



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Matumoto, Silvia; Fortuna, Cinira Magali; Martins Mishima, Silvana; Bistafa Pereira, Maria José;
Mesquita Domingos, Nélío Augusto
Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção
de cuidados
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 9, núm. 16, febrero, 2005, pp. 9-24
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180118751002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados



Silvia Matumoto¹
 Cinira Magali Fortuna²
 Silvana Martins Mishima³
 Maria José Bistafa Pereira⁴
 Nélcio Augusto Mesquita Domingos⁵

MATUMOTO, S. et al. Team supervision in the Family Health Program: reflections concerning the challenge of producing care, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

This paper analyzes an experience of supervising family health teams in the district of Ribeirão Preto. Pichon-Rivière's institutional and operational group analysis was utilized in order to facilitate self-analysis and self-management in a continuous construction-deconstruction-reconstruction process as to knowledge and practice - constructing group awareness within teams and collective projects aiming at shifting team focus from the production of procedures to the production of care. We focus more on difficulties faced by supervisors in breaking the procedure production matrix than on care; in handling the social and technical division of labor in health; searching for more democratic and participative forms of work that respect differences; for coping with issues of prejudice and workers' pre-conceptions with respect to users and deconstruction of the power/knowledge relationship; for supporting teams in their analyses of the implications as to how services are rendered, how relationships and responsibilities are established, aspects which usually remain obscure, hidden behind technical work. Aspects usually considered obstacles might actually facilitate care. They may also lead to a number of possibilities of creation and action, once analyzed by the team.

KEY-WORDS: Family health; family health program; supervision.

Investiga-se uma experiência de supervisão de equipes de saúde da família no município de Ribeirão Preto, utilizando o referencial da análise institucional e de grupo operativo de Pichon-Rivière como forma de facilitar a auto-análise e auto-gestão, num processo contínuo de construção, desconstrução e reconstrução de saberes e práticas, construção de uma grupalidade na equipe e de um projeto coletivo, com o propósito de deslocar a atenção da equipe, da produção de procedimentos para a produção de cuidado. Enfocam-se as dificuldades do supervisor em romper com as próprias matrizes de produção de procedimentos mais que de cuidados; de lidar com a divisão técnica e social do trabalho em saúde, buscando um trabalho mais democrático, participativo e de respeito às diferenças; de lidar com a questão dos preconceitos e com as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários e com a desconstrução da relação poder/saber; de apoiar a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, do estabelecimento de vínculo e responsabilização que tem se mantido escondido atrás do trabalho técnico. Os aspectos assinalados como dificultadores podem ser também facilitadores pela potência de abrir-se para múltiplas possibilidades de ação e criação, ao serem analisados pela equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família; programa saúde da família; supervisão.

¹ Enfermeira, Secretaria Municipal da Saúde, Ribeirão Preto, SP; professora, Universidade de Ribeirão Preto. <smatumoto@uol.com.br>

² Enfermeira, Secretaria Municipal da Saúde, Ribeirão Preto, SP; professora, Universidade de Ribeirão Preto. <cinirafortuna@yahoo.com.br>

³ Professora, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, EERP-USP. <smishima@eerp.usp.br>

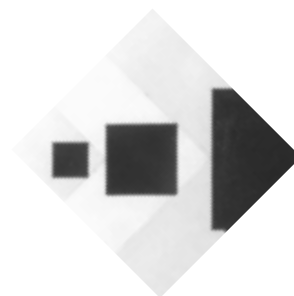
⁴ Professora, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, EERP-USP. <zezebis@eerp.usp.br>

⁵ Médico pediatra, Secretaria Municipal de Saúde, Ribeirão Preto, SP. <neliod@ig.com.br>

Introdução

Para o Ministério da Saúde,

a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. (Brasil, 1998, p.8)



Em nosso entendimento há necessidade de deslocar o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados como nos demonstra Merhy (2002) e este nos parece ser também o ponto central daquilo que o Ministério da Saúde denomina “*mudança do objeto de atenção*”.

Nossa realidade é resultado de uma construção histórica e social e para transformá-la necessitaremos de dispositivos⁶ capazes de provocar a quebra de certezas construídas ao longo do processo histórico, refletir sobre essas certezas perante a demanda atual e reconstruí-las, arriscando novas formas de fazer saúde.

A supervisão de equipes aparece, hoje, como um desses dispositivos para a construção da grupalidade e de um projeto de trabalho na perspectiva de possibilitar que as próprias equipes analisem suas práticas e reflitam sobre como trabalham e que resultados alcançam.

Não estamos nos referindo à supervisão administrativo-gerencial de serviços de saúde realizada por especialistas segundo sistematização de normas e procedimentos técnicos preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1982; 1983) que é fundamentada no planejamento, organização e avaliação de serviços e tem objetivo centrado no controle dos processos e resultados obtidos segundo normas e padrões previamente estabelecidos.

Aqui tomamos supervisão como um trabalho conjunto de equipes; da equipe de supervisão e da equipe de trabalhadores (no caso, equipes de saúde da família), em que a primeira tem o papel de facilitar que a equipe de trabalhadores, num só processo, realize sua auto-análise e sua auto-gestão, ou seja, trata-se de um trabalho de análise e intervenção institucional (Barembliitt, 1996).

A supervisão foi introduzida nas ciências psicológicas pela psicanálise, embora a prática de trabalho supervisionado remonte à Idade Média. Com as transformações da grupoterapia, a supervisão também foi mudando sua concepção, metodologia e prática. Hoje não é mais considerada como uma *super-visão*, de alguém com visão privilegiada e que detém o saber desejado, mas como uma *co-visão*, um olhar atento, que assinala os caminhos trilhados pelo grupo supervisionado, de maneira a favorecer que este perceba seu modo de sentir, pensar e agir (Osório, 1997).

Neste artigo temos como objetivo apresentar reflexões acerca de experiência com equipes de saúde da família do município de Ribeirão Preto, e discutir aspectos relacionados à mudança da lógica da produção de procedimentos para a de cuidados, identificados na supervisão. Ao realizá-la, deparamos com dificuldades: a construção do papel de supervisor, o exercício

⁶ Dispositivo é uma montagem de elementos, os mais diversos, que se caracteriza por seu modo de funcionamento, sempre pronto à invenção de acontecimentos novos e capaz de promover transformações (Barembliitt, 1996).

de práticas democráticas na saúde e a ruptura no modo de fazer centrado em procedimentos técnicos, passando para o modo de produção de cuidados.

A produção na saúde

A produção na saúde vem se dando em meio a uma série de crises que vão além do avanço do conhecimento científico e do desenvolvimento de equipamentos específicos. As pessoas percebem essas situações críticas de diferentes modos a depender do lugar, da posição em que estão ao senti-la⁷. Para gestores e gerentes trata-se principalmente de uma questão financeira, que os impede de ter recursos disponíveis para oferecer um serviço mais bem estruturado, com equipamentos e serviços segundo as demandas que lhes chegam. Para uma grande parte dos usuários, a crise parece mais de falta de interesse dos serviços de saúde em se responsabilizarem por prestar uma assistência que busque a resolução de seu problema. Trata-se de uma crise tecnológica⁸ e assistencial (Merhy, 2002).

Ao produzir um ato de saúde, o trabalhador intervém em problemas de saúde. A forma com que este trabalhador reconhece o que é problema de saúde e como ele pensa que deve abordá-lo interfere diretamente no resultado que pode alcançar e na satisfação da necessidade do usuário. A representação do problema de saúde faz o trabalhador desenhar em seu pensamento a ação e a escolha de instrumentos e recursos. Isso constitui sua *caixa de ferramentas*, cujo eixo orientador é a finalidade do seu trabalho compondo, assim, um certo processo de trabalho (Mendes Gonçalves, 1992; Merhy, 1997; 2002).

Há uma lógica predominante nos processos de produção das ações de saúde — a da produção de procedimentos, que vem conformando modelos assistenciais. Ou seja, os modelos configuram-se mais como produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros), sem assumir compromissos com os usuários e suas necessidades (Merhy, 2002). Os processos produtivos voltam-se mais para objetos do que propriamente para aquilo que seria sua finalidade, a de produzir cuidados para que as pessoas vivam melhor suas vidas.

Merhy (2002) ajuda-nos a compreender alguns aspectos do paradoxo — produção de procedimentos e produção de cuidados — ao destacar as tensões básicas próprias da produção de atos de saúde, existentes na configuração de qualquer modelo assistencial.

Uma ação de saúde centrada na lógica da produção do procedimento irá se constituir somente pelos elementos que lhe são próprios, como por exemplo, consultas, visitas domiciliares, aplicações de vacinas ou curativos, utilizando principalmente tecnologias duras e leve-duras⁹. Os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho e, assim, configura um modelo que é contraditório com a missão do próprio SUS: o *cuidado*.

O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado encontra-se o *ethos* fundamental do humano (a toca, a casa humana, o âmago, o conjunto de princípios que regem o comportamento). No cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir. (Boff, 1999)

⁷ Incluímos aqui questões relativas à concepção de saúde-doença, culturais, ideológicas e outras que conformam uma certa opção, consciente ou não, por um projeto tecno-político-assistencial.

⁸ Utilizamos o termo tecnológico não só para máquinas e equipamentos mas para todo arsenal necessário à assistência, incluindo as tecnologias materiais e não-materiais (como conhecimentos, saberes e tecnologias leves). (Mendes Gonçalves, 1994; Merhy, 2002)

⁹ Tecnologias dura, leve-dura e leve refere-se a conceito cunhado por Merhy et al. (1997). Tecnologias duras são os instrumentos, equipamentos, ferramentas, objetos utilizados no processo de trabalho. Tecnologias leve-duras são os conhecimentos, saberes como os da clínica, da epidemiologia, da psicanálise, que dão uma certa racionalidade instrumental ao processo de trabalho. As tecnologias leves são aquelas produzidas/ utilizadas no momento em que se produz a ação de saúde, são as tecnologias de relações como o vínculo, o acolhimento, a gestão do processo de cuidar.

A ação de saúde centrada na lógica da produção do cuidado traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (Matumoto, 2003), na autonomia do usuário no cuidado de si. Utiliza principalmente as tecnologias leves¹⁰ que produzem bens-relação.

¹⁰ Ver nota anterior.

Outro foco de tensão ao se produzir atos de saúde, indicado por Merhy (2002), situa-se na produção do trabalho em saúde como resultado das ações de um conjunto de trabalhadores, de uma equipe, e do gerenciamento do cuidado *versus* a produção de intervenções mais restritas e presas às competências específicas de determinados trabalhadores. Ou seja, quando se trabalha sob a ótica do modelo médico-centrado, o trabalho se organiza para atuar sobre problemas específicos por meio do atendimento do médico, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, diminuindo, assim, o espaço da dimensão cuidadora da equipe, empobrecendo a possibilidade de incorporação de outros saberes para ampliação da ação clínica e o campo de busca de solução para os problemas, reforçando as competências específicas já tão valorizadas pelas especializações.

Essas tensões apontadas por Merhy (2002) são intensamente vividas e sentidas pelo trabalhador de saúde, tanto ao realizar seu trabalho quanto nos momentos de reflexão sobre o mesmo e nos encontros de supervisão do trabalho da equipe.

Este trabalhador é o operador do cuidado. Nesse papel, vive tensões ao ser o clínico (partimos da concepção de que todos fazem clínica), e também ao ser o gerente do processo de cuidar, quando identificado como o responsável pelo projeto terapêutico. No papel de clínico, vive a tensão da produção de procedimentos *versus* produção de cuidados; no papel de gerente do processo de cuidar, vive a tensão do trabalho de equipe *versus* trabalho especializado mais individualizado.

Para atuar como operador do cuidado, na ótica que estamos defendendo, o trabalhador de saúde necessita assumir e incorporar seu papel de cuidador e ampliar a composição de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves, nos processos relacionais da clínica e da gestão, capacitando-se, assim, a atuar nas tecnologias leves, tecnologias de relação como vínculo, acolhimento, responsabilização, além de lidar com os processos gerenciais para operar a produção do cuidado, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva.

Essas questões parecem-nos de extrema importância para o trabalho de supervisão como dispositivo junto às equipes de saúde da família na criação de processos de produção e gerenciamento do cuidado. Conformam-se os desafios de procurar um modo de produzir o melhor cuidado em saúde, isto é, cuidado que resulte em cura, promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva. Que esse modo de produzir saúde viabilize a produção de procedimentos e cuidados, sem prejuízo deste em função daquele. Que essa produção se organize por meio de arranjos transdisciplinares e multireferenciados de forma a envolver os gestores do cuidado como

responsáveis pelos seus resultados e, à medida que a produção do cuidado em saúde se faz nestes termos, vai-se constituindo *“a figura do gestor do cuidado, que poderá ou não ser um médico, mas que sempre será um cuidador”* (Merhy, 2002, p.133).

A construção da grupalidade na equipe: o grupo operativo e a supervisão

No Programa de Saúde da Família, o trabalho em equipe está colocado como um dos pilares para o alcance de sua finalidade, como uma estratégia para a mudança do atual modelo de saúde (Ciampone & Peduzzi, 2000). Há diversos autores que enfatizam a importância do trabalho em equipe para a realização do trabalho na saúde tais como Sherer & Campos (1987); Testa (1992), Campos (1997), Peduzzi (1998), Fortuna (1999), Guimón (2002).

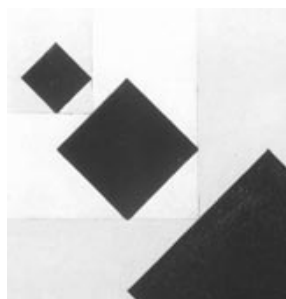
Equipe e trabalho em equipe são tipos de organização que em princípio se tem escolhido para trabalhar, especialmente na área de saúde mental (Martín, 1990), contribuindo para lidar com a complexidade da produção do trabalho em saúde e criar intervenções sobre o processo de saúde-doença. *“El equipo aparece como una necesidad. Necesidad de defendese de esa ansiedad y necesidad de organizar una respuesta técnica mais colectiva a esas demandas”* (Martín, 1990, p.193).

Existem diferentes formas de se considerar trabalho em equipe e também diferentes finalidades para sua proposição. Dentre as principais concepções de equipe, as mais discutidas são duas: equipe como um conjunto de profissionais (agrupamento) e equipe como uma organização grupal (grupo) (Martín, 1990).

A constituição de uma equipe de saúde não se estabelece somente pela contratação de trabalhadores de diferentes categorias, alocando-os em um mesmo espaço. O trabalho em saúde implica a interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para a realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, da reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas necessários para o atendimento em saúde (Campos, 1997; Fortuna, 1999; 2003).

Um dos desafios para os trabalhadores do Saúde da Família contratados para constituir uma equipe é justamente compreender a dinâmica do seu próprio processo de construção-desconstrução-reconstrução.

Para facilitar a construção da grupalidade é importante assinalar a necessidade de as equipes orbitarem em torno da idéia da possibilidade da recomposição dos saberes, da equipe como totalidade, embora saibamos que essa totalidade não existe, nem a uniformidade de idéias e de modos de ver a vida entre os membros da equipe, ou seja, a equipe perfeita não existe. No trabalho de supervisão, os supervisores precisam ajudar a equipe a suportar a quebra desse mito da equipe perfeita, perceber e lidar com sua incompletude, ou seja, suportar um sentimento de falta permanente e usar positivamente a potência de produção daquilo que já detém para a produção do cuidado. Sem essa superação, a equipe se imobiliza pela falta (falta um determinado profissional, um exame, recursos materiais etc) e não consegue saltar para um processo criativo a partir dos recursos que já possui. A ruptura do mito da equipe perfeita e completa e/ou da imobilização pela falta está estreitamente



ligada à concepção de saúde que conforma a finalidade do processo produtivo.

Consideramos o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero etc) entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos. Podemos dizer que o trabalho em equipe é gerido e concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário.

Nesse sentido, faz-se necessário que a própria equipe possa se analisar na produção de seu trabalho. Consideramos que a equipe necessita de espaço-tempo para esse processo. Disso decorre a necessidade de supervisão externa, com o objetivo de facilitar o enfrentamento de suas dificuldades, dos movimentos de resistência que produz. Avaliar, então, qual a direcionalidade que o trabalho como um todo tem assumido e se o resultado obtido está coerente com a finalidade para a qual aquela equipe foi constituída. Isso se faz em sucessivos processos de idas e vindas, de auto-análise e auto-gestão que podem encorajá-la a arriscar novas formas de produzir as ações de saúde.

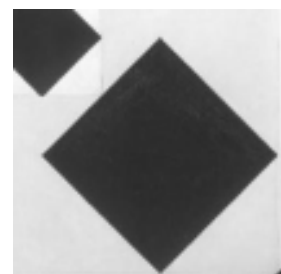
Para analisar a rede de relações na e da equipe, utilizamos (neste artigo e na supervisão) o referencial teórico da análise institucional e de grupos operativos. Alguns fenômenos de processos grupais ocorrem nas equipes e a compreensão desses pode auxiliá-las a re-constituir sua *práxis*.

Para Bleger (1995, p.55) “a estrutura da equipe só se consegue na medida em que opera”. O autor defende a utilização de grupos operativos para treinar o conjunto de trabalhadores a operarem como equipe. O grupo operativo a que se refere é a técnica desenvolvida por Pichon-Rivière.

A escola pichoniana define grupo como conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo e espaço, articuladas pela mútua representação interna, propondo-se, explícita ou implicitamente, a uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo por meio de complexos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis (Quiroga, 1994).

Embora haja diferenças conceituais e processuais entre equipe e grupo operativo, Martín (1990) afirma que é possível tomar os elementos desta técnica como base conceitual que permita desenvolvimentos e modificações pertinentes, como por exemplo, o papel do coordenador de uma equipe institucional, no caso, o coordenador de uma equipe de saúde da família. Aprender e desenvolver alguns aspectos do papel de coordenador de grupos operativos pode ser facilitador para que uma equipe realize sua tarefa e alcance os objetivos propostos (Fortuna, 1999). Também para o supervisor analista institucional, o referencial pichoniano de grupos constitui importante ferramenta de trabalho.

Podemos também dizer que o supervisor de equipes assume o papel de coordenador de grupos operativos nesta equipe, desempenhando o papel de copensor, ou seja, daquele que pensa junto sobre os obstáculos com que a equipe se depara ao realizar sua tarefa de produção de cuidado, ao se ver diante dos sofrimentos, dores, medos da morte, da loucura, da fome, e ainda, ao lidar com o impacto que todas essas questões geram no trabalhador. Facilitar, na supervisão, que a equipe busque visualizar os obstáculos, compreendê-los e modificá-los. Também, auxiliar o grupo a pensar em seu próprio processo e dar



significados a ele (Manigot, 1987).

Para a elaboração de sua tarefa, a equipe se depara com movimentos de resistência à mudança que precedem os momentos de operatividade e de aprendizagem, na concepção pichoniana denominados de pré-tarefa (Manigot, s/d; Beller, 1987; Quiroga, 1994). São momentos caracterizados pelo medo do ataque e da perda que, ao se exacerbarem, aumentam a ansiedade circulante, fazendo com que o grupo permaneça sem chegar à tarefa. O predomínio de ansiedades e de medos se expressa por meio de conflitos e resistências.

O medo do ataque e da perda está relacionado ao medo de sermos atacados nas nossas certezas, medo de perdermos aquilo que já é conhecido, medo da censura e da não aceitação, medo de nos deslocarmos do território conhecido para outro novo, que pode nos desestruturar, mas que pode abrir brechas para a criação do novo. Aprender algo implica um caminhar em que se sai de um ponto para outro ao mesmo tempo em que se toma consciência de onde se está e para onde se quer ir, ou seja, é preciso quebrar a matriz de aprendizagem que temos arraigada, desenvolver a crítica que possa levar a uma adaptação ativa à realidade, transformando-nos e também o meio em que estamos inseridos.

O trabalho em equipe na prática apresenta dificuldades de ordem técnica e principalmente de ordem interpessoal, sendo necessário estabelecer uma supervisão das equipes para que seus membros adquiram a flexibilidade necessária para adaptar-se às necessidades dos usuários (Guimón, 2002).

Esse mesmo aspecto é discutido por Pichon-Rivière como sendo os obstáculos epistemológicos (do campo do conhecimento) e epistemofílicos (do campo dos sentimentos, da subjetividade).

Na realidade, essas divisões são apenas didáticas para facilitar a compreensão dos processos grupais e a lida com os movimentos de resistência à mudança.

Consideramos que nas equipes acontecem processos grupais que precisam ser conhecidos pelos próprios trabalhadores. Quando é possível rever e problematizar as ações realizadas, os membros da equipe atualizam as relações que estabelecem entre si, com os usuários, com as famílias e comunidade, com os problemas de sua lida diária e tudo o mais que compõe suas circunstâncias de trabalho e que também estabelece novos significados.

Martín (1990) também afirma que só a técnica de grupo operativo não é suficiente para dar conta dos fenômenos que ocorrem nas equipes, sendo necessário um Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO) que permita observar e analisar os fenômenos grupais e as relações que se estabelecem nas equipes e nas instituições.

Bricchetto & Bricchetto (1974), ao tratarem do tema da aprendizagem em grupo, o fazem a partir desse ECRO: *Esquema*, como conjunto de noções e conceitos sobre a aprendizagem; *Conceitual* faz referência a um conjunto de idéias básicas e fundamentais para o trabalho de um grupo que provém de um marco teórico e de um trabalho concreto que se realiza na vivência grupal; *Referencial* diz respeito ao esquema de referência do grupo, pois certas situações por ele vividas poderão ser entendidas e re-significadas por esse mesmo grupo; finalmente *Operativo* permite trabalhar ativamente a aprendizagem individual e grupal.

O ECRO vai sendo construído pelo grupo ao longo de sua história por meio do estabelecimento de uma linguagem comum, de significados acordados e que

podem favorecer a modificação dos conhecimentos anteriores e a construção de novos. A construção de um ECRO possibilita à equipe uma forma de entender suas relações e ações ao lidar com as demandas que se apresentam no serviço trazidas pelos usuários.

Estudos apontam a influência das demandas sobre as relações das equipes (Martín, 1990; Guimón, 2002). As demandas geram ansiedades e angústias nos trabalhadores tanto pela quantidade (demanda reprimida, população mais adoecida pelas condições de vida, demanda por consumo tecnológico etc), quanto por seu conteúdo (dores, sofrimentos, pobreza, violência, loucura etc). São muitas vezes demandas que solicitam apoio, soluções e escuta diferentes, de outra referência, de outro ECRO, implicando uso de outras tecnologias, como as leves. Os contatos com essas demandas colocam as equipes e seus trabalhadores perante a complexidade do objeto da saúde, diante da impotência em dar respostas por meio apenas dos procedimentos técnicos habituais, estereotipados, burocratizados e homogeneizadores, pois as demandas ultrapassam o âmbito para o qual os trabalhadores foram preparados: o biológico, o corpo, as partes, as disciplinas de cada profissão.

A construção do ECRO também está estreitamente relacionada às questões da divisão técnica e social do trabalho, reforçando ou transformando as clássicas atribuições de núcleo e campo de competência e responsabilidade de cada trabalhador da equipe. Nesse aspecto, é fundamental que a supervisão ajude a equipe a repensar seus papéis e atribuições tomando por referência a produção do cuidado e o papel de gestor desse cuidar.

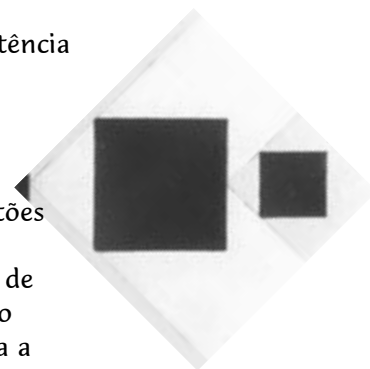
O trabalho de supervisão, na ótica do movimento institucionalista, é composto por um conjunto de escolas e tendências diferentes que têm em comum propor-se a “*propiciar, apoiar, deflagrar nas comunidades, nos coletivos, nos conjuntos de pessoas, processos de auto-análise e processos de auto-gestão*” (Baremblyt, 1996, p.14).

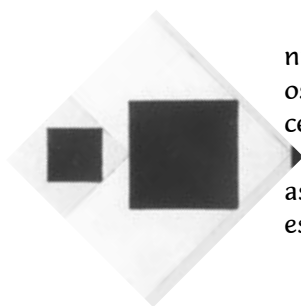
No institucionalismo, auto-análise refere-se à capacidade que os coletivos têm de se tornarem protagonistas da compreensão e expressão de suas necessidades e potencialidades; autogestão é a capacidade de auto-organização destes coletivos para alcançarem seus objetivos. Isso se dá mediante processos de reflexão sobre a realidade, para entendê-la e transformá-la, procurando sempre a realização dos desejos e projetos.

A supervisão como favorecedora da auto-análise e auto-gestão tem o propósito de facilitar que as equipes de saúde analisem seu modo de se relacionar no trabalho, de produzir ações, quer na direção da produção de procedimentos quer na de cuidados, ou seja, que se analisem como equipe. A análise pode ser facilitada pelo reconhecimento da função (modo como essa equipe trabalha, o que é formalmente aceito como o propósito da organização, o que leva para uma ação de reprodução) e do funcionamento do estabelecimento em que a equipe supervisionada opera (designa o movimento das forças instituintes que tem potência transformadora, que dá o caráter singular a essa equipe, segundo Baremblyt, 1996).

Na vivência da análise institucional em situação concreta, Baremblyt (1996) sugere alguns passos, nem sempre possíveis, nem sempre separáveis, tais como:

- a análise da oferta e demanda, isto é, o próprio supervisor analisa o que oferece para a geração da demanda que lhe chega;





- a análise da demanda oficial formulada pelos responsáveis e da demanda implícita que se encontra nas entrelinhas da demanda oficial;
- a análise dos obstáculos à experiência de análise em relação a horários, número de reuniões, periodicidade, modalidades de pagamento e outras como os segredos da organização, os não-ditos, os não-saberes, os conteúdos censurados que podem revelar os limites e restrições presentes;
- a análise da transversalidade, enfrentando as resistências dos instituídos, as relações sociais dominantes da sociedade que se manifestam nos micro-espços das organizações;
- a análise da implicação do analista com sua tarefa;
- a construção ou elucidação de analisadores que podem facilitar a revelação das relações de poder da organização. Uma vez que os analisadores, ao introduzirem contradições na lógica da organização, enunciam e revelam as determinações a que está submetida.

Lidando com a construção de um projeto assistencial de cuidados
Apresentaremos alguns aspectos da nossa lida na supervisão de equipes de saúde da família, nossas principais dificuldades para a produção de análise pela equipe, na perspectiva da produção de um projeto assistencial de cuidados.

O contrato de supervisão

Uma das dificuldades da análise orientada para a produção de cuidados configura-se quando o contrato entre supervisores e equipe não é suficientemente discutido em seus aspectos operacionais como: objetivo, tempo do trabalho, forma de pagamento, obrigações mútuas etc., ficando pouco claro para a equipe o que compete a ela e o que compete aos supervisores realizar.

Parece acentuar-se a matriz de depositar em aspectos externos as dificuldades de trabalho, de esperar que alguém resolva por eles, os trabalhadores, seus problemas, e a resistência aos processos de mudança.

Quando os supervisores não se atentam para os aspectos do contrato, abrem espaço para estabelecimento de “não ditos” que acentuam os obstáculos assinalados.

Em nossa experiência, a questão do pagamento é um dos aspectos não abordados que desencadearam não-ditos obstaculizadores. Não recebemos pagamentos financeiros para realizar a supervisão, pois nos serviços de saúde não se prevê esse tipo de atividade e nem recursos necessários para seu desenvolvimento. Mesmo assim, nossa experiência tem apontado para a importância da explicitação do não-pagamento em dinheiro. Rodrigues et al. (1992), da linha socioanalítica do movimento institucionalista, apontam a relação dinheiro/pagamento como um analisador importante que não pode ser negligenciado: *“uma proposta socioanalítica não deve, a priori, prescindir de qualquer de seus analisadores; dentre eles, deve incluir como pontos cruciais de gestão e análise coletiva, o contrato e o dinheiro”* (Rodrigues et al., 1992, p.207).

Ressaltamos que os supervisores e os trabalhadores têm interesses próprios que precisam ser conhecidos e explicitados. Temos, como supervisores, vivenciado o interesse de aprender a realizar supervisão e de experimentar

outro modo de trabalhar na saúde; os trabalhadores, por sua vez, podem se mover por diversos interesses como o de tornar o trabalho menos penoso, ter um espaço para si próprios, entre outros interesses.

Os supervisores, ao trabalhar com a direcionalidade da produção do cuidado, precisam voltar-se para o desafio de facilitar à equipe a percepção dos ganhos que espera receber ao realizar as ações de saúde. Temos observado que alguns trabalhadores não se sentem remunerados devidamente, não só em termos financeiros, mas de reconhecimento pelas ações realizadas. Em uma espécie de contrato não explícito esperam dos usuários alguma forma de pagamento e quando isto não ocorre consideram-nos como devedores.

A explicitação dos termos do contrato supervisor-equipe pode auxiliar na construção e vivência do contrato terapêutico a ser estabelecido entre trabalhadores e usuários, uma vez que um contrato terapêutico claro incide positivamente sobre a produção da saúde. A produção de cuidado requer atitudes de mútua responsabilidade entre os trabalhadores e usuários.

Outro contrato necessário para a produção de cuidados é o que se estabelece entre os diferentes trabalhadores da equipe, auxiliando na aprendizagem da construção de outros saberes/fazer no cotidiano.

As matrizes do supervisor: pontos de cegueira

Para Quiroga (1984), matrizes são concepções arraigadas que temos sobre determinados assuntos e que escapam ao nosso julgamento objetivo, norteadas nossas ações e relações com outras pessoas.

Na supervisão de equipes, deparamo-nos com a dificuldade de o supervisor romper com algumas de suas próprias matrizes, pois este carrega consigo seu modo de ver e pensar o mundo.

Como trabalhadores de saúde, também aprendemos que o trabalhar em saúde implica produzir procedimentos. Essa matriz pode fazer com que o supervisor não esteja atento para interrogar certos modos de funcionamento da equipe durante as reuniões de supervisão externa com os trabalhadores.

Muitas vezes, em reuniões de supervisão, a equipe de trabalhadores expressa a sensação de não estar produzindo trabalho quando conversa, se reúne, discute, troca idéias. Isso pode estar relacionado com a matriz de trabalho como produção de técnicas e procedimentos orientados pela lógica da produtividade. Mas esta posição também pode ser expressão de resistências às mudanças que são vividas nos grupos.

É comum, nesses instantes, os trabalhadores solicitarem da equipe de supervisão atos concretos, respostas prontas, constituindo movimento de dependência para com os supervisores. A demanda dos trabalhadores pode mobilizar o supervisor a complementar essas solicitações acionando outra matriz muito fortemente arraigada: a de que a equipe de supervisão é a responsável pelo caminhar do grupo e da equipe supervisionada.

Essa idéia descortina o desejo de reconhecimento narcísico do supervisor e a fragilidade de sua concepção de que é o próprio grupo que constitui seu caminho, bem como a de seu papel de supervisor como co-pensador, daquele que “pensa junto” e não do que “pensa por”.

Na nossa lida com as equipes de saúde nos espaços de supervisão, temos percebido dificuldades na abstração do que seja cuidar, uma vez que cuidar se

define num espaço imaginário e virtual, bem diferente dos procedimentos que são contáveis, mensuráveis e que se utilizam de objetos concretos. Por exemplo, é fácil para os trabalhadores identificarem a produção de procedimento, pois essa é concreta para eles, assim, podem dizer: hoje fiz quinze vacinas, usando seringas, mapas etc. Muito diferente da produção de cuidado, que é simbólica, não palpável, não mensurável; temos de provocar uma “quebra” na concepção do que é cuidar.

Para facilitar às equipes a construção vivencial do que seja produção de cuidado, é necessário que a equipe de supervisores invista-se da tarefa de cuidar dos trabalhadores, partindo das dificuldades das equipes em revisitar suas matrizes de produção de procedimento e cuidado.

Nossa definição de cuidar precisa superar nossa matriz de *fazer por, pensar por, proteger*, enfim, o supervisor precisa permanentemente se perguntar: estou cuidando na perspectiva da dependência? Estou facilitando o protagonismo desses trabalhadores e sua responsabilização pelo cuidar?

Para Pichon-Rivière (1994) é importante que o coordenador assuma o papel de depositário do grupo, isto é, receba qualquer coisa que o grupo queira depositar, boa ou má, sendo capaz de cuidar e no momento oportuno, fazer a devolutiva desse conteúdo já elaborado, favorecendo a construção da operatividade. Suportar essa deposição das ansiedades circulantes é um cuidado dos supervisores para com os trabalhadores.

Os preconceitos e as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários: a desconstrução da relação poder/saber

Na experiência de supervisão de equipes, deparamo-nos com nossos preconceitos e pré-concepções em relação às pessoas. As dificuldades de lidar com tão delicado assunto ampliam-se perante a multiplicidade de facetas que estas questões podem apresentar.

Uma dessas dificuldades é a de tolerar as diferenças de modos de representação dos trabalhadores em relação aos usuários. Por exemplo, quando ouvimos referências a usuários que procuram desnecessariamente os serviços de saúde, que estes não têm o que fazer, que só querem agredir os trabalhadores, que não obedecem as orientações dadas. Estes são exemplos de representações que geram em nós sentimentos de indignação e perplexidade, intolerância e raiva, uma vez que os trabalhadores só estão ali porque existem os usuários a serem atendidos, que na perspectiva da produção do cuidado tal posição está muito distante daquela desejada para o projeto assistencial saúde da família.

Como supervisores, temos de suportar tanto os sentimentos dos trabalhadores quanto os nossos e ajudá-los a perceber o lugar que ocupam nessa relação trabalhador-usuário e o lugar que é reservado ao usuário e refletir sobre as implicações desse contato.

Também nós, supervisores, como já dissemos, temos de refletir sobre nossas formas de representar os trabalhadores a partir das matrizes que foram nos conformando e das implicações decorrentes. Muitas vezes referimo-nos aos trabalhadores como aqueles que não sabem, não querem fazer o que devem, não querem assumir seu papel de cuidadores. Esquecemo-nos que, como nós, esses trabalhadores estão imersos em uma sociedade com fortes determinantes

da lógica capitalista em função da produção de objetos, voltados para o lucro e para a individualização. Nesse contexto de competição, as disputas na esfera do poder-saber também se manifestam na relação supervisor-equipe supervisionada, não havendo espaço para o não-saber, numa lógica onipotente de domínio. Esse modo capitalista de viver gera um modo próprio de produção de subjetividades, que nós mesmos, como supervisionados, temos que trabalhar, sem o que não há como ajudar as equipes a enfrentar as mesmas dificuldades em relação aos usuários.

A divisão técnica e social do trabalho: outros pontos de cegueira

Toda equipe reproduz a sua maneira a dinâmica das relações sociais. Assim, no trabalho em saúde e, mais especificamente no trabalho de supervisão de equipes, isso acontece com muita intensidade. O aspecto a ser aqui abordado é o da divisão social e técnica do trabalho. Ele está intimamente relacionado a nossas matrizes incorporadas, ou seja, é tomado como algo natural, já dado.

Cabe ao supervisor uma especial atenção à divisão técnica e social, pois esta pode configurar um obstáculo para o desenvolvimento de sua tarefa. Os trabalhadores geralmente lidam com estes aspectos naturalizando-os, numa espécie de “cegueira”, tratando-os como intocáveis ou como “não percebidos”.

A divisão social do trabalho é inerente aos diversos modos de produção da sociedade e reflete a divisão de classes sociais, tendo em vista as diferenças que as constituem. A divisão decorrente do trabalho parcelado é própria do modo de produção capitalista; esta divisão tem ficado cada vez mais acentuada na medida dos avanços tecnológicos (máquinas). Portanto, neste modo de produção, há um parcelamento do trabalho em numerosas operações que são executadas por diferentes trabalhadores, caracterizando assim a divisão técnica, que também não deixa de ser uma divisão social. O trabalho manual geralmente é executado por trabalhadores de classes sociais menos favorecidas enquanto o trabalho intelectual cabe àqueles que pertencem às classes mais privilegiadas.

No processo de trabalho da equipe de saúde essa divisão técnica é mais visível e mais fácil de ser apreendida e analisada. A própria formação e contratação para uma dada função define minimamente esta divisão. Além da divisão por categorias profissionais (dentistas, médicos, psicólogos, assistentes sociais etc.) há dentro de uma mesma categoria sub-divisões por especialidades, como na categoria de médicos há os pediatras, clínicos, oftalmologistas, cardiologistas e muitos outros especialistas como os oncopediatras, os neonatologistas etc.

Esta divisão técnica incide diretamente sobre a produção de cuidados. O parcelamento é tomado como natural, mas, ao mesmo tempo, faz-nos perder o objeto de nossa atenção: o usuário.

O supervisor precisa estar atento para ajudar a equipe a explorar na análise aspectos que denunciam a artificialidade desta divisão, pois os problemas apresentam uma complexidade muito maior e ultrapassam o âmbito do próprio setor da saúde.

Ao analisar esta divisão, a equipe pode se deparar com sua impotência e imobilidade perante os problemas dela conseqüentes, especialmente se tratados no limite estrito da divisão técnica. De certa forma, para se proteger dessa sensação do não-saber, mas principalmente sob a pressão da lógica de produção capitalista, o trabalhador tende ao movimento hegemônico da produção de



procedimentos.

Também essa divisão técnica define nitidamente os territórios de atuação de cada membro da equipe no sentido explícito das atribuições oficiais, mas gera também expectativas em relação ao que se espera do desempenho uns dos outros, entre os trabalhadores, e destes em relação aos usuários. Raramente essas expectativas são explicitadas nas relações cotidianas, transformando-se em substrato para o surgimento de obstáculos para desenvolvimento do trabalho da equipe.

O trabalho de supervisão da equipe no intuito de clarear e explicitar os desencontros entre os trabalhadores pode viabilizar a produção de cuidados.

Já a divisão social¹¹, que também está presente, aparece mais camuflada, mas pode ser apreendida em diferentes momentos como por exemplo: na diferença de remuneração; na flexibilização do cumprimento da jornada de trabalho para uns e não para outros; na liberação diferenciada para participação de cursos de formação que ocorre quando se trata do médico ou enfermeiro ou auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde; na indicação para representar a equipe em diferentes eventos. Nas reuniões de equipe é freqüente observar uma hierarquização nas manifestações: primeiro fala o mais graduado, o socialmente mais reconhecido, para, em seguida, vir a fala dos demais, numa espécie de escala graduada pela posição-valor daquele profissional naquele micro-espço social. Percebe-se uma polarização de falas entre os integrantes de formação universitária, tomando grande parte do tempo disponível. Os trabalhadores de nível médio colocam-se de forma muito acanhada e raramente se ouve os agentes comunitários. O conteúdo da fala tem impacto diferente a depender de quem fala e também do lugar que ocupa a pessoa que fala. Observa-se um movimento da equipe no sentido de delegar a decisão final ao médico, ao coordenador da equipe.

¹¹ Esta apresentação segmentada de divisão técnica e divisão social tem um caráter mais didático, pois como já discutimos rapidamente a divisão é técnica e social ao mesmo tempo.

As relações de poder estabelecidas nas divisões de classe também são reproduzidas na divisão social/técnica do trabalho assim como as relações políticas e ideológicas, conforme os lugares das classes sociais de que são provenientes os trabalhadores, aceitas e reforçadas culturalmente como inerentes às relações sociais. O trabalhador médico tem muita dificuldade de se colocar na categoria de trabalhador, geralmente se coloca na condição de possuidor dos meios de produção; o mesmo acontece com a enfermeira quando esta estabelece relação com os trabalhadores de nível médio e elementar. Até a própria denominação nível universitário, médio e elementar marca essa diferença da rede de relações no processo produtivo.

A naturalização das posições na relação entre os diferentes trabalhadores da equipe pode se reproduzir na relação supervisor-trabalhador e, por sua vez, na relação do trabalhador com o usuário. Isto tende a levar mais comumente a relações de subjugação e também a homogeneização do conjunto de usuários, ignorando as diferenças sociais.

Em uma relação trabalhador-usuário predominantemente vertical, a produção de cuidado dificilmente se configurará como uma prática emancipatória, respeitadora dos direitos e produtora de protagonismo dos sujeitos. O espaço de supervisão pode ser utilizado como um espaço para o exercício da participação e da democratização das relações sociais.

O supervisor precisa estar atento para aproveitar os momentos em que essas

questões vêm à tona, para facilitar à equipe o analisar estes aspectos inerentes ao trabalho em saúde. Apontar o estranhamento é fundamental para que esses fatos possam ser percebidos e compreendidos como constituintes da conformação da divisão social e técnica do trabalho, que é vinculada ao modo de produção na nossa sociedade; tal percepção pode ajudar a equipe a compreender seu modo de funcionamento interno e a dinâmica do atendimento dos usuários. É necessário, também, reconhecer que alguns obstáculos para o desenvolvimento de um outro modo de agir em saúde têm suas raízes assentadas nas contradições da estrutura do sistema de produção capitalista.

Nesse sentido, acreditamos ser a supervisão um dispositivo para que os integrantes da equipe possam entender que diferenças existem. Que o fato de não conhecerem “*quais são condições reais em que [se] está trabalhando*” (Baremlitt, 1996, p.89) proporcione a possibilidade de analisar os conflitos, os sentimentos de impotência, os mal-entendidos, os não-ditos, os sentimentos de mal-estar presentes no processo de trabalho, não os tomando, como já dissemos, como naturais ou do campo de conflitos pessoais.

A equipe em auto-análise produz conhecimento sobre si e pode encaminhar/ construir processos cuidadores mais comprometidos com as necessidades dos usuários e suas famílias.

Considerações finais

Enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento das práticas assistenciais em saúde coloca-nos um desafio maior, o de desconstruir as matrizes sobre as quais nós, trabalhadores de saúde, fomos formados.

A supervisão de equipes, na perspectiva da análise institucional por meio da auto-análise e auto-gestão, ajudou-nos a perceber nossas dificuldades no papel de supervisor: romper com nossas próprias matrizes de produção de procedimentos; lidar com a divisão técnica e social do trabalho na equipe, buscando um trabalho mais democrático, participativo e de respeito às diferenças; lidar com a questão dos preconceitos e com as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários e com a desconstrução da relação poder/saber; apoiar a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, no estabelecimento de vínculo e responsabilização, que tem se mantido escondido atrás do trabalho técnico.

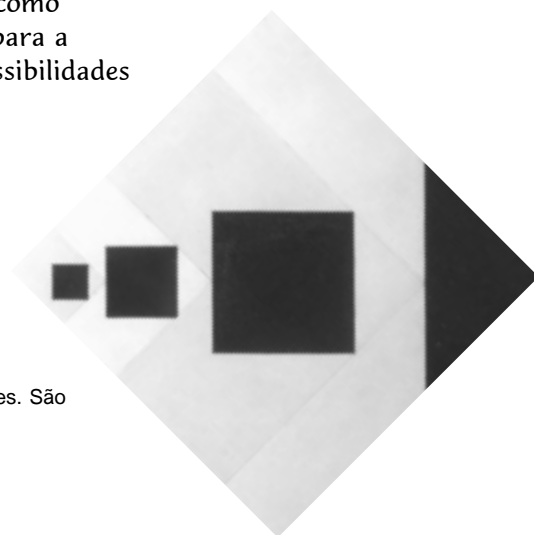
Por fim, ressaltamos que os aspectos assinalados pela equipe como dificultadores indicam ao mesmo tempo os pontos facilitadores para a produção do cuidado pela potência de abrir-se para múltiplas possibilidades de ação e criação.

Referências

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3.ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BELLER, D. **Grupo operativo, clases dictadas en la primera escuela privada de psicologia social**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1987.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. Trad. Rita Maria M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1995.



- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. **Supervisão em serviços básicos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Guia de supervisão em estabelecimentos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
- BRICCHETTO, O. S.; BRICCHETTO, A. F. **Tres clases sobre ECRO**. Córdoba: Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, 1974. (dictadas).
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.
- CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.53, n.esp., p.143-7, 2000.
- FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FORTUNA, C.M. **Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida**. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- GUIMÓN, J. As equipas enquanto grupos. In: GUIMÓN, J. (Org.) **Introdução às terapias de grupo: teorias, técnicas e programas**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2002. p.153-62.
- MANIGOT, M. **La funcion del coordinador: su razon de ser en el grupo**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1987.
- MANIGOT, M. **El coordinador ante la pre-tarea**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, s/d.
- MARTÍN, E.I. Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). In: BAULEO, A.; DURO, J.C.; VIGNALE, R. **La concepción operativa de grupo**. Madrid: Asociacion Española de Neuropsiquiatria, 1990. p.191-201.
- MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MENDES GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, série Textos, 1).
- MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- 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, 1997. pt. 1, p.71-112.
- MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. pt. 2, p.113-50.

MATUMOTO, S. et al.

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

OSÓRIO, L. C. Como supervisionamos em grupoterapia. In: ZIMMERMAN, D. E.; WAINBERG, A. K.; BARROS, C. A.S.M.; BAPTISTA NETO, F.; MAZIERES, G.; VIÇOSA, G. R.; STEIN, G.; BROFMAN, G.; ZIMMERMAN, G. I.; FISCAMANN, J. B.; PUGET, J.; CONTEL, J. O. B. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.83-92.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

QUIROGA, A. P. **Matrices de aprendizaje: clases dictadas en la Primera Escuela de Psicología Social** Dr. Enrique Pichon-Rivière. Curso 1984 - 2º ano. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1984.

QUIROGA, A. P. **Enfoques y perspectivas en psicología social**. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1994.

RODRIGUES, H.B.C.; LEITÃO, M.B.S.; FEITOSA, M.I.M.; BARROS, R.D.B. Crônica de uma intervenção. In: RODRIGUES, H.B.C.; LEITÃO M.B.S.; BARROS, R.D.B. (Org.) **Grupos e instituição em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p.175-208.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M.A. O trabalho de equipe Interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. **Estud. Saúde Mental**, p.264-85, 1987.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Trad. Walquíria Maria Franke Saltneri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.



MATUMOTO, S. et al. Supervisión de equipos en el Programa de Salud de la Familia: reflexiones acerca de la producción de cuidados, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

En este trabajo se investiga una experiencia de supervisión de equipos de salud de la familia en el municipio de Ribeirão Preto, utilizando el referencial del análisis institucional y de grupo operativo de Pichon-Rivière como forma de facilitar el autoanálisis y autogestión, en un proceso continuo de construcción, desconstrucción y reconstrucción de saberes y prácticas, construcción de un agrupamiento en el equipo y de un proyecto colectivo, con el propósito de dirigir la atención del equipo, de la producción de procedimientos hacia la producción de cuidados. Se enfocan las dificultades del supervisor en romper con las propias matrices de producción de procedimientos más que de cuidados; de lidiar con la división técnica y social del trabajo en salud, buscando un trabajo más democrático, participativo y de respeto a las diferencias; de lidiar con la cuestión del prejuicio con las preconcepciones de los trabajadores con relación a los usuarios y con la desconstrucción de la relación poder-saber; de apoyar al equipo en el análisis de las implicaciones inherentes a la propia relación de atención, del establecimiento de vínculo y responsabilidad, que se ha mantenido escondido detrás del trabajo técnico. Los aspectos señalados como dificultadores pueden ser también facilitadores por la potencia de abrirse a múltiples posibilidades de acción y creación, al ser analizados por el equipo.

PALABRAS CLAVE: Salud de familia; programa salud de la familia; supervisión.

Recebido para publicação em 02/10/03. Aprovado para publicação em 04/06/04.