirou aquela questão de *power point* na parede, de data show, e a gente ia (pausa). Implantava uma nova vacina a gente senta todo mundo e a gente faz exercício, e a gente da cartão de vacina pra interpretar, e sem, sem aquela coisa maçante de né. A gente, a estratégia que eu, que eu vi que foi exitosa foi essa de mudar a maneira de conduzir essas ações de educação permanente na equipe. Porque por parte deles eu achava que não tava sendo muito bem aproveitado.[...] Na reunião pra discutir problemas das micro áreas eu não deixo de estar porque eu penso que isso também é supervisão, também é educação permanente (E16)

E aí eu não sei por onde começar, e aí eu fico, eu mesma com aquela cobrança de estar mais com as agentes de saúde, desenvolver educação continuada, essas coisas que ate eu gosto muito, mas não tem tanta disponibilidade.(E4)

Sobre a realização da atividade de avaliação do trabalho do ACS nas micro áreas, estas se posicionam de formas diferentes sobre a possível ação de supervisão. No momento em que o assunto emergiu na reunião, os ACS conversaram sobre a situação vivenciada pela colega. Após a descrição dos eventos ocorridos houve uma divisão de opiniões sobre o assunto.

Ahm, é supervisão que ela fez. Só que ela quis, ela achou porque ela ia sair muito bem. (ACS3)

Eu não concordo com a sua ideia não (...). Eu acho que foi marcação dela com você. (ACS10)

Foi supervisão sim! Eu fui supervisionada. (ACS3)

No decorrer da coleta de dados, foi possível encontrar momentos em que o trabalhador realiza suas atividades exercendo seu autogoverno.

(...) abordagem realizada por ela é diferente das ACS que já foram acompanhadas. Por serem famílias que não utilizam o atendimento na unidade de saúde, ela acaba abordando outros pontos na visita domiciliar. (OBS7)

vocês sabem dos horários dos médicos direitinho. Eu até vou falar isso pra enfermeira, que é responsável. A criança tá queimando de febre, você liga no hospital, você tem que ter o que credito no seu celular pra você ajudar. No hospital “- Fulano de tal tá com tantos pacientes e não pode atender. É só com autorização dele”. (silêncio) É uma vida. É um bebezinho de um ano. Tá. Liguei no outro. Ela tinha ligado e falado com o medico num ia atender. Porque ele não ia vim. Eu falei, “- Você pode descer mais cedo que ele vai vir sim”. Liguei “-Ah veio mas vai chegar tarde demais”. Eu falei não interessa a menina tá precisando. Eu falei “- você arruma e desce”. [...] Oh, porque que eu não posso falar que o medico vai vir sim? Né? Só que tem que ter paciência de esperar. Como se diz, eu vou falar que uma hora ela desiste, ah tenha dó. (ACS6)

Ao final do segundo encontro de grupo focal, as ACS verbalizaram uma necessidade frente à realização de seu trabalho e vinculada ao tema da supervisão. Solicitaram suporte das enfermeiras em relação aos temas a serem trabalhados nas visitas domiciliares para modificação das orientações que vêm sendo repassadas há diversos anos.

Juliana, eu queria falar antes de terminar, é o seguinte, assim, seria preciso um apoio das enfermeiras e fazer um projeto, pra nos nas visitas. Entendeu, porque vai fazer oito anos que eu tô visitando. Então sempre é as mesmas coisas que a gente tem que falar, né. Eu queria assim que elas pensassem, e trouxessem coisas novas pra gente poder passar pra comunidade. Pra gente ampliar aquilo que a gente tem que falar. (ACS5)

Ampliar o vocabulário, risos. (ACS9)

Mas eu só penso assim e na zona rural, na minha área...o papel aceita de tudo, eu posso colocar qualquer coisa lá e nem ir fazer as visitas, ela vai saber? Ela nem vai lá. Quanto tempo tem que eu já trabalho e praticamente, não tem. Vamos ver se agora vai ter né? (ACS10)

Pergunto se alguma vez as enfermeiras realizaram visitas com ela. E ela comenta que somente quando é VD com médico, mas nunca (as duas atuais enfermeiras) as acompanharam. Que enfermeiras anteriores sempre iam com ela, que isso facilita as orientações, dá mais força ao trabalho delas. Pergunto sobre o trabalho em equipe e ela fala que todos trabalham juntos mas que a divisão das áreas não será algo fácil, - Eles que aguentem as reclamações, já que já vivem brigando, aguentem agora. Pergunto porque mas ela esquiva a resposta. (OBS9)

O médico se despede e sai para o almoço. Fico na unidade e a enfermeira comenta alguns pontos das visitas domiciliares. Fala que já teve dificuldade de agendar as visitas domiciliares com o médico, pois algumas ACS não tinham demanda deste atendimento na unidade. Ela comenta que depois que uma das ACS recebeu uma advertência formal junto com SMS e advogada, todas elas estão mais pontuais com suas atividades. Que isso foi positivo para as ações como um todo. (OBS3)

Nas entrevistas, as enfermeiras justificaram as dificuldades na supervisão pela falta de tempo e sobrecarga de atividades gerenciais.

eu acho que supervisionar mais. Eu acho que eu poderia fazer mais visita, mas, às vezes o tempo não dá. É fazer mais essas educação em saúde e fazer mais visitas com eles ne. Fazer mais visitas domiciliares. (E14)

Ai, foi ótimo. Foi muito bom. Se eu tivesse assim, tempo, pra eu fazer de todos, porque demanda tempo. Eu levei, quer ver, nossas, muitos dias fazendo. E eu não consegui fazer todas não. Não consegui fechar também. Este trabalho. Comecei e parei pela metade. Mas foi muito bom. Você vai na casa, as pessoas gostam disso. Eles falam mesmo, ela faz um bom trabalho, ela chega aqui de uniforme, mas tem dia que ela chega sem, fala. Falam tudo (E8)

5.3 Interjogo no trabalho da supervisão

Nesta categoria, apresentamos as situações de “escapes” e de situações não explícitas mas que compõem um interjogo entre visibilidade e invisibilidade, entre controle e saída desse controle, produzido nas reações entre enfermeiras e ACS.

Estamos considerando como “escapes”, uma certa forma de fugir do controle, de ser controlador e de ser controlado.

No decorrer da coleta de dados, foi possível acompanhar o uso de fichas de visita utilizadas pelos ACS. Em tese, o preencher da ficha é um ato objetivo e necessário ao registro do trabalho, mas elas parecem ser intermediárias nas relações entre esses trabalhadores.

Nessas fichas, é realizado registro de cada visita domiciliar, que contém estrutura semelhante em grande parte dos municípios: data da visita, assunto discutido e assinatura do usuário. Ao final da visita domiciliar, é solicitado que um morador (membro da família) assine assinatura como controle do ACS e equipe.

A gente ainda está melhorando, sabe, mas assim toda a casa onde o agente vai visitar eles pedem pra pessoa assinar. Certo?(E5)

A gente tem uma ficha de controle que os agentes preenchem e levam pras pessoas assinarem. (E3)

As ACS quando questionados acerca do impresso, perceberam-no de forma diferente:

Eu não acho, mas não tem outro jeito. (ACS2)

Eu não acho não (ACS1)

A ACS solicita que o usuário assine o impresso de registro de visita domiciliar, a usuária assina e a visita é encerrada. Quando retornamos à rua, a ACS refere-se cansada com a quantidade de impressos e com a rotina de preenchimento dos mesmos, e com a necessidade de comprovação do trabalho realizado. (OBS2)

Foram observadas situações em que a ACS encontrava o usuário e ocorria a solicitação, seja por parte dos usuários ou dos ACS, que o mesmo assinasse sem ter realizado a visita domiciliar.

Tal aspecto foi abordado no grupo focal e, durante esta discussão, duas ACS apresentaram falas diferentes das outras colegas; para elas, a conduta demonstra falta de interesse com o trabalho por elas desenvolvido:

Eu acho que não, porque eu posso cercar ele lá na estrada e falar, “assina aqui oh”, e eu não vou lá e não faço a visita. (ACS5)

Eles tá valorizando uma assinatura. E agora eu passei a fazer isso. Eu tô no ponto de ônibus, e ele tá no ponto de ônibus, e eu tô passando, e ele fala “Hoje é na minha rua?”, “É”, “Então me deixa assinar aqui e, tal e tal”. Eu faço lá as perguntinhas básicas, as que eu sempre faço, teve internação, teve isso, teve aquilo, teve alguém que teve isso? Então tudo bem, assina aqui. (ACS3)

E quando muitos viram pra você e falam assim “Deixa eu assinar o seu papel aí” muitas vezes eu corto. Eu falo não, eu não fiz a sua visita (pausa). Eu vou na sua casa, fazer sua visita. (...) Mas eles tá desvalorizando demais. (ACS6)

Tem uma mulher deste jeito na minha área, ela vai trabalhar, e ela fala. E eu acho que é até cinismo, eu acho uma coisas destas. E não valorizar o trabalho da gente. Eu fico com raiva quando ela faz isso comigo. “ai pera aí, deixa eu assinar isso pra você , porque eu preciso ir” ah, vai ser (pausa) Ah, vai ser, isso é não dar valor naquilo que a gente faz. (ACS1)

Tais relatos apresentam estratégias dos ACS e da comunidade para um escape das atividades desenvolvidas e cobradas como sendo a essência do trabalho do ACS. Essas em tese são validadas, comprovadas pela assinatura do usuário que serão arquivadas na unidade.

Mas se for uma reclamação, tá lá a assinatura, que você teve contato com aquele indivíduo. (ACS5)

As enfermeiras referiram que o impresso é arquivado, e apresentaram condutas diferentes diante desse instrumento de controle:

(...) que é uma ficha de visita domiciliar que ele vai até a residência, escreve a data, oque ele realizou naquela casa e a, o paciente da casa visitada assina dando ciência que ele visitou. Então esta ficha semanal de visita toda semana eles me entregam que é um documento que eu arquivo pra comprovar a visita dele, tanto como segurança para ele, no caso de um questionamento, como para mim saber oque que tá acontecendo. (E2)

Segundo a enfermeira não há uma conferencia das assinaturas, pois a cidade é muito pequena e a ausência do ACS causa queixa pela população, além disso elas apresentam um caderno onde há informações da visita realizada. (OBS7)

Por exemplo, se eu constatar né...assim, talvez eu não possa é afirmar, ter certeza, mas que uma agente esta falsificando assinatura de uma pessoa que ela visita, eu não sei, não fica claro pra mim, não é definido aqui pra mim, pra nos, não sei se em outros lugares é, de que ações eu poderia tomar, entendeu? (E4)

Os encontros entre os dois atores pautaram-se em solicitações; alguns comunicados frente a demandas da comunidade e gestão, e “escapes” claramente percebidos nesta atividade; evidenciando em grande parte dos momentos uma relação de assimetria e hierarquia.

ACS entra na sala e solicita à enfermeira impresso utilizado em seu cotidiano de trabalho. Tal impresso é usado para comunicar as famílias sobre a tentativa de visitar a família por parte dos ACS quando os usuários não se encontram no domicílio. A ACS está com uma folha na mão e a alerta que tais impressos estão acabando. A enfermeira pega a folha e me mostra, descrevendo as informações que devem ser preenchidas pelas trabalhadoras. A ACS fica aguardando o término de nossa conversa. A enfermeira esclarece que os ACS são orientados a retornar nas casas onde em uma primeira tentativa não foram encontrados usuários. No momento da segunda tentativa, se não houver êxito na realização da visita domiciliar o impresso deve ser deixado em local que o usuário possa encontrá-lo. A ACS nos interrompe, pede que a enfermeira deixe-o separado para que o retire no final da semana. (OBS7)

Durante as observações, acompanhei alguns ACS em visitas domiciliares e em diálogo com essas, foi possível observar algumas condutas que podem ser caracterizadas como um “escape” do controle do trabalho realizado.

Durante o período que fiquei junto com a ACS pulou algumas casas [...] Ela me avisa que não irá tocar campainha pois viu os moradores saindo rumo a (nome da cidade). Então ela deixa o recado sobre a tentativa de VD. (...) Ao sairmos de uma visita domiciliar a usuária nos chama: “- Vocês não vão visitar a Fulana não? Ela esta em casa”. E a ACS: “- Ah, ela tá hoje, porque eu as vezes não encontro ela”. E a usuária: “- Não, hoje ela esta sim, pode bater aí”. A ACS vira e comenta baixinho. “- Eu não gosto de visitar esta casa, a mulher deixa a casa toda fechada, eu fico sufocada! Você vai ver”. Ela bate na porta da casa e a usuária a atende. (OBS10)

Mas aí eu faço assim, conforme for a casa, faz de conta, deu dez horas, dez e (pausa). Aí eu começo, a ir naquelas casas onde as pessoas. Já pulo aquela, que eu sei que se chegar ali...(ACS3)

Neste momento a ACS me chama: “- Juliana, você vai retornar ao posto né? Vou ficar aqui já na minha micro área e você pode voltar ao posto com eles? A Fulana, Beltrana e o Beltrano retornam ali da quadra, aí você sobe com a D. Ciclana à unidade de saúde. Porque aí eu aproveito que já estou na micro área e já começo minhas visitas. Fica mais fácil para mim”, senti que estava me dispensando (Ela sorri e fica aguardando minha resposta). (OBS8)

Mas na zona rural a gente não retorna não, a gente deixa um bilhetinho que a gente passou e volta no mês que vem (ACS5)

Estranhei conduta da ACS pois ela não anota o nome do indivíduo e a data na ficha de visita (controle das ACS). Os usuários assinavam a

folha em branco. Não entendi bem a prática mas quando a questionei no decorrer de uma visita domiciliar ela esquivou a resposta. (OBS10)

Eu acho assim, que cidade maior, porque aqui a gente até que é, não é, se gabando não, mas a gente é bem interessada. Agora em cidades maiores igual a que você vai trabalhar. (pausa) Aí você tem que ser bem insistente com os seus agentes porque a gente já tem a fama de ser, de não trabalhar (...) Eu acho assim, cidade fora, eles [ACS] não realizam mesmo não. A enfermeira tem que ser bem (pausa) (ACS1)

Principalmente se você tiver no ônibus, e eles[usuário] te veem, eles falam nossa você tá aqui hoje, não tá trabalhando não? Risos (ACS7)

Se você pegar aquele ônibus que vai pra (nome da cidade) e te ver dentro do coletivo, eles [usuário] falam “- Você tá de folga hoje?” Risos. “- Você tá de férias?” Risos. Deste jeito. (ACS4)

Há, também, por parte da enfermeira, um escape desse contato com o ACS, como ilustra a observação:

A ACS solicitou que retornássemos à unidade para conversar com a enfermeira sobre o caso. Ao chegarmos na unidade, a enfermeira resolvia pendências com o pedido de materiais pelo telefone. A ACS fala que vai tomar café. Na sala de espera, além da enfermeira, vejo a recepcionista fazendo pacotes de gases para autoclavagem e a seguir ela corta papel para o processamento. A ACS passa várias vezes pela enfermeira e elas não mantem nenhum tipo de diálogo. Penso que elas deveriam ter dialogado sobre esta situação, já que a ACS parou mais cedo suas visitas comigo para repassar o recado sobre o medicamento do usuário. (OBS7)

No momento em que retornamos à unidade, a ACS solicita que eu comunique à enfermeira a demanda recebida da usuária no decorrer da visita domiciliar. Eu questiono a trabalhadora o motivo de tal solicitação, ela responde que seria uma forma da enfermeira se preocupar mais com a demanda, pois ela [enfermeira] pode não perceber a angústia que a usuária está vivendo. [...] Quando chegamos a unidade ela comenta que elas não se falam direito [ACS e enfermeira] por uma série de motivos (fala sussurrada). Encerra o assunto dizendo que isso não atrapalha a realização do trabalho. [...] Ao chegarmos na unidade a ACS assina o ponto do período e retorna para casa, deixando claro que o repasse da solicitação da demanda da usuária não será repassado por ela. (OBS5)

Nas entrevistas foi possível observar algumas queixas das enfermeiras sobre estas e outras condutas realizadas por ACS:

(...) então no momento eu tenho uma agente que esta morando em (nome do município). Então, ela vem e você vê, as vezes a gente enrola aqui e não tem tempo de....tem tardes que ela não passa aqui. Eu creio que ela fica só o período da manha. E vai embora. Então assim. E esta é a que dá mais trabalho pra gente. (E10)

Percebe-se ainda que os enfermeiros “deixam de lado” algumas exigências que poderiam fazer frente ao trabalho das ACS. Este posicionamento foi evidenciado em entrevistas uma vez que desejam evitar conflitos no trabalho da equipe:

Eu tenho um problema sério na minha, no meu trabalho. É um problema com agente de saúde que é um profissional que não trabalha, conforme tem que ser. Então os colegas, todos fazem e um não faz. Ele é um problema, ele é um atrito. Mas assim o conflito acaba que não acontece porque eu sempre levo (pausa). Cada um tem que fazer seu trabalho e se você for pensar naquele que não se envolve ou que você vai pensar naquilo que um faz e eu não vou fazer, ninguém vai desenvolver. (E2)

Então assim, o que eu falei pra ela, a enfermeira, eu falei “- Olha, eu assim, o que eu peço elas pra fazer, elas me atendem de (pausa)”. Mas agora o que elas deixam de fazer, que geralmente eu relevo algumas coisas, sabe. Eu não vou ficar batendo de frente com agente comunitário de saúde não. Porque eu sei que a realidade em todo município é, tem sempre um certo probleminha com agentes comunitários de saúde. (E10)

Provavelmente, as situações de “escape” ocorrem quando há discordâncias sobre a forma de desenvolver o trabalho e sobre as formas controlá-lo.

Alguns trabalhadores demonstraram posicionamento contrário ao controle realizado pelos enfermeiros das unidades. Durante as observações, diferentes momentos foi possível observar condutas frente ao trabalho e ao comportamento desses:

Seguimos para a próxima visita, ela fala da dificuldade do ponto e de como ele atrapalha seu trabalho (...) o ponto não ajuda a controlar, pois ela pode – “bater o ponto e ir para casa, já fiz isso muitas vezes, visito todo mundo do dia num período e posso descansar no outro.” Para ela o ponto 4 vezes por dia é exigência desnecessária. Que muitas vezes, as ACS saem, vão para o município vizinho e no final do período retornam para bater o ponto. (...) Conversamos por muito tempo sobre o ponto e o controle das atividades, e para ela o ponto não se justifica para comprovar ou obrigar a fazer a produção. (OBS9)

Um tempo depois da saída da enfermeira a recepcionista me fala. “– Nossa Juliana a (nome da enfermeira) fica me chamando atenção por eu ficar falando demais. Eu já falei para ela que falo o que eu quiser, desde que eu fiz magistério eu sou assim. Não devo nada pra ninguém”. (OBS5)

Mas eu acho assim, você trabalha se você quiser, ou se, se, se, você tem que gostar. Porque você já está naquilo ali, ou senão você sai, porque se você está na chuva, tem que molhar. (ACS1)

(...) percebe que algumas ACS não trabalham como deveriam, mas que ela não consegue entrar no jogo delas, que já até tentou mas que se sente responsável por não acompanhar adequadamente os usuários. Pergunto a ela [ACS] o que seria o “jogo” que ela fez referencia, ela sorri e me fala: “ Algumas colegas saem em visita em uma rua, pulam algumas casas e falam que as pessoas não estavam, a enfermeira não sabe né, ai passam os dias e elas não retornam nas casas não visitadas...não acho certo isso. Sempre que não visito alguém eu volto, esse é o meu trabalho!”. (OBS7)

Em alguns momentos percebi que a recepcionista se expressa em situações como, ao perceber um trabalhador de nível universitário chegando na unidade às 9:30h ela diz: “-Boa tarde (nome do trabalhador)...!”(OBS5)

Foi declarado pelos enfermeiros que, em alguns momentos, trabalhar com o ACS e até com outros integrantes da equipe podem resultar em situações de conflito.

Esse aspecto também pode favorecer esses “escapes” enquanto um processo para evitar o conflito e a dificuldade nas relações de trabalho:

Já....já. E foi péssimo, porque quando eu entrei no lugar da outra enfermeira, como elas estavam acostumada com esta outra enfermeira que também teve problemas no inicio dela, [...]. Quando eu entrei, eu entrei fazendo algumas mudanças, revendo algumas coisas, impondo outras que elas não faziam, corrigindo tipo, relatórios, a forma de fazer, né, cobrando o básico delas, que a outra enfermeira tentou cobrar, acredito que não conseguiu e não quis cobrar mais e eu voltei cobrando. Então elas começaram assim, a (pausa) eu descobri que pelas minhas costas elas tentaram me tirar daqui e teve ajuda de um outro profissional da equipe que também não foi muito com meu jeito (E6)

Teve uma com agente de saúde, que ela... até hoje a gente tem uma relação mais, tipo assim...é eu aqui e ela lá. (E12)

relacionado aos agentes? Ou a equipe..? Risos...Nossa! Com a doutora eu nunca tive, a nossa parceria é muito boa. É mais a questão dos funcionários de emprego politico. (E15)

A fala transcrita abaixo aborda ainda outro ponto presente na coleta de dados: a influência político partidária no cotidiano do trabalho da ESF. Os relatos que seguem apresentam o impacto do mesmo para alguns trabalhadores. Essa questão perpassa a supervisão dos enfermeiros aos ACS.

É Brasil...né, Juliana. Isso ai eu acho que a gente tem que trabalhar independente disso. Não adianta. Porque isso não muda nunca. Você tem que fazer o seu serviço do jeito que pode, não é... e não tem que pensar em autoridade. Porque não adianta. Eles aqui quanto mais a gente pede mais eles “sungam”. (...) porque a gente não tem suporte. Lá de cima sabe. O poder publico não, eles não são interessados. Eu já pedi uma vez (...) ai ela disse que ia arrumar, arrumar, arrumar e nunca. (...) É porque o poder publico é assim oh, teve uma agente aqui que ele trabalhou lá na minha área, teve também é (pausa). Até enfermeira naquele núcleo, ou de algum postinho ai que ela ficou pedindo coisa demais e essa agente de saúde ela, quis carregar os pacientes nas costas e, que, e ela ficou pedindo coisa demais, toda hora ela pedia ambulância, toda hora é medico, toda hora é (pausa). Aí o de cima, que é o secretário, manda você até embora. Se você pegar e pedir demais (pausa). (ACS1)

E assim, oque dificulta também, é que por causa de politica né. Então você... Esta enfermeira que entrou: “- ah que o agente de saúde tem que trabalhar, porque tem que fazer isso, tem que fazer aquilo.” E chegou assim, quente né, a gente vai em reunião com o secretário e o secretário não fala nada. Ou as vezes ela já foi lá, e repassou isso para o secretário.(E10)

Percebe-se que as ações de supervisão desenvolvidas recebem influência por parte da gestão de saúde local que, possivelmente, resulta em certa disputa entre o poder técnico e o poder político dos gestores pautados nas decisões político partidárias. Enfermeiros e ACS apresentam relatos sobre dificuldades na atuação quando há envolvimento político partidário:

É mais especificamente aos profissionais que são vinculados a unidade né, então assim, de forma meio que indireta mas como uma certa cobrança por parte da gestora então nos fazemos este tipo de supervisão e esta avaliação é a partir de alguns problemas levantados e é levada para a gestora e cabe a ela tomar as decisões que julgar necessárias. (E1)

Eu venho observando nestes cinco anos, eu não sei nem se eticamente, eu venho, porque a supervisão (pausa) a gestão passada, eu tive um problema sério, aqui na gestão passada, porque era parente, e acobertava um pouco. Posso falar assim?(E5)

Dificulta. Porque a gente não tem suporte suficiente né, pra poder trabalhar, falta muita coisa, e também tem o supervisor que é assim, cheio de boa vontade que não pensa em política e que não pensa que pode andar a pé, que pensa que só pode fazer visita de carro, que o supervisor não pode ir com o próprio carro porque vai gastar gasolina, porque é desaforo.... entendeu? Então tem supervisor que olha o lado humano e faz por conta própria, porque gosta, porque quer...e já tem outro que vem trabalhar só porque quer ganhar o dinheiro. Entendeu? Tem isso também. E de política a gente nem fala mais, porque a gente tomou foi é raiva. Da falta de vontade política. Entendeu? Porque eu acho que todo lado tem, aqui, (nome da cidade), pra todo lado (...) O prefeito disse que, ele prometeu que ia tirar este ponto das onze e da uma.(...) Mas eu acho que teve uma pessoa da saúde que aconselhou ele a não tirar. E é um supervisor. Entendeu? (ACS1)

A questão política partidária resulta em influências no cotidiano de trabalho. Uma das formas encontradas nos resultados relaciona-se ao trabalho precário encontrado entre as enfermeiras integrantes da pesquisa.

Mas é mais questão política também. E infelizmente influencia muito, assim. E aí é complicado, risos. E como a gente é contrato, e mesmo se for efetivo, sempre tem problemas, tem dificuldade.(E15)

Foram registrados pelas ACS e acompanhados nas observações nas unidades afirmações que a enfermeira deixa de realizar certas atividades mesmo que estas sejam de responsabilidade da mesma. Tal fala evidencia a existência de conflitos e exposição do trabalho realizado:

Você foi testemunha comigo de que eu tô batalhando aquele negocio lá tem tempo. E você volta para casa chateada, porque aquilo lá você esta pelejando pra fazer e quem tem que fazer não quer fazer, e você não pode fazer. Então neste momento você volta com seu balão bem murcho. (E4)

A ACS reforçou que vai trazer a responsável pela sala de vacina para aplicar o imunobiológico na usuária. Que houveram mudanças na organização das atividades [...]. Ainda na VD ela fala que com o passar do tempo as coisas só pioram, e que ela se sente mal com isso. Porque nada andava caminhando (OBS10)

As enfermeiras apresentaram, ainda, certa dificuldade em momentos em que é preciso, do seu ponto de vista, tomar decisões como: aplicar advertências e evitar situações de reclamações de usuários na unidade.

E assim, eu não tenho. (pausa) Ah eu coordeno elas, eu coordeno a equipe toda, mas eu não tenho autonomia pra adverte-las, entendeu? (...) Eles não me dão este espaço. Isso eu vou passar pro secretário. Às vezes eu passo, isso aqui é pra tal coisa, isso aqui vai, como se diz, estragar aqui o ambiente. Porque de repente eu passo uma advertência e elas chegam lá e fica tudo bem. Então quem fica ruim sou eu. (E10)

Então eu tive um problema, muito grande, em relação a isso. Porque eu ia lá, conversava, falava com a minha gestão, porque não adianta, eu posso dar duas advertências verbais e duas escritas, depois passo pra supervisão. Porque eu não posso abrir um processo administrativo. Né? Então é a gestão.(E5)

6 DISCUSSÃO

O perfil dos trabalhadores de saúde participante desta pesquisa vem ao encontro de estudos já presentes na literatura, uma vez que a grande parte dos sujeitos atuantes nas ESF é predominantemente do sexo feminino (ROCHA et al., 2009; MARQUI et al., 2010).

Os enfermeiros atuantes na região estudada são formados, em sua maioria, em instituições de ensino superior privadas; têm em média, três meses a oito anos de atuação na enfermagem, realizaram pós-graduação *latu sensu* em diversas áreas, mas em maior parte na Saúde da Família, dados que se aproximam com o perfil de enfermeiros estudados atuantes no estado de Goiás, presentes na pesquisa de Rocha et al. (2009).

Em relação ao vínculo empregatício dos enfermeiros, evidenciou-se maior número de efetivos: dez dos dezoito enfermeiros; mas, há um número significativo de contratos temporários, situação apresentada por Marqui et al. (2010) que afirma prejuízo do vínculo dos trabalhadores com equipe e usuários e que pode influenciar na maneira como se inserem no trabalho (JUNQUEIRA et al., 2010) e fazem a supervisão aos ACS.

Este aspecto pode impactar nas relações presentes na supervisão nas ESF, uma vez que, ser contratado a partir de indicação ou de concurso público, certamente, interfere na gestão, na supervisão e no cuidado prestado.

Os dados coletados nos mostram que os trabalhadores efetivos participantes da pesquisa apontaram pontos positivos e negativos presentes nos sistemas de saúde local com maior liberdade para se expressarem e com domínio sobre a rede de saúde do Município.

Entre os trabalhadores com contrato de trabalho temporário, as relações em equipe podem se tornar fragilizadas e com uma inserção mais frágil. Pode não haver efetivação do trabalho em equipe, pois os interesses político-partidários podem refletir diretamente no trabalho realizado.

Na literatura, estão presentes diversos estudos sobre a precarização do trabalho em saúde. Entre estes, encontram-se as discussões sobre a necessidade de um novo modelo de gestão que colabore com a estruturação da atenção básica preconizada, em que se evitem sobrecarga de trabalho e precarização de vínculos (DAVID et al., 2009).

Junqueira et al. (2010) listam as interferências desencadeadas pelo trabalho precário nos serviços de saúde em que se destacam o absenteísmo, desgaste e baixo desempenho dos trabalhadores.

Em relação aos ACS, todos são efetivos sob regime celetista e relataram ter de três a doze anos de atuação na saúde do município. Somente um referiu não ter participado do curso introdutório em saúde da família promovido pelo Estado.

Esse aspecto pode contribuir para com a construção das suas concepções visto que já possuem domínio desse trabalho e experiência de, no mínimo três anos, conforme discutido por Baralhas e Pereira (2013) no qual um maior tempo de experiência dos ACS colabora com a enriquecimento das falas.

Por meio das estratégias utilizadas na coleta de dados, perceberam diferentes concepções sobre a supervisão entre enfermeiros entrevistados e ACS participantes dos encontros de grupo focal.

De uma forma geral, para os enfermeiros destacou-se a ênfase no procedimento, no qual a obtenção da produção mensal é entendida como ponto central da supervisão. Grande parte dos enfermeiros pesquisados fez referência à supervisão pautada no controle de produtividade e repasse de informações à equipe e gestão de saúde.

O fragmento de falas de um enfermeiro e ACS sintetizam este entendimento:

Mas, supervisionar assim, eu sempre tô olhando as visitas delas, eu cobro a produção, no fim do mês. (E10)

(...) controle do supervisor? Eu entendo que, a supervisora tem que controlar tudo né? Até a chegada, a questão do ponto, porque se ele não controlar também vira bagunça. (ACS1)

Assim, esse papel de controle perpassa as concepções desses dois atores.

Por outro lado, os ACSs solicitam uma participação das enfermeiras em seu cotidiano de uma forma mais horizontalizada:

Primeiro, para nós a supervisão primeiro é elas saírem detrás da mesa e desempenharem o papel em campo. (ACS7, ACS6, ACS10)

Parece haver uma divergência entre os focos do olhar de cada um desses trabalhadores para a supervisão: a enfermeira encontra-se voltada para viabilizar as ações de cuidado individual e de gestão da equipe na ESF enquanto os ACSs desenvolvem seu trabalho fora da unidade.

Segundo o referencial do processo de trabalho, o objeto e os instrumentos do processo de trabalho podem ser diferentes em distintos serviços. Para o enfermeiro, a produção e cumprimento de normas podem ser o recorte que se utiliza no que diz respeito à supervisão do

ACS, não diferente do recorte com que faz a supervisão dos demais trabalhadores de enfermagem.

Para os ACS, o recorte do objeto de seu trabalho pode ser o usuário a ser visitado e seu principal instrumento de trabalho é a visita e a educação em saúde. Para desenvolver seu trabalho, ele espera que a supervisor esteja envolvido nessas ações pois, para ele são centrais.

Parece existir, então, um descompasso entre os focos do trabalho acrescido do fato de que parece não haver uma discriminação por parte do enfermeiro da supervisão para os auxiliares e técnicos de enfermagem e para os ACS.

Segundo os autores Silva et al. (2007), fazer supervisão aos técnicos e auxiliares de enfermagem é considerada ação necessária para redução de erros na realização de procedimentos, sendo realizada com auxílio de instrumentos. Para Carvalho e Chaves (2011), a supervisão aos profissionais de nível médio de enfermagem deve ser realizada de forma participativa, tem como objetivo a melhoria da assistência.

No entanto, os ACS não têm como foco principal do trabalho o desenvolvimento de técnicas e procedimentos de enfermagem, nem mesmo a atenção individual e, transferir acriticamente a lógica da supervisão para esse novo agente do trabalho, produz um desencontro.

A visão dos ACS sobre a supervisão tem certa relação com as ações de educação em saúde realizadas à comunidade, pois compreendem que estes e os momentos partilhados com enfermeiros como treinamentos e atividades voltadas à formação, fazem parte da supervisão.

Outro aspecto a destacar é que o enfermeiro, em geral, recebe cobranças para desenvolver um conjunto de ações dentro e fora da ESF. Há uma expectativa de que esse trabalhador exerça um trabalho polivalente, que segundo Antunes (1995), compreende maior qualificação do trabalhador, além da capacidade de combinar diferentes atividades, com flexibilidade e integração com uma equipe.

O ACS nem sempre conhece essas demais funções do enfermeiro e esperam um acompanhamento que ultrapasse a prescrição e contabilização numérica das visitas.

O uso dos impressos de controle e a avaliação de trabalho junto à população englobam a visão dos enfermeiros como tática que integra o supervisionar, mas incomodam os ACSs.

Eu acho assim, que poderia até ter essas supervisão mesmo de vez em quando, mas assim, do enfermeiro chegar na gente e falar o fulano me falou isso. Não é você chegar e igual a menina chegou e mandar você assinar um papel. Podia até ter mais tinha que conversar com a gente, dar uma chance, ou duas. (ACS5)

Observa-se, ainda, certa aproximação da concepção de supervisão dos enfermeiros, ao englobar acompanhamento do trabalho e esclarecimento de dúvidas, problemas; ações de orientação pautadas nas patologias e controle para alcance da produtividade.

O trabalho e a maneira como é realizado produz a concepção dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que o trabalho é por ela guiado.

Tais achados sobre as concepções da supervisão não diferem da literatura científica. A supervisão, há algumas décadas, vem sendo discutida na literatura de saúde e enfermagem, exercida pelos enfermeiros principalmente para fiscalização e controle do trabalho (KAWATA et al., 2011; BARALDI; CAR, 2006; SERVO, 1999; SILVA, 1997).

Os dados apontaram que a supervisão ao ACS na ESF é guiada por uma lógica da realização ou não de visitas domiciliares, com a transmissão ou não de informações preventivas ou questões referentes aos agravos; estes já instalados para oferta de procedimentos e consultas médicas, como coleta de exames preventivos, vacinas, entre outras. Corroborados por outras investigações sobre o trabalho do enfermeiro na ESF (MATUMOTO et al., 2005; SILVA, 2013).

Servo (1999) descreve como o enfermeiro estrutura o trabalho e as relações laborais, esta faz um resgate em relação ao controle utilizado na enfermagem:

(...) historicamente o controle técnico e disciplinar institucional tem forte expressão na enfermagem, sendo assegurado cotidianamente por uma estruturação hierárquica, materializando-se no princípio da homogeneização (mecanismo da unificação) que vem construindo práticas normatizadas e rotinizadas, com a pretensão de unidimensionalizar a vida, de negar as diferenças, de evacuar toda a diversidade presente e de reger o dinâmico, o incoerente, o confuso, o plural que se apresenta nos espaços de atuação da enfermagem. (SERVO, 1999, p.79)

Os enfermeiros entrevistados referem que em sua formação acadêmica a supervisão fora direcionada às disciplinas da administração presentes nas grades curriculares e com amplo embasamento nas teorias administrativas, visão corroborada pela literatura de Servo (1999) e Carvalho e Chaves (2011).

Ideia que quando discutida por Merhy (2007a) nos auxilia nas reflexões sobre impactos das teorias administrativas na inclusão do trabalho vivo na gerência dos serviços. O uso do autogoverno nas funções gerenciais causaria maior impacto nos serviços de forma a auxiliar os demais trabalhadores na busca pela finalidade adequada de seu trabalho?

Tal processo de formação recebe críticas e desperta movimentos de mudanças na graduação e na saúde coletiva com propostas de uma gestão mais democrática dos

trabalhadores. Campos (2007b) propõe o fortalecimento dos trabalhadores, ampliando a capacidade de analisar e intervir diante de situações cotidianas. O autor reforça a necessidade de redução da dominação e alienação dos sujeitos como forma de promover democracia e participação. Seguindo esse modelo, a participação dos trabalhadores resultaria em uma gestão mais organizada e comprometida dos atores

Enquanto isso, a formação pouco contribui para se romper com a atuação do enfermeiro enquanto supervisor; essa tem ênfase no controle, fiscalização, alcance de metas e procedimentos. A ausência de uma preparação específica à atuação como supervisor nos serviços de atenção básica, reflete-se no cotidiano da supervisão nas ESF (KAWATA et al., 2011).

Parece que as enfermeiras partem da premissa de que as famílias devem avaliar o trabalho do ACS considerando suas próprias concepções que se resumem a: fazem ou não a visita domiciliar? Passam ou não informações? Essa relação com a população vai ensinando e reafirmado uma redução do que poderia constituir-se o trabalho do ACS e do enfermeiro: um visita e informa, o outro controla.

Kawata et al. (2011) consideram ainda que:

Neste processo de formação, que se dá “no” e “para o” processo de trabalho cotidiano dos serviços, o foco principal é produzir o cuidado em saúde a partir da prática profissional, construindo sentidos para a ação da enfermeira, onde esta possa identificar a finalidade do trabalho e mobilizar atributos de forma combinada, para a produção da ação em saúde e em enfermagem, de acordo com o projeto político que se tem em marcha (p.319).

(...) investigações que focam supervisão, coordenação e planejamento como ferramentas utilizadas pelas enfermeiras têm sido desenvolvidas predominantemente voltadas ao ambiente hospitalar (p. 315).

Como vimos nos resultados, para realizar a supervisão, os enfermeiros criam instrumentos a serem preenchidos pelos ACS, alguns com a assinatura de membro da família visitada; outros usam da estratégia de registro do ponto diversas vezes ao dia, fortemente pautados nas tecnologias duras.

Entre as diferentes estratégias de coleta de dados, percebeu-se a concepção que embasa a supervisão é influenciada pelo modelo hegemônico de atenção. Costa et al. (2009) em estudo sobre os modelos assistenciais na saúde da família, descreve o modelo hegemônico baseado na atenção médico curativista, em que há ênfase no fazer do médico, nos medicamentos, na cura de enfermidades e na atenção individual.

A mudança proposta pela ESF deveria imprimir uma outra lógica no processo de trabalho visando a mudança do modelo assistencial. Costa et al. (2009) apresentam como seria esse modelo:

Ao apresentar o PSF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. É colocar um desafio ainda maior de desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob os quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos. É colocar em pauta na agenda de saúde da população brasileira conceitos como vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada e humanística. Este desafio de desconstrução implica muito labor, mas a vantagem da superação destes desafios leva a transformação da realidade e à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e consequentemente mais efetivas e resolutivas (p. 117).

Em práticas ainda distantes do modelo proposto pela inserção da ESF, Silva (2013) reforça que a supervisão na ESF está pautada em ações de controle vinculadas à lógica dos programas da atenção básica à saúde. Tal fato pode ser exemplificado no fragmento:

Tem o dia que ele vai participar da reunião, o nome dele vai estar escrito na reunião que ele tem que participar, e depois no final do mês tem um dia específico já no cronograma, que ele tem o fechamento, que a gente chama. E aí ele vai trazer a ficha B de acompanhamento do hipertenso, diabético, gestante, a gente tem um caderno que o agente anota a visita, quem ele visitou, a hora que ele visitou, o dia e o que ele fez e a pessoa assina. No final do caderno ele tem um controle de crianças menores de um ano, de dois a três anos, cinco anos, hipertensos e diabéticos, remédio que toma, é...(E9)

Enfermeiros e ACS descreveram que a supervisão é norteada pela realização do acompanhamento aos diabéticos, hipertensos, crianças e gestantes, pessoas com hanseníase e tuberculose, entre outros, o que aponta para uma lógica da doença e do agravo, mais próximas ao modelo assistencial hegemônico.

Uma das estratégias para mudar o modelo assistencial foi a inserção dos ACS nos serviços de atenção básica. A finalidade da supervisão realizada nas ESF deveria ser a qualificação da assistência prestada ao usuário. No entanto, a própria inserção dos agentes comunitários como elo da equipe e da população se fizeram pressupondo a atenção integral com enfoque nas relações familiares e ciclo da vida e não somente nos grupos guiados por agravos (hipertensão, diabetes, planejamento familiar, entre outros).

Muito provavelmente, a forma inicial de implantação da ESF no Brasil, como programa de saúde da família, pode ter colaborado para a permanência da lógica programática e mesmo as normativas do MS que trabalha também por seguimento.

Costa et al. (2009) faz reflexões que vem a encontro com este cenário, os autores abordam a necessidade de alteração da atenção centrada em procedimentos para uma atenção centrada no usuário. Este desafio, como colocado pelos autores supracitados, tem como proposta desenvolver práticas pautadas no acolhimento e vínculo.

A concepção de saúde e doença que orienta o recorte do objeto de trabalho e a escolha dos instrumentos do processo de trabalho deveria considerar os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença (SANT'ANNA et al., 2010). As atividades propostas pela ESF devem contribuir com a prevenção de doenças e promoção à saúde, planejadas de acordo com o perfil da comunidade e necessidades dos usuários. Na prática, as ações se direcionam fortemente às doenças crônico-degenerativas presentes na comunidade e distanciando o olhar de outras demandas presentes na comunidade. Tais condutas interferem na maneira como a supervisão é concebida e realizada, já que seguem com a lógica curativista.

Outro ponto a ser destacado é a associação da supervisão aos ACS quando há problemas; o que pode indicar uma correlação entre o modo de fazer atenção e o modo de gestão do trabalho. No modelo biomédico, as intervenções de saúde são postas em ação na presença de agravos (MATUMOTO et al, 2005), da mesma forma a supervisão se relaciona a momentos de disfunção, constituindo uma espécie de ato correccional.

Servo (1999) aborda que a supervisão da enfermeira como forma de correção de problemas retoma o caráter controlador, impedindo a efetivação de processos de trabalho mais flexíveis. Desta forma, o trabalho pode se tornar engessado, com forte influência da hierarquia entre os atores.

A supervisão aparece, então, como “um olho sobre” o trabalho do ACS na ESF, a partir dos impressos com controle de visitas domiciliares, avaliação do trabalho realizado pelo trabalhador e cobrança da produção no fim do mês.

Corroborando com o caráter fiscalizador da supervisão, alguns sujeitos deste estudo apresentaram relatos sobre a supervisão realizada nos domicílios dos usuários, a partir de um impresso contendo questionamentos sobre seu trabalho, condutas no decorrer da visita domiciliar, entre outros.

Esta atividade é caracterizada pela elaboração de um instrumento ou a utilização de instrumentos para realizar supervisão, elaborados por outros municípios e atualmente

disponibilizados entre si e em meio eletrônico, seguidos de visita domiciliar realizada pelo enfermeiro para avaliar e monitorar o trabalho desenvolvido pelo ACS.

Durante uma das reuniões do grupo focal, houve relato sobre a supervisão “*in locu*” após queixas do trabalho do ACS por parte de usuários. Para os ACS, a ação teve claramente caráter punitivo e fiscalizador.

Assim, a supervisão ao trabalho dos ACS é motivada pela realização de avaliação com intuito fiscalizador e corretivo. Consideramos que não vem ao encontro da finalidade do processo de trabalho da ESF, que seria o de produzir cuidados e não somente procedimentos.

Este desafio é discutido por Merhy (2007b), ao incluir trabalhadores, usuários e gestores de saúde:

para mapear as possíveis finalidades buscadas pelos atos de saúde, enquanto uma certa maneira de se produzir o cuidado, deve-se interrogar de que modo os distintos formatos do cuidado se constituem: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagem clínica da problemática da saúde, enquanto prática sanitárias, como conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, enfim: como mecanismos tecnológicos produtores de atos de saúde que no seu conjunto formam os modelos de atenção à saúde (p.27)

A punição, fiscalização e controle presentes no conhecimento histórico sobre a temática necessitam de mudanças, de novas práticas a serem implantados no trabalho do ACS, principalmente pelo trabalho desenvolvido por ele, pautado nas tecnologias leve e leve-duras. Na supervisão, podemos exemplificar como tecnologias leves as relações, encontros e momentos de discussão com a equipe; leve-duras, os impressos utilizados como estratégias de acompanhamento, fiscalização e controle do trabalho do ACS e como tecnologias duras, o equipamento de registro de ponto.

Grande parte dos enfermeiros relatou não realizar a supervisão “*in locu*” ou auditoria, como denominado pelos próprios entrevistados. A estratégia de acompanhar, avaliar e fiscalizar o trabalho do ACS a partir de visitas à comunidade acompanhada não é utilizada por todos; todavia estes demonstraram interesse e desejo em colocá-la em prática. Evidencia-se assim que a concepção de supervisão, encontra-se fortemente pautada nas tecnologias leve-duras e duras. E que, para os enfermeiros, a avaliação em campo do trabalho dos ACS nas micro áreas de atuação, permitiria a caracterização mais real do trabalho desenvolvido.

Entre os enfermeiros que já colocaram em prática tal atividade, percebemos posicionamentos, percepções e objetivos diferentes. Um dos entrevistados fez referência à ação como estratégia para identificação de fragilidades e potencialidades, para posterior

discussão com a equipe e reflexões com vistas à modificação do processo de trabalho do ACS, o que diferiu dos demais.

Outro entrevistado descreveu a ação desenvolvida, a avaliação do trabalho do ACS em campo, com forte ênfase na correção do processo de trabalho do avaliado, em que a coerção e uso do poder foram utilizados para alcance da produção mensal e redução de queixas da comunidade, resultando em advertência ao trabalhador. O caráter fiscalizador também se evidenciou na descrição desta atividade, já que o entrevistado se pauta na avaliação do trabalho do ACS em notas de zero a dez e não faz referência a outros critérios, considerando que o trabalho do ACS se pauta em ações mais relacionais.

Alguns enfermeiros relataram uso desta estratégia de supervisão para promover mudanças no trabalho do ACS. Em relatos das entrevistas, os enfermeiros descreveram que, após apresentação dos resultados, os ACS buscaram alterar as práticas que não iam confrontavam com o que é preconizado em seu trabalho.

Dentre as melhorias referidas pelos entrevistados, foram descritas: mudança na realização das visitas domiciliares e maior compromisso com o trabalho desenvolvido. Silva (1997) faz uma importante reflexão sobre a necessidade de mudança da supervisão, orientando-a como forma de:

Contribuir para o enriquecimento do trabalho e a superação da alienação dos trabalhadores vislumbramos a necessidade de articulá-la às finalidades da saúde pública, quais sejam as intervenções sobre o processo saúde-doença em suas dimensões coletivas (SILVA, 1997, p. 283)

A autora complementa que a supervisão pode orientar aos trabalhadores o reconhecimento de necessidades dos usuários e deixar de lado a ideia de controle amplamente caracterizada no trabalho de supervisão de enfermagem (SILVA, 1997).

Foucault (2012) nos auxilia a compreender a importância da concepção dos agentes e enfermeiros sobre a supervisão, pois há uma produção de verdades nos discursos e enunciados:

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instancias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (p.52).

Assim, a forma de conceber a supervisão irá também produzindo-a e reproduzindo-a no cotidiano das equipes de saúde da família.

Um dos entrevistados questiona se a supervisão seria uma atribuição do enfermeiro ou de toda a equipe. Os dados apontam que os enfermeiros tomam para si o trabalho de supervisionar o ACS visto que, consideram essa como parte de suas atribuições. Certamente, essa atividade, ainda que difícil, confere poderes.

A realização da supervisão aos ACS por toda equipe aparece nas entrevistas dos enfermeiros como possibilidade (MATUMOTO et al., 2005). Essa poderia ser proposta simplesmente para partilhar a dificuldade de controlar o trabalho com outros trabalhadores ou vincular o contexto do trabalho na ESF na direção proposta. Neste sentido, pode-se pensar coletivamente o trabalho. Assim a gestão do trabalho é tarefa de todos, uma vez que todos governam (MERHY, 2007b).

Assim Merhy (2007b) aborda que

(...) a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão desses trabalhadores ao novo projeto. É preciso consensuar formas de se trabalhar, que esteja em sintonia com a nova proposta assistencial (...) (p.71).

O supervisionar “fazendo junto” poderia ser um primeiro passo na direção de outras formas de supervisão, mas não parece fazer parte das concepções dos enfermeiros e ACS e, assim, requer reflexões por parte dos enfermeiros e da equipe de saúde quanto à finalidade do trabalho, concepção de saúde-doença adotada, assim como de gestão e cuidado.

Necessário se faz retomar discussões nas equipes a respeito das atribuições dos trabalhadores, organização do trabalho, tipo de comunicação utilizada, criação de momentos para discussão sobre as demandas de usuários, trabalhadores e gestão destes serviços, para o alcance da finalidade dos processo de trabalho das equipes.

Aparentemente, há forte influência da hierarquização do saber técnico e a divisão do trabalho quando analisamos as concepções sobre supervisão. Foi possível identificar que os ACS acreditam em uma relação mais dialogada, relacional e aproximada dos enfermeiros em relação ao seu trabalho.

Alguns enfermeiros indagaram ao final das entrevistas sobre a temática abordada, uma vez que questionaram a respeito do conhecimento e sua atuação frente a supervisão. Este posicionamento corrobora os achados de SILVA (1997) de que o supervisor não é detentor de todas as respostas. Os sujeitos desta pesquisa solicitaram a devolutiva com os resultados da pesquisa e demonstraram interesse em ampliar seus olhares sobre o tema.

No decorrer das duas semanas de observação, o processo de trabalho do enfermeiro das ESF foi acompanhado bem de perto, buscando identificar momentos de interface com o trabalho de supervisão aos ACS.

Houve predomínio dos cuidados de enfermagem, curativos, verificação de glicemia capilar e pressão arterial, administração imunobiológicos e orientações aos usuários.

Algumas consultas de enfermagem ocorreram com frequência mais esporádica, mesmo com a verbalização dos enfermeiros sobre os protocolos em programas da atenção básica.

Cabe destacar que uma das equipes encontrava-se sem o profissional de nível médio de enfermagem, já que a trabalhadora desta equipe havia recebido transferência no início do mês em que a observação aconteceu.

Observou-se que o trabalho do enfermeiro é amplamente vinculado às questões de gerência da unidade de saúde. Houve relato nas entrevistas de realização de reuniões para repasse de produção mensal dos ACS, mas estas não foram acompanhadas já que não ocorreram nos momentos de observação.

Um dos enfermeiros observado apresentou arquivo com um grande número de relatórios, preenchidos para repasse de informações diversas da equipe, dispensação de insumos, imunobiológicos, entre outros.

Em relação ao trabalhadores das equipes, médico, dentista, técnicos de enfermagem, recepcionistas, percebemos que as práticas de todos da equipe são orientadas pelo trabalho médico. De forma que, o saber médico prevalece nas relações de trabalho, mesmo com a proposta de mudança nos modelos de atenção.

Tal mudança encontra-se pouco presente no cotidiano das equipes uma vez que as práticas não promovem movimentos de mudança no processo de trabalho, a supervisão pode ser entendida como um exemplo, já que a atuação dos enfermeiros esta amplamente pautada em ações de controle e fiscalização.

Evidenciou-se uma prática de supervisão estruturada em tecnologias leve-duras e duras, onde o ACS é visto como cumpridor de metas e transmissor de informações da comunidade ao enfermeiro. As relações de trabalho são verticalizadas, e os ACS descrevem sua relação com os supervisores orientada à acompanhamento de doentes, e impressos com comprovação de produção mensal. Conforme é discutido por Carvalho e Chaves (2011) a supervisão de enfermagem recebe Influência das relações hierárquicas e rígidas, tendo como características o controle e a punição.

O processo de supervisão é fortemente influenciado pela proposta das teorias administrativas, mesmo com as constantes discussões sobre a mudança das práticas nas ESF.

Mudanças que ainda não se evidenciam claramente no cotidiano das equipes, onde há o predomínio de ações verticalizadas, em que se percebe uma fragilidade de negociação e diálogo e há somente a transmissão de informações à equipe (KAWATA et al., 2011).

Neste contexto as autoras apontam que a prática gerencial dos enfermeiros das ESF, é estruturada em ações de organização do trabalho tendo como base o cuidado individual (KAWATA, et al., 2011). Os movimentos que vão de encontro com as propostas atuais à ESF são percebidos mais discretamente, mas está presente a questão do vínculo entre trabalhadores das equipes pesquisadas.

Campos (1989) colabora para a compreensão da atuação gerencial dos enfermeiros, que necessita de uma ampliação de discussões e reflexões. O autor conclui destacando itens sobre a gestão

[...] o processo de gestão parece estar mais bem conceituado quando definido como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas elaboradas, por sua vez, a partir de interesses diversos ou até mesmo contraditórios de forças sociais ou vinculadas à produção de serviços e insumos para o setor saúde [...] (CAMPOS, 1989, p. 10).

Os enfermeiros das equipes observadas não realizaram abertamente muitas ações de controle e fiscalização do trabalho. Nos momentos em que se percebeu esta prática, estas se relacionaram a presença em atividades de treinamento e grupos de educação em saúde promovidos à comunidade ou à indicação de famílias que necessitavam de visita domiciliar do médico da ESF.

Nas duas semanas de observação, um dos enfermeiros analisou o registro do ponto dos trabalhadores de sua unidade mas não verbalizou nenhum tipo de comunicado frente a suas percepções e após a ação. No material obtido das entrevistas realizadas com enfermeiros, percebeu-se um movimento de acompanhamento e, conseqüentemente controle, da produção dos ACS com frequência diária e/ou semanal.

Diversos depoimentos descrevem a proposta de acompanhamento diário do trabalho do ACS, por meio dos impressos de controle de visitas domiciliares. O impresso utilizado pelos ACS, de certa forma, é bastante semelhante entre os municípios, e estes são utilizados nos municípios como documentos comprobatórios de visitas domiciliares. A lógica da fiscalização é clara e amplamente utilizada. Os ACS demonstram que tais os impressos podem não atender as expectativas impostas pela gestão, já que verbalizam que diferentes estratégias podem ser colocadas em prática para alcance da produção sem a execução do trabalho.

Outro ponto discutido pelos ACS é a atuação do enfermeiro fortemente estruturada nas funções gerenciais, que os impossibilita de desenvolver atividades com ACS e usuários fora da unidade de saúde. Os ACS apresentaram questionamentos sobre a mudança de atuação dos enfermeiros no decorrer dos anos.

Dentre os dados da observação, temos que, mesmo apresentando diferenças com relação ao simples exercício de controle do trabalho para aumento da produtividade, os enfermeiros interessam-se em produzir ambientes mais harmônicos, relações mais horizontais, mas com a mesma finalidade: controlar a produtividade e autonomia dos trabalhadores. Conforme é descrito no fragmento abaixo:

[...] O objetivo da reunião é compreender as ações propostas na semana da amamentação do município, discutir sobre o tema e observar o conhecimento dos ACS sobre a mesma. O grupo é bastante comunicativo, estão presentes, enfermeira, ACS das duas equipes e o acadêmico de enfermagem que é o responsável pela atividade. [...] em um momento um ACS começa a falar muito e com tom diferente. Ela comenta sobre a visita domiciliar e a forma como são realizadas. Um comentário sobre a atuação da ACS em visitas domiciliares á gestantes e puérperas é realizado pela ACS. Uma colega sentada ao lado dá continuidade ao assunto e uma conversa paralela se inicia com posicionamento apostado as discussões em andamento. A enfermeira intervém rapidamente: “Sem brigas (nome da ACS)”. Ela se cala. [...] São repassados três vídeos com cenas de parto na água. ACS ficam muito satisfeitas por verem os vídeos, elas falam que nunca tinham assistido um parto na água, fazem muitas perguntas, e comentam no decorrer de todos os vídeos. [...] Ela percebe que os ACS não assinaram a lista de presença e corre na recepção para encontrá-los.(OBS8)

Parece que permanece não respondida a questão colocada por autores clássicos da saúde coletiva brasileira: como combinar liberdade com controle? Trabalho autônomo com atribuição de responsabilidade? (CAMPOS, 2007b)

O enfermeiro exerce amplamente a função de organizador, controlador do trabalho e as relações no trabalho de supervisão aparentam certas fragilidades, pois não foi possível construí-las conforme as prerrogativas dos modelos de atenção acreditamos que a mudança neste formato de supervisão seja possível. Nossa visão é corroborada por Silva (1997) conforme trecho abaixo.

A proposta de estabelecer relações que sejam satisfatórias para ambas as partes envolvidas, como é o caso das relações de supervisão, prevê espaços de liberdade, autonomia, aprendizagem nos dois polos, bem como exercício de controles e poderes de maneira dinâmica e flexível, na dependência das

finalidades, dos envolvimento e compromissos assumidos pelos agentes em situação. (SILVA, 1997, p. 221)

Durante a observação em campo, os encontros entre enfermeiros e ACS se deram de forma causal e esporádica. Em alguns momentos, os enfermeiros e ACS cruzaram-se nas unidades de saúde e não se perceberam falas, olhares, onde a potencia presente nestes momentos fosse perdida. Este cenário poderia ser o reflexo do desconhecimento da finalidade do processo de trabalho da equipe, e de seu próprio trabalho.

Assim, no processo de trabalho de supervisão do enfermeiro o uso das tecnologias leves não foi claramente percebido no decorrer das observações, cenário que contradiz com achados de Kawata et al. (2011) que refere que no trabalho dos enfermeiros da saúde da família há predomínio de uso das tecnologias leves e leve-duras.

Este distanciamento de alguns enfermeiros pode ampliar o desafio de relacionar a supervisão do enfermeiro ao trabalho do ACS com autonomia e alcance de objetivos propostos pela ESF.

Um ponto discutido pelos ACS, relacionadas à autonomia é interligação de seu trabalho com os trabalhadores de nível superior da equipe. A ausência do ACS nas visitas domiciliares realizadas por médicos e enfermeiros desperta incomodo e inquietações nesses trabalhadores, já que fazem parte da equipe e a visita domiciliar é parte fundamental de sua atribuição. Tal exclusão despertou discussões sobre a atribuição de cada trabalhador dentro das equipes, e no entendimento dos ACS todos devem trabalhar como equipe, respeitando saberes e praticas específicas.

Entendemos que a supervisão na ESF, deve proporcionar maior envolvimento dos atores envolvidos no processo, buscando uma construção pautada no respeito e na colaboração mutua, possibilitando uma prática mais colaborativa entre supervisores e supervisionados. Visão que Silva (1997) já destacava em sua pesquisa, conforme o trecho abaixo.

Supervisionar implica ações, valores, julgamentos. É uma atividade complexa, na qual devemos buscar a intersubjetividade, além de supervisionar os procedimentos e técnicas, reconhecer os desejos e projetos que estão também aí envolvidos, dos agentes coletivos visando alcançar as finalidades do processo de trabalho (SILVA, 1997, p. 275)

A busca por esta atuação mais colaborativa no cotidiano das equipes, permitiria algumas mudanças no processo de trabalho da equipe. Baraldi e Car (2006) abordam tais evidencias ao afirmar que na prática a supervisão é utilizada como meio para identificação de

problemas, para avaliá-los e obter de soluções. De forma que a atuação dos trabalhadores é norteada a partir dos problemas da comunidade, ou caracterizando de uma certa forma o trabalho de supervisão e o processo de trabalho da equipe de ESF.

Para discutirmos o trabalho em equipe, trazemos a visão de Ciampone e Peduzzi (2000) em que este apresenta como objetivo principal a obtenção de resultados. A autora reforça que para alcance deste objetivo é preciso observar as necessidades de saúde dos usuários, melhorias no processo de comunicação que promova integração do trabalho diário (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). Conforme é apresentado por um enfermeiro entrevistado:

(...) Nesse nosso encontro pela manhã, que a gente fala sobre os pacientes que eles visitaram “Ah, (nome da enfermeira), sabe aquela gestante, inclusive eu queria que você fizesse isso pra mim!” Entendeu? Então, a gente acompanha dessa forma né com essas reuniões mesmo, pela manhã, nesse encontro pela manhã. (...) Mas, se bem que elas têm uma produção, elas têm que ter oito visitas por dia e eu acompanho essas visitas a tarde, elas vão lá para eu assinar, eu dou visto embaixo, conto todo dia “uma, duas, três, quatro, cinco, seis, sete, oito” e dou meu vistinho né. Acontece as vezes de uma ficar devendo “ah, não deu para mim fazer visita hoje porque teve isso”, aí eu peço “então você repõe essa visita por favor para mim amanhã!”, “Não (nome da enfermeira), pode deixar que eu reponho para você” então, a gente tenta controlar desse jeito também. (E14)

A supervisão, seja no âmbito da saúde da família, ou em outros cenários em que o enfermeiro atua demandam uma formação mais aprofundada, seja nas tecnologias do cuidado, nas relações entre trabalhadores, seja na construção e implantação de novas formas de atuar em equipe, seja na transformação do olhar entre trabalhadores.

Outro ponto a ser discutido relaciona-se à forma como a comunicação acontece nas ESF, conforme é apresentado nos relatos dos diários de campo a seguir:

Uma ACS (nome) chega a unidade e bate o ponto. Ela começa a rir ao ler uma convocação deixada pela ENF no cartão de ponto. – “como que deixa convocação sem data assim? Eu vim hoje cedo e não tinha nada”. A recepcionista fala: “- Foi a (nome da enfermeira) que deixou pra vocês, é pra amanhã”. A ACS: - “ Mas como que eu faço para avisar assim de um dia para o outro?” Ela ri novamente e muda de assunto. (OBS7)

A enfermeira recebe uma ligação da secretaria de saúde convidando os profissionais da unidade para comemorar o aniversário da gestora. Ela faz um comunicado, imprime e coloca na parede. No momento em que vai pregar-lo, ela retira o cronograma das atividades de observação

de minha coleta de dados (...). Retira também o comunicado da reunião com ACS sobre reorganização da área adscrita. (OBS3)

Entre os fatores que dificultam o trabalho em equipe na visão dos ACS, é a forma como a comunicação é realizada entre seus integrantes. Foi possível acompanhar a rotina das equipes e perceber que são utilizadas estratégias de comunicação escrita e impessoal entre enfermeiros e ACS. Em relação aos demais integrantes da equipe, percebeu-se que o enfermeiro apresenta papel central no processo de comunicação, sendo o elemento que repassa informações e interliga desejos e opiniões dos demais membros.

A efetivação de um processo de comunicação mais horizontal, em que todos os membros são envolvidos permitiria uma aproximação dos trabalhadores, discussão de casos e de demandas da comunidade, seria estímulo para efetivação do trabalho em equipe (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Este cenário encontra-se presente na literatura, onde há presença da comunicação tradicional e com discursos verticalizados (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). As autoras destacam também, que na presença de um processo relacional mais participativo é possível desenvolver competências, autonomia, compromisso e iniciativa, que impactam no modo de fazer saúde.

Colaborando com estas reflexões, temos presente em algumas entrevistas, depoimentos que articulam a supervisão a uma dimensão mais educativa com acompanhamento do trabalho e *feedback* entre os atores, se aproximam de dimensões contemporâneas da gestão do trabalho em geral denominadas neotayloristas (CAMPOS, 2007b). Este exercício frente à reconstrução das práticas da supervisão do enfermeiro ao ACS pode ser um leque de possibilidades para o processo de supervisão do ACS nas ESF.

Servo (1999) já apresentava em sua tese o potencial da supervisão da enfermeira atuante no SUS, tal visão é pautada em outros autores e resulta na questão da supervisão se dar por meio de dois polos diferentes, polo controle e polo educação, que são, respectivamente, modelo de gerência claramente estruturado no raciocínio administrativo e a questão pedagógica.

Para grande parte dos ACS pesquisados, as ações de educação são fortemente entendidas como parte do processo de supervisão do enfermeiro. Para alguns dos entrevistados, a supervisão engloba ações de educação permanente e continuada, mostrando que o caráter educativo da supervisão para a qualificação da atenção à saúde ainda não é a perspectiva predominante para esses trabalhadores. Foi evidenciada certa dificuldade em

caracterizar as ações de educação permanente e continuada por parte dos trabalhadores, conforme é apresentado nos fragmentos abaixo:

Ah tem um caso e eles chegam aqui assim. “– Ah (nome da enfermeira) vou te passar um caso”, aí vem a gente se fala, não necessariamente tem que ser de manhã ou no final da tarde, fora as reuniões que eu faço com eles também. Que é educação continuada (E18)

[...] Na reunião pra discutir problemas das micro áreas eu não deixo de estar porque eu penso que isso também é supervisão, também é educação permanente (E16)

E aí eu não sei por onde começar, e aí eu fico, eu mesma com aquela cobrança de estar mais com as agentes de saúde, desenvolver educação continuada, essas coisas que até eu gosto muito, mas não tem tanta disponibilidade.(E4)

Assim, é preciso retomar os conceitos de educação permanente em saúde (EPS) e educação continuada (EC), com intuito de compreender melhor as ações de educação realizadas por estes trabalhadores.

Ceccim (2005) apresenta definição sobre a educação permanente em saúde:

a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (p. 161).

Nesta definição, torna-se clara a proposta da EPS como estratégia de transformar as práticas de saúde e dos processos de trabalho, com objetivo de atender as necessidades do SUS (PESSANHA; CUNHA, 2009).

Esta prática não foi identificada na coleta de dados, na qual houveram evidências de realização de educação continuada. Tal situação caracteriza a emergente necessidade de ampliação de momentos em grupo, de compartilhamento de saberes e práticas, como estratégia para busca da finalidade do trabalho.

Os ACS verbalizaram a necessidade de planejamento por parte das enfermeiras de novos assuntos para abordagem das famílias, pois desejam orientar os usuários sobre temas atuais e que reflitam no autocuidado dos mesmos. Esta solicitação apresenta o entendimento dos ACS sobre sua formação e as ações de supervisão do enfermeiro.

Ainda sobre o trabalho do ACS, foi possível identificar momentos em que o mesmo faz uso de seu autogoverno na atuação diária, nas orientações aos usuários e para repasse de orientações à comunidade. Demonstrando o potencial de atuação que os mesmos detêm, e a possibilidade de mudança de seu processo de trabalho. O fragmento a seguir apresenta momento em que um ACS relata situação vivenciada na comunidade, em que é utilizado seu autogoverno:

vocês sabem dos horários dos médicos direitinho. Eu até vou falar isso pra enfermeira, que é responsável. A criança tá queimando de febre, você liga no hospital, você tem que ter o que credito no seu celular pra você ajudar. No hospital “- Fulano de tal tá com tantos pacientes e não pode atender. É só com autorização dele”. (silêncio) É uma vida. É um bebezinho de um ano. Tá. Liguei no outro. Ela tinha ligado e falado com o medico num ia atender. Porque ele não ia vim. Eu falei, “- Você pode descer mais cedo que ele vai vir sim”. Liguei “-Ah veio mas vai chegar tarde demais”. Eu falei não interessa a menina tá precisando. Eu falei “- você arruma e desce”. [...] Oh, porque que eu não posso falar que o medico vai vir sim? Né? Só que tem que ter paciência de esperar. Como se diz, eu vou falar que uma hora ela desiste, ah tenha dó. (ACS6)

Estas transformações voltam-se ao trabalho de supervisão realizado pelos enfermeiros, que se justificam pela falta de tempo para a realização da supervisão, seja diretamente ao ACS, ou nas reuniões de equipe, discussões sobre o processo de trabalho, entre outras, e que podem dificultar a realização de novas ações.

Além disso, a supervisão vem se exercendo com forte presença da disciplina e estratégias de coerção dos ACS, conforme é apresentado no fragmento do diário de campo a seguir:

A enfermeira fica observando a ACS (nome da ACS). Que estava realizando a antropometria. Ela não estava realizando a avaliação de altura adequadamente. Percebi que ela não queria chamar a atenção delas na minha frente, e ficava olhando para as duas ACS para ver se elas percebiam a demanda da enfermeira. Como isso não aconteceu, ela retira as luvas e vai até a mesa onde estão as ACS, e fala: “- (nome da ACS), não é assim que a gente mede” (realiza nova medida ao usuário que estava em frente a fita métrica.). Ao concluir a ação ela fala “- Você entendeu?” A ACS faz um movimento com a cabeça de forma afirmativa. A enfermeira retorna a mesa e recomeça a verificação de glicemia capilar. Ela sempre olha como está sendo realizada a atividade das ACS. (OBS6)

Silva (1997) e Servo (1999) já mencionavam a face disciplinadora da supervisão realizada pela enfermeira, e Foucault (2000) discute a disciplina como uma forma de vigilância dos trabalhadores, onde as formas de correção são utilizadas pelos que se encontram em posição hierárquica favorecida.

Assim, a supervisão é realizada com forte Influência do poder e das hierarquias, de forma que o ACS é percebido como trabalhador que executa e informa aquilo que é preconizado pelos relatórios consolidados pelos enfermeiros e gestores.

Os resultados apresentaram ainda certos contrapontos em relação à percepção dos enfermeiros sobre sua atuação. Compreendemos que por se tratar de uma semana de trabalho típica as atividades de supervisão podem ter recebido Influências da presença da pesquisadora, e em alguns momentos foi possível perceber a preocupação de alguns trabalhadores frente a observação.

Durante as semanas de observação, foi possível perceber certo incomodo dos enfermeiros e outros integrantes da equipe com a presença de um observador de seu trabalho. Um dos trabalhadores relata que o enfermeiro demonstra-se incomodado com a sua fala e atitudes em minha presença, a trabalhadora reforça sua personalidade e executa normalmente suas atividades. Para os enfermeiros, o sentir-se supervisionado por outro profissional impactou suas atividades diárias.

Na terceira categoria apresentamos as situações de “escapes” e o interjogo presentes na supervisão na ESF. Referimos ao interjogo entre supervisor e supervisionado, ao exercício alternado de autogovernos e aos escapes do controle que envolve o processo de trabalho da supervisão.

Merhy et al. (2007a) demonstram que no cotidiano dos serviços são produzidos ruídos, falhas, estranhamentos, onde há um movimento de explicitar e não explicitar, neste sentido entendemos o interjogo e os escapes presentes nas relações de supervisão.

Foi possível evidenciar a forte ênfase no controle da produção e do procedimento no trabalho do enfermeiro supervisor. Os enfermeiros procuram realizar o controle da produção do ACS tomando como base do processo de supervisão na vertente mais tradicional, e criam diferentes mecanismos para obtenção de informações sobre o trabalho dos ACS e para dirigir a produção dos mesmos para a realização de procedimentos.

Por outro lado, os ACS entendem que a apresentação de sua produção mensal é parte fundamental de seu trabalho, mesmo verbalizando que as ferramentas de controle como o registro de ponto, os formulários, entre outros, não são a melhor forma de se acompanhar o trabalho por eles realizado.

Nos momentos de observação em campo de prática, foi possível verificar como é realizado o preenchimento dos formulários que comprovam a visita domiciliar do ACS, alguns ACS preenchem todos os campos presentes no impresso, nome do usuário, data da visita, descrição da visita e a seguir solicitam a assinatura de um membro da família. Outros ACS solicitam somente a assinatura do usuário, deixando demais campos em branco. Mesmo quando questionados sobre tal conduta, os ACS não apresentam nenhuma justificativa.

Assim, é possível verificar que há escapes sendo realizados mesmo no simples preenchimento de um formulário de controle de produção, destacando que mesmo com as diferentes formas de se controlar o trabalho, o supervisionado consegue esquivar-se destes.

Merhy et al. (2007a) aproxima-se da discussão sobre o escape, ao apresentar a existência de forças que resultam em mudanças no dia a dia dos serviços.

No decorrer das reuniões do grupo focal foram discutidas condutas que os usuários desenvolvem em relação ao trabalho do ACS, demonstrando certo imaginário sobre aquilo que deveria ser o trabalho da ESF e, conseqüentemente de interesse sobre o serviço de saúde ofertado.

Os ACS descreveram situações onde encontra usuários em espaços coletivos do município, como ponto de ônibus ou encontros informais pelas ruas, e este solicita ao trabalhador a ficha de visita domiciliar informando ao ACS que este não precisa realizar sua visita domiciliar naquele mês. De forma que alguns dos ACS “realizam” orientações e fazem questionamentos sobre a saúde dos familiares, em seguida entregam o impresso, para que o mesmo assine a comprovação de uma visita domiciliar. Conforme é apresentado no fragmento:

Eles tá valorizando uma assinatura. E agora eu passei a fazer isso. Eu tô no ponto de ônibus, e ele tá no ponto de ônibus, e eu tô passando, e ele fala “Hoje é na minha rua?”, “É”, “Então me deixa assinar aqui e, tal e tal”. Eu faço lá as perguntinhas básicas, as que eu sempre faço, teve internação, teve isso, teve aquilo, teve alguém que teve isso? Então tudo bem, assina aqui. (ACS3)

Esta conduta foi descrita por alguns ACS, ocorrendo percepções diferentes entre eles. Á princípio, todos entendem como desvalorização do trabalho realizado, mas alguns ACS permitem que tal prática seja realizada, outros referem não aceitar e insistem na realização da visita domiciliar como proposto.

Essa diferença de posição ilustra que no trabalho há diferentes formas de compreender um mesmo trabalho e seus objetivos (PIRES, 2011).

Nas entrevistas, percebe-se que as fichas de visita domiciliar são utilizadas de formas diferentes, já que em alguns municípios as mesmas são conferidas diariamente, semanalmente

ou entregues para arquivo por parte dos enfermeiros. Foi referido também certa dúvida por parte dos enfermeiros sobre a veracidade das assinaturas dos usuários, e possivelmente falsificação da produção de visita por parte dos ACS.

Há certa dificuldade em se discutir tal temática, e estas situações geram inquietações em alguns enfermeiros, conforme o fragmento de entrevista abaixo:

Por exemplo, se eu constatar né...assim, talvez eu não possa é afirmar, ter certeza, mas que uma agente está falsificando assinatura de uma pessoa que ela visita, eu não sei, não fica claro pra mim, não é definido aqui pra mim, pra nós, não sei se em outros lugares é, de que ações eu poderia tomar, entendeu? (E4)

Considerando o poder como algo que não se adquire, não se trata de uma estrutura mas vinculado a uma situação estratégica (FOUCAULT, 2012), os dados mostram que há um exercício de poder ao se supervisionar os ACS, mas há uma resistência por parte desses quando não realizam as atividades propostas e podem se aliar a outros agentes que detêm poder de forma explícita.

Os ACS acreditam também que a conferência e comprovação de seu trabalho deve ser feita de forma mais evidente em municípios de maior porte, pois existem colegas que “escapam” do trabalho a ser realizado, e o supervisor deve ser comprometido e atento para evitar falhas na realização do cuidado. As ACS que participaram do grupo focal relatam que no município em que atuam é mais difícil não realizar o trabalho corretamente, uma vez que todos se conhecem.

Situações como esta impactam diretamente na forma como a supervisão é praticada, pois no decorrer da coleta de dados foi possível identificar enquanto processo de supervisão, ações de cobrança por informações, cumprimento de produção, repasse de informes e demandas da gestão de saúde local. Este cenário inviabiliza a inclusão de ações mais horizontalizadas nas equipes, já que a hierarquia, o saber e o poder norteiam as ações de supervisão do enfermeiro ao ACS.

Os objetivos da supervisão atualmente aplicados vêm de encontro com a necessidade de controle total do trabalho desenvolvido pelas equipes, esta forma de poder disciplinador busca a estruturação de um olhar perfeito e para onde todas as informações convergem (FOUCAULT, 2000).

Este olhar se reflete nas relações entre enfermeiro e ACS, tornando-as fragilizadas e desencadeiam momentos de conflito entre os dois atores em diferentes circunstâncias. Os enfermeiros justificam que certas condutas são tomadas devido à falta de compromisso dos

ACS com o trabalho realizado. Os ACS fazem uso das mesmas justificativas para reclamar do trabalho dos enfermeiros.

Estabelece-se assim um desencontro entre esses dois sujeitos importantes no desenvolvimento da estratégia de saúde da família. Este interjogo pode causar interferências na finalidade do trabalho e na forma como os processos de trabalho são desencadeados por esta equipe.

Foi possível perceber que as equipes identificam isso como existência de problemas de relacionamento interpessoal, transformando questões relacionadas a forma como o trabalho é organizado, a divisão técnica e social do trabalho, as relações de poder, em questões pessoais.

Esse mecanismo não permite uma análise mais crítica dessas diferenças e contribui para a construção de relações estereotipadas entre ACS e enfermeiro.

Foram observados momentos em que algumas demandas da comunidade não foram repassadas ao enfermeiro pelo ACS. Esse fato pode prejudicar o cuidado prestado e a efetivação do modelo da ESF. Nos momentos em que tal fato foi percebido, as ACS justificam que não tem bom relacionamento com as enfermeiras, que o repasse de demandas as enfermeiras não resultará em resolução dos problemas trazidos pelos usuários, entre outros.

O relacionamento interpessoal entre supervisor e supervisionado gera conflitos entre os atores e a equipe, e certo entendimento de que os ACS causam problemas em vários municípios. Nas entrevistas, enfermeiros referem deixar de lado algumas cobranças para evitar problemas com esse trabalhador e outros integrantes da equipe.

Em relação a estes conflitos, evidenciamos que não há um processo de ocultar situações e informações conflitantes, no qual o enfermeiro acaba por ter uma posição de maior exposição.

Esses conflitos não são discutidos e assim estabelece um modo de funcionamento.

Silva (1997, p. 107) colabora com nossa reflexão ao abordar que *“o conflito se revelou [...] como elemento produtor de relações mais democráticas de poder, considerando que o conflito pode abrir espaço para manifestações dos sujeitos seja ela qual for [...]”*.

Assim, pensamos que se esses conflitos fossem revelados poderíamos ter o trabalho voltado para sua finalidade anunciada.

Foucault (2012) faz referência de que o poder nos interroga, indaga, nos condiciona a ter registros como mecanismo de busca da verdade.

Assim seu exercício e produção podem gerar novas formas de produzir o trabalho na ESF.

Para o autor:

Poder é um conceito abstrato, presente na relação social entre pessoas e/ou grupos, cujo significado se traduz na capacidade ou possibilidade de agir, de produzir efeitos e de determinar o comportamento de outros e assim, as pessoas além de sujeitos, são objetos de poder social (p. 82).

Os enfermeiros relatam que há falta de tempo e sobrecarga de atividades administrativas, o que cria impedimentos para tal ação, este achado já discutido na literatura (SILVA, 1997; SILVA, 2002; WAY, 2010; KAWATA et al., 2011; SILVA, 2013).

Assim, as relações de poder encontram-se vinculadas à supervisão, já que sempre existe um trabalhador que supervisiona e um supervisionado, e desta relação foi possível perceber uso do poder de forma punitiva foi predominante mesmo com as atuais propostas de modelos de gestão.

Um aspecto bastante descrito pelos entrevistados foi a realização da supervisão enquanto um olhar sobre o trabalhador supervisionado. Conforme descrito por Foucault (2000) o jogo do olhar é uma forma de se exercer a disciplina, e este olhar hierárquico é potencialmente uma forma de poder.

No período de coleta de dados em campo, percebemos que a supervisão é realizada pela enfermeira pautada na centralização do poder. Os momentos utilizados para correção de ações desenvolvidas pelos ACS, situações vivenciadas nos treinamentos como forma de manter ordem e disciplina destacam a ideia de uso do poder como estratégia de manutenção de ordem e controle da grupalidade.

No interjogo da supervisão entre os enfermeiros e ACS, uma terceira força tensiona esse processo, sendo constituída pelas relações políticas e pessoais entre gestores municipais, ACS, entre gestores e enfermeiros, entre ACS e população. Tal força pode ser movimentada por interesses partidários, interesses pessoais de todos os envolvidos e por interesses voltados para a saúde das pessoas, sendo necessário estruturar as práticas em saúde, com as necessidades da comunidade e programação definida pela gestão.

Entendemos que o futuro, nós o construímos hoje, em cada uma das nossas decisões cotidianas e, também na supervisão, as finalidades estabelecidas e pressupostas no trabalho são geralmente tomadas como dadas por outros, aqueles que têm Poder, frequentemente nos “esquecemos” do poder que temos de alcançar ou não as metas estabelecidas, de implantar (ou não) um programa proposto, de planejar (ou não) o trabalho que será desenvolvido e em qual(is) direção(ões). (SILVA 1997, p. 82)

O interjogo evidenciado nas entrevistas, grupo focal e nas observações que alicerçam nossa pesquisa, destacam o enfermeiro como trabalhador que centraliza informações, queixas, dificuldades, desejos, dúvidas, entre outros, dos demais trabalhadores da equipe, da gestão de saúde local, dos usuários. Este papel centralizador condiciona ao enfermeiro um papel central nos processos de trabalho da equipe, conforme é discutido por Pires (2011).

Além disso, existem exigências impostas pelo gestor municipal, em geral secretários municipais de saúde ou chefes de departamentos municipais de saúde, impactam diretamente no trabalho de supervisão do enfermeiro.

Esse aspecto não foi identificado na revisão de literatura sobre a supervisão dos enfermeiros aos ACS e parece incluir uma dimensão importante dessa prática pois em muitos municípios brasileiros, o secretário municipal de saúde é um cargo de confiança do prefeito.

Merhy et al.(2007a) descreve a possível dobra do sentido

[...] há processos ruidosos operando dentro de cada singularidade, bem como entre elas. Além disso, operam buscando e possibilitando novos caminhos instituintes, como linhas de fuga do que está estabelecido, possibilitando a emergência de novos instituídos, no mundo das significações, desterritorializando o anterior para novos e incertos trajetos (p. 117).

A contingência do trabalho de supervisão do enfermeiro cria estratégias nem sempre explícitas para lidar com isso. Uma dessas estratégias é conversar e convencer o gestor municipal sobre a forma como o trabalho do ACS deve ser realizado, outra forma é a de não criar indisposições no trabalho pois não se sabe que grupo político estará na gestão no próximo mandato eleitoral. Assim o enfermeiro desempenha a supervisão majoritariamente visando o controle do trabalho do ACS mas com limites de poder para tal. Questiona-se: caso o enfermeiro se depare com o trabalho exercido de modo inadequado por um ACS que é vinculado política-partidariamente ao gestor municipal, como realiza a mesma? Tal dúvida pode ser evidenciada no fragmento: “*a gestão passada, eu tive um problema sério, aqui na gestão passada, porque era parente, e acobertava um pouco (E5)*”.

Silva (1997) nas considerações de seu trabalho sobre supervisão enfatiza que o poder local gera Influências e potencializa a hierarquia das relações de trabalho, promovendo alienação e tomada de decisão centralizados na gestão. A autora colabora também na discussão deste mecanismo de persuasão pautados em possíveis recompensas ou em outras formas de uso do poder, como a avaliação das necessidades de atenção, diagnóstico e análise dos resultados. Estas ações evidenciam claramente o uso do poder nas ações de supervisão.

Outro fator que influencia a realização da supervisão é a presença de contratos de trabalho precarizados como forma de vínculo de alguns enfermeiros da região de saúde estudada. Desta forma, os enfermeiros descrevem que há Influências político-partidárias que acarretam mudanças de conduta dos trabalhadores nas unidades.

Além disso, há certa insegurança frente ao repasse de advertências aos trabalhadores de saúde, já que para alguns enfermeiros os fluxos para execução desta ação não estão claramente definidos. De forma, que as enfermeiras fazem uso do interjogo como estratégia para continuidade da rotina de trabalho das equipes, sem causar interferências na gestão ou no cotidiano dos trabalhadores.

As mudanças no processo de trabalho da supervisão não devem ser norteadas pela invenção de novos instrumentos e estratégias de controle, e sim da organização do trabalho em equipe, de reflexões junto dos trabalhadores tendo como base a finalidade do processo de trabalho destas equipes.

Servo (1999) já discutia a necessidade de o enfermeiro repensar suas práticas de supervisão e gerenciamento. Este movimento de construir e reconstruir, voltadas para o vínculo e pautadas no modelo de atenção a saúde, pode ser a estratégia para uma atuação com disponibilidade e direcionada à resolução das demandas dos demais trabalhadores. De forma a despertar algumas reflexões de como repensar tais práticas de supervisão e se este repensar deve ser de responsabilidade de um ator, de um grupo de trabalhadores? Há, ainda, um grande desafio para a organização do trabalho de supervisão e para os processos de trabalho da equipe de saúde da família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as ações de supervisão praticadas por trabalhadores de ESF de uma região de saúde do estado de Goiás, tendo como referencial teórico o processo de trabalho e as relações de poder.

Foram identificados alguns aspectos já discutidos na literatura sobre supervisão em enfermagem, fortemente influenciadas pelo controle e fiscalização da produção dos trabalhadores.

Nas diferentes estratégias de coleta de dados, foi possível identificar as relações vivenciadas por enfermeiros e ACS, a presença da divisão técnica e social do trabalho, do olhar disciplinador dos supervisores sobre a atuação dos supervisionados e as formas de escapes do trabalho elaboradas por estes atores.

A supervisão realizada pelos trabalhadores das ESF da região estudada não vem de encontro com as propostas de mudança do modelo de atenção à saúde, por recebe influências da lógica programática de saúde, além de ser entendida pela lógica do produzir e comprovar o cuidado realizado.

Grande parte dos enfermeiros entrevistados refere realizar a supervisão por meio de impressos, encontros informais no cotidiano dos serviços, reuniões com ACS e ações de educação continuada. Para os ACS, é realizada para o controle e acompanhar as famílias por eles visitadas, além da interface de educação fortemente descrita como parte do processo de supervisão.

Em relação às relações de poder presentes no processo de trabalho de supervisão, foi possível perceber a influência causada pela gestão e forças político partidárias. O enfermeiro faz uso do poder hierárquico e por meio deste, fiscaliza e controla o trabalho dos ACS, para alguns supervisores, o poder é ferramenta de coerção para alcance de metas e objetivos propostos.

Sobre a presença dos escapes e uso do autogoverno nas práticas diárias, houveram diferentes momentos em que este ocorreu, seja por parte do ACS ou por parte dos enfermeiros. Estes trabalhadores utilizaram seu autogoverno, alterando algumas atividades previamente definidas pela equipe.

Percebe-se que há potencial de transformação no processo de trabalho de supervisão na saúde da família, uma vez que os trabalhadores envolvidos, compreendem a importância de mudança nas práticas, e demonstram interesse em conhecer mais sobre o tema.

Os enfermeiros desenvolvem a supervisão com dificuldades, e entre os ACS, percebeu-se abertura para a discussão e construção de novas formas de realizar supervisão.

Ao final desta pesquisa, encontro algumas respostas e muitas outras perguntas. É importante que o processo de trabalho das equipes seja discutido e que suas finalidades sejam conhecidas. Além disso, a supervisão que hoje é executada, pautada na busca por resultados quantitativos de produção, precisa dar espaço à novas formas de se organizar o trabalho.

Em relação ao poder fiscalizador e disciplinador, que confere influências à prática dos trabalhadores, é necessário que seja repensado e, utilizado sob outra lógica. A que estimula e potencializa a atuação do trabalhador e o exercício de seu autogoverno.

REFERENCIAS

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 – Comunic, Saúde, Educ.** v. 5, n. 9, p. 150-53, 2001

ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Ed. Cortez, 1997

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995 p.158

ASSIS, M. M.A., JORGE, M.S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S. S., NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa: métodos e Técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: UEFS, 2010

AYRES, J.A., BERTI, H.W., SPIRI, W.C. Opinião e conhecimento do enfermeiro supervisor sobre sua atividade. **Rev. Min. Enf.** v. 11, n. 4, p. 407-13, 2007

BARALDI, S, CAR, M.C. O sentido do trabalho em um projeto de formação de profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 555-67, 2006

BARALHAS,M., PEREIRA, M.A.O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n.3, 2013

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 2488 de 21 Out. 2011. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Lei n. 10.507 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão do agente comunitário de saúde e da outras providencias. Brasília, 10 de jul. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm. Acesso em: 06 de jul. 2010.

_____. Lei n. 11.350 05 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pela Emenda Constitucional nº51/2006, e dá outras providências. Brasília, 05 de out. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 09 de ago. 2010.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 648 de 28. Mar. 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**/ Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988

CAMPOS, G. W. de S. **Planejamento sem normas**: considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde . Campinas: Hucitec, 1989

CAMPOS, G.W.S. Reforma Política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 301-306, 2007a

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007b

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciê. Saúde Coletiva**. v. 15, Supl. 1, p. 1509-1520, 2010

CARVALHO, J.F.S, CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm.** v. 13, n.3, p. 546-53, 2011

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005

CHIAVENATO, I. **Introdução a teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. São Paulo: Ed. Elsevier. 7ª edição, 2003

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. São Paulo: Ed. Elsevier. 2ª edição, 2004

CIAMPONE, M.T.H., PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** v.53, n. especial, p. 143-147, 2000

COELHO, M.M.F, et al. Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. **Rev. Rene**. v. 13, n. 3, p. 704-11, 2012

CORREIA, M. E. A. **Agentes Comunitários de Saúde**: a construção de um poder capturado. 2008. 140p. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008

CORREIA, V. S.; SERVO, M. L. S. Supervisão da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 59, n. 4, p. 527-31, 2006

COSTA, G.D., et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rv. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 1, p 113-8, 2009

CUNHA, M.T.R. **Gerencia enquanto instrumento para mudanças em um serviço substitutivo de saúde mental no município de Uberaba** – estudo de caso. 2003 .108p. Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003

DAVID, H.M.S.L., et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 206-14, 2009

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaucha Enferm.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

FELLI, V.E.A, PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: **Gerenciamento em enfermagem**. Paulina Kurgant. Guanabara Koogan, 2010

FERREIRA,V. S. C, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 21, n.3. p.889-915, 2011

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 25º ed. 2012.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. São Paulo: Ed. Vozes, 23º ed. 2000

FRASER,M. T.D.; GONDIM, S. M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**. v. 14, n.28, p. 139-152, 2004

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FORTUNA, C.M. **O trabalho em equipe em numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidade. 1991. Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991

GOIÁS. **Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás**. Acesso em: 10/01/2014
Disponível em : <http://www.saude.go.gov.br/>

GOIÁS, **Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás**. Situação de Saúde de Goiás – Cartilha de indicadores de saúde georreferenciados, 2013. Acesso em: 10/02/2014. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/cartilha2013_final.pdf >

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Minayo, M. C.S. (org). Petrópolis, Vozes, 27º ed., 2008

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go> > Acesso em: 15.12.2013

JUNQUEIRA, T.S., et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**. V. 26, n. 5, p. 918-28, 2010

KAWATA, L.S., et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Text Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, 2009

KAWATA, LS. **Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial**. 2007. 137p. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007

KAWATA, L.S., et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. Esc. Enferm, USP**. v. 45, n. 2, p. 349-55, 2011

KURGANT, P., MASSAROLLO, M.F.K.B. Ética e gerenciamento de enfermagem. In: **Gerenciamento de enfermagem**. KURGANT, P. São Paulo: Guanabara Koogan, 2º ed, 2010

LIBERALLI, J., DALL'AGNOL C.M. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. **Rev. Gaúcha, Enferm**. v. 29, n. 2, p. 276-82, 2008

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** Botucatu, v. 9, n. 16. p. 9-24, 2005.

MENDES GONÇALVES, R.B **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** Cadernos CEFOR. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992

MERHY, E. E. **Saúde Pública como política.** São Paulo: Hucitec, 1992

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 2007a

MERHY, E. E. **Trabalho em saúde.** Rio de Janeiro, 2005 Disponível em:< <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> > Acesso em 13/01/2013

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY, E.E. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007b

MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G., SOUZA, G.R. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 27º ed., 2008

NUNES, T.C.M. A Supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 2, n. 4, p. 466-476, 1986

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

PEDUZZI, M., SILVA, A.M., LIMA, M.A.D.S. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem.** SOARES, C.B., CAMPOS, C.M.S. São Paulo: Manole, 2013

PESSANHA, R.V., CUNHA, F.T.S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** v. 18, n. 2, p. 233-40, 2009

- PEREIRA, M.J.B, et al. A assistência domiciliar conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev. Latino-am Enferm.** v. 13, n. 6, p. 1001-10, 2005
- PEREIRA, M.J.B, et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n. 5, p. 771-77, 2009
- PIRES, M.R.G.M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. Esc. Enferm USP.** v.45, n. especial 2, 1710-5, 2011
- POLIT, D.F., BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. São Paulo: Artmed, 7ª edição, 2011
- RAMOS, M.N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: **O processo histórico do trabalho em saúde.** FONSECA, A.F., STAUFFER, A.B. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-56
- ROSA, M.I. **Trabalho, subjetividade e poder.** São Paulo: EDUSP, 1994
- REIS, C.C.L; HORTALE,V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, n.2, 492-501, 2004
- REIS, M. A, et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.
- RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.
- RIBEIRO, E.M; PIRES, D; 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,** Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 438 – 446, 2004
- ROCHA, B.S., et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enferm. UERJ.** V. 17, n. 2, p. 229-33, 2009
- ROCHA, S.M.M., ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino- am. Enferm.** v. 8, n. 6, , p. 96 -101, 2000
- SANT’ANNA, C.F., et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 31, n.1, p. 92-9, 2010

SANTOS, K. T; et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade da saúde da família? **Cien. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1.p. 1023-1028, 2011

SERVO, M.L.S. **O pensar, o sentir e o agir da enfermeira no exercício da supervisão da rede SUS local: o (re)velado de uma práxis**. 1999. Tese. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999

SERVO, M.L.S., ARAÚJO, P.D. O estresse e o processo de trabalho de supervisao da enfermeira de unidade saúde da família: uma revisão teórica. **Diálogos & Ciência**. a. V, n. 10, 2007

SILVA, A. B. F. **A supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermeira**. 2002. 123 p. Dissertação (Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2002

SILVA, B.K., et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm**. v.9, n.3, p. 712-23, 2007

SILVA, E. M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. Tese. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1997.

SILVA, E.M. **Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80**. 1991. Dissertação. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1991.

SILVA, I.S. Análise das relações de poder que permeiam os processos de trabalho de uma equipe de saúde da família. Universidade Federal de São Carlos, 153p. 2013 Mestrado.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.53, n. especial, p. 17 -24, dez, 2000

VÍCTORA, C.G., KNAUTH, D. R., HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editora, 2000

WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismo de enfrentamento**. 2007. 137f. Dissertação. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim de La Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENFERMEIRO: ENTREVISTA

Nome da Pesquisa: **“O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão aos agentes comunitários de saúde em equipes de Saúde da Família”**. Pesquisadores Responsáveis: **Prof^ª Dr^a Cinira Magali Fortuna** – Orientadora e **Juliana Sterci da Silva** – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar a supervisão realizada pelo enfermeiro de saúde da família aos agentes comunitários de saúde. Caso concorde, a sua participação será permitindo a realização de uma entrevista, que será em dia e local escolhidos pelo(a) senhor(a), de acordo com suas possibilidades. O tempo previsto será em torno de 40 minutos. Esta entrevista será gravada em aparelho digital e transcrita. Após a transcrição, as gravações serão destruídas e o material será analisado, sendo garantido que não será possível a identificação da pessoa que deu a entrevista. A entrevista poderá colocá-lo em situação de desconforto/riscos mínimos, como por exemplo responder a uma questão que considerar constrangedora, nesse caso poderá se negar a responder e interromper a entrevista. O pesquisador estará atendo para essa situação e caso perceba-a fará o possível para minimizar o desconforto como por exemplo, passando para outra questão, perguntando se deseja continuar, etc, sendo garantido que será tratada com respeito. Sua participação é voluntária e caso o(a) senhor(a) sinta algum desconforto em participar da entrevista, poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso traga qualquer prejuízo a sua pessoa. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos e publicação em revistas científicas. Esta pesquisa pretende colaborar com a produção de conhecimento sobre o processo de supervisão dos agentes comunitários de saúde na equipe de saúde da família. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar falar com as pesquisadoras. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a realização da entrevista. Caso concorde em participar, uma via assinada deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo CAAE nº ____/2013).

De acordo, _____, ____ de _____ de 2013.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Juliana Sterci da Silva
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -
USP
Telefone para contato: (16) 8105-4240
Orientanda

Cinira Magali Fortuna
Prof^ª Dr^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil
e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
– USP
Telefone para contato: (16) 3602-3476
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****ACS: GRUPO FOCAL**

Nome da Pesquisa: **“O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão aos agentes comunitários de saúde em equipes de Saúde da Família”**. Pesquisadores Responsáveis: **Prof^a Dr^a Cinira Magali Fortuna** – Orientadora e **Juliana Sterci da Silva** – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar a supervisão realizada pelo enfermeiro de saúde da família aos agentes comunitários de saúde. Caso concorde, o(a) senhor(a) participará reuniões de grupo focal, que será em dia e local escolhidos pela pesquisadora em acordo com todos os(as) senhores(as), conforme disponibilidade. O tempo previsto será de no máximo duas horas por reunião grupal. As discussões do grupo focal serão gravadas em aparelho digital e transcritas. Após a transcrição, as gravações serão destruídas e o material será analisado, sendo garantido que não será possível a identificação das pessoas que participaram das reuniões do grupo focal. A sua participação nesta atividade de grupo poderá colocá-lo em situação de desconforto/riscos mínimos como o de discordar de um colega ou não sentir sua fala entendida, e em todos os momentos será tratada com respeito. Sua participação é voluntária e caso o(a) senhor(a) sinta algum desconforto em participar das discussões do grupo, poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso traga qualquer prejuízo a sua pessoa. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos e publicação em revistas científicas. Esta pesquisa pretende colaborar com a produção de conhecimento sobre o processo de supervisão dos agentes comunitários de saúde na equipe de saúde da família realizada pelos enfermeiros. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar falar com as pesquisadoras. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter participado das reuniões do grupo focal. Caso concorde em participar, uma via assinada deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo CAAE nº ____/2013).

De acordo, _____, ____ de _____ de 2013.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Juliana Sterci da Silva

Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -
USP

Telefone para contato: (16) 8105-4240
Orientanda

Cinira Magali Fortuna

Prof^a Dr^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil
e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
– USP

Telefone para contato: (16) 3602-3476
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE: OBSERVAÇÃO

Nome da Pesquisa: **“O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão aos agentes comunitários de saúde em equipes de Saúde da Família”**. Pesquisadores Responsáveis: **Prof^{ra} Dr^a Cinira Magali Fortuna** – Orientadora e **Juliana Sterci da Silva** – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar a supervisão realizada pelo enfermeiro de saúde da família aos agentes comunitários de saúde. Caso concorde, a sua participação será permitindo que o pesquisador observe o trabalho realizado pelo(a) enfermeiro(a) na unidade de saúde ou no atendimento domiciliar. O pesquisador vai registrar o que observou em um caderno que se chama diário de campo para depois ler e analisar. A observação poderá colocar o(a) senhor(a) em situação de desconforto/riscos mínimos, uma vez que será realizado somente observação do trabalho, devido a presença de um observador. O pesquisador estará atento para a essa situação e caso perceba-a fará o possível para minimizar o desconforto como por exemplo perguntando se deseja que pare de observar, etc. como sua participação é voluntária, você poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso traga qualquer prejuízo a sua pessoa. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos e publicação em revistas científicas. Esta pesquisa pretende colaborar com a produção de conhecimento sobre o processo de supervisão dos agentes comunitários de saúde na equipe de saúde da família. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar falar com as pesquisadoras. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a observação de seu trabalho. Caso concorde em participar, uma via assinada deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo CAAE nº ____/2013).

De acordo, _____, ____ de _____ de 2013.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Juliana Sterci da Silva
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -
USP
Telefone para contato: (16) 8105-4240
Orientanda

Cinira Magali Fortuna
Prof^{ra} Dr^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil
e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
– USP
Telefone para contato: (16) 3602-3476
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE D**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****USUÁRIO: OBSERVAÇÃO**

Nome da Pesquisa: **“O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão aos agentes comunitários de saúde em equipes de Saúde da Família”**. Pesquisadores Responsáveis: **Profª Drª Cinira Magali Fortuna** – Orientadora e **Juliana Sterci da Silva** – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP. Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar a supervisão realizada pelo enfermeiro de saúde da família aos agentes comunitários de saúde. Caso concorde, a sua participação será permitindo que o pesquisador observe o atendimento que o(a) senhor(a) irá receber na unidade de saúde ou na visita domiciliar. A observação durará o tempo que durar seu atendimento. O pesquisador vai registrar o que observou em um caderno que se chama diário de campo para depois ler e analisar. Durante a observação o(a) senhor(a) poderá se expor a algum desconforto, como incomodo pela presença do pesquisador, mas será realizado somente observação de um atendimento prestado ao senhor(a) e não se alteram as ações comumente adotadas neste serviço. A pesquisadora estará atenta às ações verbais e não verbais para reduzir ou evitar estes desconfortos, mas caso seja percebido ou verbalizado pelo senhor(a), a pesquisadora interromperá a observação e se retirará do local. A pesquisa também não lhe trará nenhum prejuízo financeiro, ou seja, o senhor não pagará nada por aceitar participar e nem receberá nenhum tipo de retorno financeiro. Sua participação é voluntária, sendo garantido que não será possível a identificação das pessoas observadas no estudo. O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e nem para o acompanhamento que o(a) senhor(a) faz na unidade de saúde. O benefício do estudo é que seus resultados poderão fornecer elementos para entender como os enfermeiros da equipe de saúde da família estão realizando a supervisão do trabalho do agente comunitário de saúde, permitindo que as relações de trabalho sejam analisadas e assim pensar em estratégias para melhorar o atendimento da equipe de saúde da família. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos e publicação em revistas científicas. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar falar com as pesquisadoras. Caso concorde em participar, uma via assinada deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo CAAE nº ____/2013).

De acordo, _____, ____ de _____ de 2013

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Juliana Sterci da Silva
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -
USP
Telefone para contato: (16) 8105-4240
Orientanda

Cinira Magali Fortuna
Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno Infantil
e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
– USP
Telefone para contato: (16) 3602-3476
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE E

Roteiro para entrevistas com enfermeiro

- Nome completo, idade, estado civil
- Em que ano o(a) Sr.(a) concluiu sua graduação? Você estudou em universidade pública ou privada?
- Há quanto tempo o(a) Sr.(a) trabalha como enfermeira de ESF? Qual é o tipo de vínculo empregatício?
- Caso tenha tido experiências profissionais anteriores à ESF, qual foi a função exercida? Por quanto tempo e qual o tipo de vínculo?
- O(A) Sr.(a) realizou alguma pós graduação? Em qual área? Há quanto tempo?
- Conte-me sobre as atividades desenvolvidas como enfermeiro(a) de ESF
- Como é composta sua equipe de ESF?
- Conte-me sobre suas atividades desenvolvidas na ESF em um dia típico. Em quais dessas atividades considera ter realizado supervisão dos ACS?
- O(A) Sr.(a) tem alguma dificuldade ou facilidade em atuar com os ACS?
- Em sua atuação nesta, ou em outra ESF, o(a) Sr.(a) já se deparou com situação de conflito? Dê exemplos.
- O(A) Sr.(a) realiza atividades de educação permanente com os ACS? Qual a periodicidade?

APENDICE F

Roteiro para observação participante da pesquisa:

- ✓ Data da observação:
- ✓ Horário de início:
- ✓ Área de atendimento:
- ✓ Profissional observado:
- ✓ Forma de identificação ao público:
- ✓ Horário de término:

O pesquisador deverá acompanhar as atividades e ações de cada um dos enfermeiros em seu contato com os ACS das unidades de saúde da família já selecionada por um período previsto de uma semana cada, descrevendo no diário de campo:

- ✓ Tipo de atividade/ação (visitas, reuniões de equipe, grupos educativos e outros momentos de encontro do enfermeiro com ACS) quanto ao objeto de trabalho, instrumentos, finalidade;
- ✓ Sujeitos envolvidos na atividade/ação observada;
- ✓ Tecnologias presentes na atividade/ação observada;
- ✓ Tipos de comunicações observadas (verbal, não verbal, linguagem, entonações de voz);
- ✓ Características dos diálogos observados (ouve seu interlocutor, clareza, coerência, coordenação de ideias, tonalidade da voz);
- ✓ Características do ambiente em que ocorre a ação;
- ✓ Atitudes, posturas, interações, conflitos e resolução destes, afetos, auxílios e posturas observadas na atividade/ação;
- ✓ Forma de supervisão e ações do enfermeiro/ACS;
- ✓ Expressões faciais, olhar para seu interlocutor, expressão corporal;
- ✓ Solicitações, interações e questões dirigidas ao pesquisador (observador);
- ✓ Observações pessoais do pesquisador acerca da atividade/ação observada.

APÊNDICE G

Roteiro encontros de grupo focal

Início do GF com agradecimento e apresentação dos objetivos da pesquisa e contribuição dos presentes.

Iniciar com exercício de aquecimento e apresentação dos participantes.

Informar quanto a presença do Observador, que acompanhará a atividade e fará anotações sem interferir no andamento do GF.

Perguntas norteadoras

- ✓ Qual é objetivo do trabalho do ACS ?
- ✓ Contem como é o trabalho com o enfermeiro e com a micro área de atuação? Como é o trabalho do enfermeiro é realizado?
- ✓ A supervisão realizada pela enfermeira ajuda a acompanhar/ desempenhar seu trabalho? Estas ações ajudam a alcançar o objetivo de seu trabalho?
- ✓ Isso é supervisão?

Perguntar se todas concordam com as falas apresentadas no grupo. Se houver algum pensamento diferente, solicitar que a pessoa abra ao grupo.

Para o encerramento do grupo focal:

Perguntar como foi o encontro e com uma palavra, elaborar uma avaliação de tudo que foi vivenciado naquele grupo.

Agradecer aos presentes. Agendamento do próximo encontro. Estimular e incentivar a presença das ACS para a próxima reunião.

Roteiro para 2º Encontro

Síntese do grupo anterior

Discutir pontos discutidos no 1º encontro

Abordar o objetivo geral do trabalho compreender/analisar o processo de trabalho do enfermeiro de ESF na supervisão aos ACS

Propor ao grupo uma atividade diferente, formar três grupos, com organização por afinidade

Entregar cartolina, revistas, cola, tesoura e canetas hidrográficas as ACS e repassar a proposta:

O que é supervisão do enfermeiro ao ACS? Como é feita? Para que é feita? Quando dever ser feita?

Dar tempo para as discussões e observar termos usados para repasse do entendimento sobre supervisão do enfermeiro ao trabalho das ACS

Verificar as falas na atividade, com as observações e as dificuldades (1º) /facilidades (2º) listadas no primeiro encontro

Perguntar sobre

- ✓ Interferências da gestão no trabalho e na supervisão
- ✓ Nas observações foi possível acompanhar o registro de ponto dos profissionais da equipe de saúde, qual é a visão de vocês sobre o controle de ponto?
- ✓ Ações de cobrança do trabalho impactam de que forma o trabalho desenvolvido por vocês?

Encerramento:

Indagar sobre o encontro e a seguir solicitar que os presentes elaborem com uma palavra, uma avaliação de tudo que foi vivenciado naquele grupo.

Agradecer aos presentes.

ANEXO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 158/2013

Ribeirão Preto, 05 de Junho de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 162ª Reunião Ordinária, realizada em 05 de junho de 2013.

Protocolo CAAE: 13888613.0.0000.5393

Projeto: O processo de trabalho do enfermeiro na supervisão aos agentes comunitários de saúde em equipes de Saúde da Família.

Pesquisadores: Cinira Magali Fortuna
Juliana Sterci da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP