



Artigo Original

PROCESSO DE SUPERVISÃO SOCIAL EM ENFERMAGEM: POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

PROCESS OF SOCIAL SUPERVISION IN NURSING: POSSIBILITY OF TRANSFORMATION OF THE ASSISTENCIAL MODEL PROCESS OF SUPERVISION IN NURSING

Resumo

Valesca Silveira Correia¹
Maria Lúcia Silva Servo¹

¹ Universidade Estadual de Feira de
Santana – UEFS
Feira de Santana – Bahia – Brasil

E-mail:
valesca.correia@gmail.com

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa realizado com as enfermeiras das Unidades de Saúde da Família no município de Conceição do Jacuípe-BA no ano de 2008 que teve como objetivo compreender a representação social das enfermeiras sobre o processo de supervisão social em Enfermagem na estratégia saúde da família. Utilizou-se como técnica para coleta de dados a entrevista semi-estruturada e o grupo focal e para a análise dos dados, a análise de conteúdo de Bardin. O estudo sinalizou o enfoque dado ao planejamento estratégico situacional, ao trabalho em equipe e à utilização das técnicas e instrumentos de supervisão como estratégias para o desenvolvimento do processo de supervisão social na estratégia de saúde da família. Contudo, as enfermeiras revelam representações ancoradas na supervisão tradicional ao conceberem o planejamento dissociado da execução e ao revelarem a influência do modelo de atenção sanitária campanhista na sua prática profissional. Conclui-se que as representações sociais das enfermeiras acerca do processo de supervisão social na equipe de saúde da família apontam a necessidade de superação da supervisão tradicional para um novo dimensionamento de visão das práticas em saúde através da supervisão social, tendo em vista à consolidação da estratégia saúde da família como proposta de mudança do modelo assistencial hegemônico.

Palavras-chave: supervisão de enfermagem; saúde da família; planejamento em saúde.

Abstract

This is a qualitative, descriptive and exploratory study which has been carried out with the nurses of the Family Health Unit. It aimed to understand the social representation of the nurses on the process of social supervision in Nursing in the health strategy of the family. A semi-structured interview and a focal group have been used as the technique for data collection. As for the analysis of the data, Bardin's analysis of content has been used. The study showed that the situational strategic planning, the work in team and the use of the techniques and instruments of supervision are strategies to be considered for the development of the process of social supervision in the health strategy of the family. However, the

nurses showed representations which are supported by the traditional supervision when they conceive the disassociated planning of the execution and when they are reveal that they are influenced by the model of sanitariat campaign care in their professional practice. It is concluded that the social representations of the nurses concerning the process of social supervision in the team of health of the family points out to the necessity of overcoming of the traditional supervision with respect to a new dimension of vision of the practices in health through the social supervision, in view of the health of the family as proposal to change the hegemonic assistencial model.

Key words: Nursing, Supervisory; Family Health; Health Planning .

Introdução

O processo de supervisão em enfermagem envolve o planejamento das ações de saúde e de enfermagem coletivamente, a execução da supervisão diante do que foi planejado e a avaliação do que foi realizado¹. Tais ações acontecem simultaneamente no cotidiano profissional e, por isso, não são estanques entre si. Tal fato torna o processo de supervisão cíclico, pois uma ação desencadeia outra sucessivamente.

Além disso, este processo abarca agentes, objetos, meios, instrumentos e finalidades que são caracterizados pelo enfoque atribuído à supervisão, numa perspectiva tradicional ou social, a qual possibilitará a manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde predominante, ora focado no atendimento médico-centrado diante da demanda espontânea, ora focado em atividades campanhistas e programas formatados à nível central^{2,3,4}.

Inicialmente a representação social da supervisão era um instrumento administrativo para controlar, fiscalizar e punir os trabalhadores caso não desempenhassem corretamente as tarefas pré-determinadas pelos dirigentes das organizações. O supervisor desempenhava um papel intermediário entre a cúpula administrativa, que determinava as ações a serem realizadas, e os trabalhadores tinham como obrigação executá-las com eficiência^{1,5}.

Contudo, este modelo de supervisão apresentou defasagem após a Revolução Industrial, pois o processo de trabalho tornou-se mais complexo e houve a fragmentação da tarefa e mecanização do trabalho, o que levou ao desgaste do trabalhador e, com isso, ao surgimento das reivindicações por melhores condições de trabalho através da criação de sindicatos⁵.

Diante destes acontecimentos a postura do supervisor tradicional foi sendo transformada de uma atividade coercitiva por uma atividade cooperativa na qual os problemas detectados no cotidiano dos serviços fossem resolvidos de forma conjunta através de ações de orientação e capacitação^{2,5} dos trabalhadores para que desempenhassem suas tarefas da melhor forma possível e continuassem a aumentar a produtividade das organizações.

Na enfermagem a representação da supervisão tradicional consolidou-se desde a institucionalização da profissão na Inglaterra no século XIX com as contribuições de Florence Nightingale através da divisão social e técnica do trabalho entre enfermeiras que chefiavam e as trabalhadoras de enfermagem

que cuidavam diretamente dos pacientes, sendo a supervisão uma atribuição exclusiva das enfermeiras-chefes¹.

Atualmente, o reflexo desta fragmentação é visualizado na divisão do processo de trabalho em enfermagem entre as categorias profissionais (enfermeiro, auxiliar, técnico e atendente de enfermagem) na qual existe a separação entre planejar e executar contribuindo nas representações sobre supervisão das enfermeiras que atuam na rede de serviços de saúde.

O modelo assistencial em saúde ou modelo de atenção em saúde “orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde”^{4,5,6} o qual influencia e é influenciado de acordo com a direcionalidade dada ao processo de supervisão em enfermagem nas unidades de saúde da família.

Vários modelos de atenção à saúde foram implementados, sendo que os primeiros modelos do século XX foram o sanitarista campanhista com enfoque nas ações de saúde pública tradicionais e o médico assistencial privatista o qual valoriza a atenção individualizada, o atendimento médico, o biologismo e a medicalização das doenças. Estes modelos foram predominantes nas décadas de 60 e 70 sendo que oneraram o sistema de saúde e não conseguiram ser efetivos e impactar os problemas de saúde da população^{4,6}.

Outros modelos de atenção à saúde foram propostos nas décadas de 80 e 90 como alternativos aos modelos vigentes no Brasil tais como o Programa de Saúde da Família que surgiu no ano de 1994. Este programa foi modificando-se diante do contexto político e ideológico sendo redefinido em 1997 como estratégia tendo em vista a integração dos serviços de saúde e transformação das práticas profissionais com o objetivo de alcançar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde assegurado legalmente pela Constituição da República Federativa do Brasil⁶.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa reorganizar a rede de serviços de saúde a partir da estruturação e integração das unidades de saúde nas suas diversas complexidades e densidades tecnológicas através das relações humanizadas e resolutivas entre a equipe de saúde e as famílias das áreas de abrangência das unidades de saúde da família.

O processo de supervisão social em Enfermagem na ESF possibilita a integração das ações de saúde e a criação de mecanismos que promovam a participação conjunta da equipe e dos usuários no planejamento das ações, na identificação de problemas, estabelecimento de metas e critérios de avaliação, bem como a co-responsabilização pela execução das atividades.

Contudo, o estilo de supervisão adotado poderá intimidar os sujeitos envolvidos no processo quando se caracteriza como tradicional buscando apontar os erros de maneira constrangedora além de inibir a criatividade, pois não são criados espaços de diálogo e manifestação de opiniões sobre o desenvolvimento do processo de trabalho que é característico da supervisão social.

Neste sentido, a supervisão social em enfermagem configura-se como um dos instrumentos de gerência utilizados na reorientação do processo de trabalho da equipe de saúde da família e possibilita a realização de ações pautadas pela equidade, universalidade do acesso, integralidade das ações,

participação social e intersetorialidade das ações condizentes com o modelo assistencial alternativo da ESF.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo compreender a representação social das enfermeiras sobre o processo de supervisão social em Enfermagem na estratégia saúde da família.

Métodos

Esta pesquisa foi desenvolvida na perspectiva da abordagem qualitativa, entendida como aquela apropriada para “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas” admitindo o envolvimento do pesquisador com seu objeto de estudo ⁷.

Através da compreensão do processo de supervisão elaborada pelas enfermeiras é possível ter uma noção da realidade vivenciada por estes sujeitos e das condições históricas e sociais que interferem na forma como interpreta e (re) produz sua prática em direção ou não à transformação do modelo de atenção à saúde hegemônico.

Trata-se de um estudo descritivo que é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos com o intuito de revelar as representações dos sujeitos, e exploratório por ser flexível e apresentar como vantagem o estímulo a novas descobertas e a simplicidade dos procedimentos⁸.

A pesquisa foi realizada em todas as Unidades de Saúde da Família do Município de Conceição do Jacuípe-BA no ano de 2008. Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiras que se encontravam em pleno exercício profissional nas Unidades de Saúde da Família no referido município e que aceitaram participar da pesquisa.

As técnicas escolhidas para a realização do levantamento de dados foram a entrevista semi-estruturada e o grupo focal. No primeiro momento da coleta de dados foi realizada a entrevista semi-estruturada através de um roteiro contendo perguntas abertas o que possibilitou maior flexibilidade na condução da investigação sobre a compreensão do processo de supervisão. No segundo momento da coleta de dados foram realizadas três sessões de grupo focal com as enfermeiras das equipes de saúde da família. No segundo encontro com o grupo foi possível aprofundar a discussão sobre a compreensão do processo de supervisão, através do mesmo roteiro utilizado na entrevista semi-estruturada.

Com a necessidade de compreender o processo de supervisão em enfermagem através do conteúdo das falas para além dos significados superficiais contidos nas mensagens e revelar o dito e o não dito, foi utilizado como método a análise de conteúdo de Bardin^{9:44} que “ao trabalhar com as palavras e as significações (...) procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (...)”.

As informações contidas nas entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e transcritas durante a coleta de dados e organizadas para análise em três fases “a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”^{9:75}.

Foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual informou aos sujeitos do estudo a respeito do tema, riscos e benefícios da pesquisa assegurando a ética na utilização das informações coletadas.

Para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo foram atribuídos nomes de deusas gregas como Atenas, Afrodite, Hera, Geia e Téia. Além disso, os conteúdos das entrevistas semi-estruturadas não foram identificados com relação ao sujeito do estudo em virtude deste material ter sido utilizado no acontecer grupal como dispositivo para reflexão e manifestações das representações sobre o processo de supervisão em Enfermagem.

Considerando-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana e aprovado segundo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 0196.0.000.059-08.

Resultados e discussões

No grupo focal referente à discussão coletiva sobre a compreensão do processo de supervisão em enfermagem na Estratégia Saúde da Família foram apreendidos o medo, a fuga do debate, a insegurança além da presença constante do silêncio em vários momentos do acontecer grupal como expressão dos sentimentos e atitudes das enfermeiras.

Os sujeitos do estudo deixaram emergir seus sentimentos mais latentes como solidão e insegurança durante o acontecer grupal. Estes sentimentos interferem no processo de supervisão da enfermeira como visualiza-se na representação de Teia com relação ao planejamento na equipe de saúde da família. (...) *por não ter condições que a gente sabe de tá planejando a gente acaba passando muito em cima do problema, muito em cima do ocorrido, então ocorreu aquilo, a gente dá uma atenção maior aquele problema (...) pelo fato de a gente não ter muito o hábito de tá planejando (...).* (Teia-Grupo Focal)

O planejamento não é compreendido como uma atividade inerente ao processo de supervisão em enfermagem na equipe de saúde da família, sendo que planejar não é uma escolha dos profissionais de saúde, pois, ao se trabalhar com problemas de saúde sabe-se da complexidade dos mesmos e dos riscos e danos ocasionados pela ausência de ações que impactem as causas dos problemas¹⁰⁻¹¹.

Deste modo, planejar de modo sistemático utilizando uma metodologia que dê suporte a elaboração de planos proporciona a projeção de medidas que serão tomadas para evitar ou amenizar a ocorrência de complicações na saúde da população.

Salienta-se que o processo de supervisão na equipe de saúde da família é de responsabilidade legal da enfermeira conforme consta no artigo 11, alínea c da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem 7.498/86, que define como atividade privativa do enfermeiro o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de enfermagem”^{12:9.274}.

Além disso, a Portaria 648/06 do Ministério da Saúde define como atribuição específica do enfermeiro na Atenção Básica “planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”^{13:75}.

Tal constatação foi ratificada pela representação sobre o planejamento no processo de supervisão da enfermeira nas entrevistas semi-estruturadas revelando a incompreensão do ato de planejar como atividade que subsidia o exercício da supervisão social em enfermagem. (...) *you acaba que nem planeja (...) qualquer momento que you tenha you automaticamente you tá supervisionando sem nem mesmo planejar (...) acontece espontaneamente.*

Observa-se que as representações sobre o planejamento estão arraigadas nas origens da supervisão tradicional a qual valoriza a execução das atividades determinadas pelos dirigentes nas estruturas organizacionais das instituições de saúde sem análise crítica do contexto no qual as ações são desenvolvidas.

É importante ressaltar que a supervisão em enfermagem se integra com as funções de planejamento e programação em saúde ao mesmo tempo em que o planejamento se constitui em um dos momentos do processo de supervisão¹.

O planejamento subsidia os atores sociais com suporte para a tomada de decisões, possibilita o sucesso das operações, contribui para facilitar a supervisão e avaliação das atividades de Enfermagem, além de prevenir a ocorrência de falta de recursos, conseqüentemente, evita improvisações das atividades de Enfermagem^{14:14}

Nesse sentido, o desconhecimento do planejamento como recurso para sistematizar a supervisão social nas unidades de saúde da família sinaliza o despreparo dos sujeitos para identificar, descrever e analisar os problemas de saúde da comunidade e do serviço no qual está inserido através de uma metodologia do planejamento em saúde.

É necessário planejar para avaliar antecipadamente a conseqüência dos atos que serão praticados mesmo quando o futuro não é previsível e é preciso ter várias possibilidades de ação para atuar de forma eficaz e eficiente diante do inesperado, além de aprender com os erros recentes e com as opiniões dos atores sociais em situação para tomar decisões corretas e democráticas¹⁵.

As representações sobre planejamento podem estar embasadas na construção histórica do planejamento normativo e se caracterizar por decisões centralizadas, guiadas por um raciocínio linear e pontual em busca de uma verdade absoluta diante da relação entre causa e efeito dos problemas de saúde.

Por outro lado, a representação do planejamento estratégico poderá manifestar-se à medida que os diversos sujeitos envolvidos na realidade em análise dialogam de forma coletiva sobre as possíveis causas dos problemas e analisam a melhor maneira de resolvê-los levando em consideração as relações de poder e os modelos de atenção à saúde que são defendidos pelos representantes dos interesses dos grupos em ação¹⁶.

Para operacionalizar o planejamento estratégico em saúde existem vários métodos sendo que alguns autores^{11,17} propõem a compreensão do planejamento e programação local em saúde através da concepção de momentos que acontecem simultaneamente tais como o momento explicativo que envolve a análise profunda da situação de saúde; o momento normativo no qual são definidos os objetivos, metas e estratégia de ação para o enfrentamento dos problemas identificados; o momento estratégico quando são

discutidos entre os sujeitos envolvidos na realidade a viabilidade das ações diante das facilidades e dificuldades existentes; e o momento tático-operacional que significa a execução do plano de ação e o acompanhamento e avaliação deste mediante indicadores pré-definidos.

A opção em utilizar o planejamento como instrumento para gerenciar a unidade de saúde da família sinaliza o comprometimento da enfermeira com a qualidade do trabalho que é desenvolvido pela equipe bem como permite o conhecimento abrangente da realidade em que está inserida para que possa tomar decisões acertadas e condizentes com os anseios da equipe de trabalho e dos usuários principalmente quando está direcionada por um plano de ação elaborado em conformidade com as diretrizes institucionais e adaptado ao contexto local e aos recursos disponíveis¹⁰.

Assim, o processo de supervisão social na equipe de saúde da família necessita levar em consideração a multiplicidade de interesses dos sujeitos sociais dentro e fora da unidade de saúde da família na condução do planejamento, execução e avaliação das atividades a serem desenvolvidas para atender às reais necessidades dos indivíduos e famílias.

Em pesquisa realizada no Estado do Espírito Santo foi constatado que não há participação da comunidade no planejamento das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família e não há preocupação com os fatores ambientais na ocorrência dos agravos à saúde. Tal postura impossibilita o empoderamento dos cidadãos para que contribuam de forma consciente na transformação do perfil epidemiológico de doenças transmissíveis¹⁸.

Contudo, a existência de experiência utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Santa Catarina demonstrou a possibilidade de implementação deste modelo assistencial alternativo através da problematização da situação de saúde e do planejamento local envolvendo a equipe, usuários e dirigentes em prol da resolubilidade das necessidades de saúde manifestadas pela população¹⁹.

A representação social sobre a dicotomia entre o pensar e o agir no processo de supervisão contida nas entrevistas semi-estruturadas foi validada no grupo focal no qual foi evidenciado que a representação do planejamento no processo de supervisão de enfermagem está dissociada da execução das atividades como se as ações administrativas e assistenciais fossem excludentes e não complementares. (...) *eu planejo e depois eu sento com as meninas, com as técnicas e planejo junto com elas porque (...) as funções vão ser é, desempenhadas por elas. Então assim, eu dou os pontos chaves (...) as tarefas que vão ser realizadas, eu dito as tarefas e procuro saber qual a melhor maneira com que elas desempenham (...).*

Desta forma, a representação da supervisão foi concebida de forma tradicional em que ao supervisionar se delega funções a serem executadas pelos subordinados. Este fato revela a adoção de uma postura normativa, pois a enfermeira de forma consciente ou não, pensa e age de forma autoritária e centralizadora.

Corroborar-se com este achado o estudo²⁰ realizado nas equipes de Saúde da Família do município de Feira de Santana-Ba no qual as enfermeiras delimitam as ações dos técnicos e auxiliares de enfermagem na atenção ao neonato em virtude do conhecimento que possuem e da hierarquia existente na

organização do processo de trabalho da Enfermagem devido a sua constituição histórica.

Ao planejar de forma isolada a enfermeira nega a contribuição que os diferentes olhares acrescentariam à organização do processo de trabalho pelos diversos sujeitos que compõem o cenário, assim, contribuem para o acirramento de conflitos no trabalho em equipe, sendo que a elaboração do planejamento participativo possibilitaria a diminuição das tensões no trabalho e diminuiria a sobrecarga de atividades da enfermeira.

As representações do planejamento normativo estão ancoradas nas raízes da supervisão tradicional que permeiam o agir das enfermeiras enquanto supervisoras na unidade de saúde da família, pois entendem o planejamento como algo determinado anteriormente por órgãos institucionais e que deverá ser repassado aos subordinados.

Vale ressaltar que em estudo²¹ realizado na região sul do Brasil foi evidenciado que as enfermeiras desempenham suas funções de acordo com as normatizações dos órgãos governamentais os quais em alguns casos ignoram as prerrogativas da lei do exercício profissional da enfermagem interferindo na autonomia das enfermeiras que atuam nas unidades de saúde da família. Todavia, estas profissionais orientam o seu agir de acordo com valores éticos e renormatizam suas atividades tendo em vista garantir a integralidade da atenção e resolutividade das demandas surgidas na realidade vivenciada.

Desse modo, a representação social do sujeito na entrevista individual sobre a importância do planejamento estratégico com o envolvimento da equipe e da comunidade na determinação de problemas aponta na direção do exercício da supervisão social como percebe-se a seguir: *(...) a gente trabalha em equipe eu não posso tá traçando um planejamento (...) sozinha porque eu não trabalho sozinha numa unidade (...) às vezes o que é problema para mim (...) pode não ser problema pro restante da equipe e muito menos pros usuários (...) a gente primeiro tem que ouvir a questão dos usuários, (...) tem que ouvir a questão da comunidade (...).*

O sujeito do estudo sinaliza que ao planejar leva em consideração as visões dos demais sujeitos sociais como os trabalhadores de saúde e usuários. Tal atitude é condizente com os princípios norteadores da supervisão social e conseqüentemente com a mudança do modelo assistencial centrado na figura de um único planejador como detentor exclusivo do conhecimento técnico.

Neste sentido, critica-se a elaboração do planejamento por um único sujeito social e defende a ideia de que o planejamento em saúde precisa acontecer em bases coletivas com a participação dos sujeitos envolvidos na realidade social em questão para a priorização de problemas de saúde e dos serviços tendo em vista o estabelecimento de uma relação dialógica rumo à transformação das práticas em saúde²².

Contudo, as enfermeiras não manifestaram se executam ou não o que planejam. Percebe-se que apesar de valorizarem a utilização do planejamento estratégico no processo de supervisão social, as ações são desenvolvidas de forma pulverizada sem que haja a utilização de um plano ou de técnicas e instrumentos de supervisão como observa-se na representação de Teia e Atenas a seguir: *(...) não tá dando para eu me planejar (...), eu tenho a ideia*

(...) mas no papel eu não sentei com os agentes comunitários porque cada hora é outra coisa e aí você vai deixando as coisas de lado (...) eu foco na campanha de vacina, a campanha de vacina a gente tem as metas, tem que fazer aquilo no município, deixa as outras coisas de lado (...). (Teia- Grupo Focal)

(...) eu acho que em relação à supervisão a gente só faz a parte da observação porque até os próprios instrumentos eles ficam muito vagos pra você está utilizando (...). (Atenas-Grupo Focal)

No cotidiano do trabalho os sujeitos do estudo não planejam de forma permanente suas ações, sendo conduzidos pelas demandas pontuais que vão surgindo no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família. Isto revela que as representações sociais estão ancoradas no modelo de atenção à saúde sanitaria campanhista condizentes com o estilo de supervisão tradicional.

Na representação social de Atenas não há clareza com relação às técnicas e instrumentos de supervisão que podem ser utilizados durante a execução das atividades o que revela o desconhecimento sobre quais, como, onde e quando são utilizados no cotidiano profissional.

Tal fato interfere na execução da supervisão e, conseqüentemente, no modelo de atenção à saúde advogado pela enfermeira no desenvolvimento do processo de supervisão na unidade de saúde da família.

Hera corrobora com a representação de Atenas com relação à importância da observação e relata a importância do roteiro de supervisão do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e da participação da comunidade na avaliação das ações realizadas pela equipe de saúde da família como se vê a seguir: *(...) lá na unidade o que eu mais uso é a observação, eu sei que o agente mesmo, tem o roteiro pra gente tá supervisionando (...) mas (...) acaba não dando tempo e a gente faz só a observação e até (...) as informações mesmo dos usuários quando ele vai pra unidade (...). (Hera- Grupo Focal).*

A valorização da escuta ativa das necessidades dos usuários quando estão na unidade revela que está implícita na representação social dos sujeitos a criação de espaços de participação social na execução do processo de supervisão o que condiz com os princípios da supervisão social que está embasado no modelo de atenção alternativo.

Além disso, podem ser utilizados como instrumentos no processo de supervisão o prontuário familiar; as fichas específicas dos indivíduos por grupos etários e também por grupos vulneráveis; os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica através dos relatórios consolidados; os livros existentes nas unidades como ocorrência, avisos, cadastramento dos usuários, etc.

Com relação às técnicas pode-se utilizar a discussão em grupo de estudos de casos; a realização de reuniões com periodicidade definida pelos participantes; a análise de registros nos prontuários da família e nos impressos específicos da sala de vacina, curativo, sala de observação, procedimentos e farmácia; entrevista com os usuários para avaliar o grau de satisfação; análise do perfil demográfico, epidemiológico e das condições de vida da população; observação das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem e pelos ACS, dentre outras.

Entretanto, o excesso de demanda na unidade foi justificado por Hera como fator que dificulta a execução do processo de supervisão o que pode está relacionado com a sobrecarga de atividades da enfermeira na estratégia saúde da família.

Em pesquisa²³ realizada com enfermeiras nas Unidades de Saúde da Família (USF) em Recife constatou-se que a quantidade de consultas de enfermagem e a responsabilidade pelo gerenciamento da unidade associado com a falta de suporte da rede de serviços de média e alta complexidade e a dificuldade em estabelecer parceria com o profissional médico nas atividades administrativas provocam desgaste, insatisfação no trabalho, angústia e, conseqüentemente, estresse laboral.

Por outro lado, em estudo²⁴ realizado na USF de Riberão Preto foi observado que as enfermeiras utilizam um plano para direcionar suas atividades através da análise da situação de saúde no qual são definidos os objetivos que se deseja atingir, os responsáveis e os recursos necessários, bem como a análise da viabilidade das ações propostas, embora o planejamento não envolva a comunidade e demais trabalhadores como sujeitos sociais inseridos na realidade social.

O sentimento de descontinuidade das atividades evidenciado pelas enfermeiras no grupo focal poderia ser minimizado com o exercício da supervisão social a qual reconhece o planejamento estratégico como espaço de diálogo entre trabalhadores e usuários na elaboração de planos de ação flexíveis e condizentes com a realidade social que se apresenta dinâmica e permeada por interesses divergentes dos sujeitos sociais em ação³.

A representação social da supervisão está ancorada nas raízes da supervisão tradicional quando as enfermeiras valorizam a execução das tarefas em detrimento do planejar estrategicamente o que ocasiona a insatisfação no processo de supervisão manifestada pela falta de tempo e de parcerias no momento de tomada de decisões como observa-se a seguir: (...) *eu não consigo fazer tudo o queria fazer (...) sei que preciso fazer, e aí, eu pelo menos, eu fico assim é, pensando, poxa, como é que as pessoas me vêem, né, eu to aqui e não to conseguindo fazer o meu trabalho, (...), é uma angústia (...) quando você vê que você não consegue você fica angustiada, porque você tá lá pra fazer o seu trabalho e você não consegue.* (Teia- Grupo Focal)

Teia torna explícito no grupo o sentimento de angústia ao refletir sobre sua imagem perante o outro e temer o julgamento alheio. No entanto “a angústia é segundo a teoria freudiana um sinal de alarme, que tem como causa um estado de desamparo psíquico”^{25:94}.

O desejo da criação do vínculo entre as enfermeiras através de encontros entre elas e com a coordenação é manifestado pelos sujeitos do estudo. *Eu acho assim, se realizasse reuniões, se a gente sentasse realmente pra se fazer um protocolo de atendimento e tá colocando na unidade, eu acho que gente podia tá utilizando (...) outros instrumentos existentes, que muitos eu desconheço (...).* (Atenas- Grupo Focal)

A gente tem tão poucos momentos juntos, eu acho que essa é uma dificuldade, em não ter tempo de falar sobre as dificuldades. (Geia- Grupo Focal)

Além disso, o grupo manifesta a necessidade do treinamento introdutório para as equipes de saúde da família. *Em relação às enfermeiras que não fizeram o curso introdutório de saúde da família então esperam que a gente treine sem ter tido o treinamento prévio, ele só esperam da gente, mas não fazem com a gente. (Geia – Grupo Focal)*

(...) cada equipe deveria ter passado pelo treinamento introdutório entendeu, porque eu não tive, o que eu tive foram algumas experiências que adquiri em algum momento (...). (Hera- Grupo Focal)

Percebe-se que as enfermeiras anseiam por um suporte emocional e técnico dos coordenadores e gestores da saúde no sentido de obter qualificação profissional e poderem dialogar com as demais colegas de profissão suas dificuldades e possibilidades de resolução dos problemas ao compartilharem as experiências nas distintas realidades em que estão inseridas.

Conclusões

Apreende-se que as representações sociais sinalizam visões diferenciadas no grupo acerca das possibilidades para o desenvolvimento do processo de supervisão social na equipe de saúde da família. Este fato é explicado pela Teoria das Representações Sociais quando assinala que os indivíduos ao discordarem com relação a suas opiniões, crenças e atitudes estão refletindo e estimulando a discussão e assim, contribuem na construção de novas representações que podem vir a transformar o modelo de atenção à saúde predominante.

As experiências individuais das enfermeiras foram surgindo no grupo através de suas representações sobre o processo de supervisão e possibilitando a elas a construção de uma identidade com relação aos desejos e necessidades latentes.

Com relação à sistematização do processo de supervisão foi observado que os diversos momentos que envolvem este processo, como o planejamento, a execução e a avaliação foram compreendidos como ações pontuais e desconexas. Além disso, não foi mencionada a avaliação das atividades como momento do processo de supervisão em enfermagem.

Por outro lado, as enfermeiras reconhecem as técnicas e instrumentos de supervisão ainda que não tenham clareza sobre a diferença entre os mesmos.

As representações sobre o planejamento estão ancoradas nas raízes da supervisão tradicional embora apontem na direção da supervisão social quando sinalizam a participação social e o trabalho em equipe como possibilidade de consolidação da estratégia de saúde da família contribuindo desta forma com a transformação do modelo assistencial.

Colaboradores

A autora Valesca Silveira Correia participou da concepção e elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados. A autora Maria Lúcia Silva Servo participou da revisão crítica do conteúdo intelectual.

Referências

1. Servo MLS. Supervisão da enfermeira em hospitais: uma realidade local. Feira de Santana: Editora da Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.
2. Ferreira LAS. Supervisão das equipes de saúde da família (ESF): uma prática em construção [dissertação]. [Salvador]: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007. 113 p.
3. Servo MLS. Novo olhar... novo feixe de luz... nova dimensão: eis a supervisão social. *Rev baiana enferm.* 2002; 15 (1/2): 97-107.
4. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanela L, organizadora. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 547-73.
5. Cunha KC. Supervisão em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em Enfermagem. São Paulo: Editora EPU; 1991. p. 117-32.
6. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 783-836.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas; 1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora Edições 70; 1997.
10. Ciampone MHT, Mello MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2010. p. 35-50
11. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 767-82.
12. Brasil. Lei nº 7498. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências; 1986.
13. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União (Mar 29, 2006).
14. Santana RM, Tahara ATS. Planejamento em Enfermagem: aplicação do processo de Enfermagem na prática administrativa. Ilhéus: Editora Editus; 2008.
15. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Editora IPEA; 1993.
16. Jesus WLA, Assis MMA, Andrade CG, Santana SF. Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social. In: Jesus WLA, Assis MMA organizadores. Desafios do planejamento na construção do SUS. Salvador: Editora EDUFBA; 2011. p. 29-59

17. Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Editora EDUFBA; 2010.
18. Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. Planejamento local, saúde ambiental e estratégia saúde da família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. *Physis*. 2011; 21(3): 955-78.
19. Vendruscolo C, Kleba ME, Krauzer IM, Hillesheim A. Planejamento situacional na estratégia saúde da família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. *Rev gauch enferm*. 2010; 31(1): 183-6.
20. Correia VS, Camargo MC, Servo MLS. Supervisão em enfermagem na atenção ao neonato em unidades de saúde da família. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2008; 4: 69-86.
21. Bertoncini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab educ saude*. 2011; 9 (Supl 1): 157-73.
22. Silva JM. Planejamento em saúde no programa de saúde da família em Jequié-BA: a dialética entre a teoria e a prática [dissertação]. [Feira de Santana]: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006. 225 p.
23. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(3): 520-7.
24. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto contexto - enferm*. 2009; 18(2): 313-20.
25. Ciampone MHT. Grupo operativo: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem. [Tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 1998. 180 p.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual de Feira de Santana
Avenida Transnordestina s/n, bairro Novo Horizonte.
Feira de Santana – BA
CEP: 44.036-900

Recebido em 30/05/2012
Aprovado em 07/05/2013