

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

FLÁVIA NUNES DE AMORIM

**ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
contribuições da Gestão Participativa**

Belo Horizonte
2020

FLÁVIA NUNES DE AMORIM

ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
contribuições da Gestão Participativa

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Brant

Belo Horizonte
2020

Amorim, Flávia Nunes de.

AM524a Atenção materno-infantil em uma Unidade Básica de Saúde [manuscrito]: contribuições da gestão participativa. / Flávia Nunes de Amorim. - - Belo Horizonte: 2020.

88f: il.

Orientador: Luiz Carlos Brant.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,

Escola de Enfermagem.

1. Gestão em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 4. Educação em Saúde. 5. Participação da Comunidade. 6. Tomada de Decisões. 7. Empoderamento para a Saúde. 8. Dissertação Acadêmica. I. Brant, Luiz Carlos. II. Universidade Federal de Minas Gerais,



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP



FOLHA DE APROVAÇÃO

ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: contribuições da Gestão Participativa

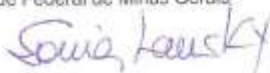
FLÁVIA NUNES DE AMORIM

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, área de concentração GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, linha de pesquisa Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Aprovada em 06 de março de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Luiz Carlos Brant Carneiro - Orientador
UFMG


Prof(a). Livia Cozer Montenegro
Universidade Federal de Minas Gerais


Prof(a). Sonia Lansky
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Belo Horizonte, 12 de março de 2020.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o meu ponto de apoio e fé para superar as adversidades, ansiedades e angústias ao longo da minha vida.

Aos meus pais, Ana Maria e Carlinhos, por me ensinarem os valores fundamentais da vida, me educarem e amarem acima de qualquer circunstância. A minha irmã Fernanda, pelo apoio e incentivo sempre.

Ao meu noivo, Fábio, pela compreensão nos momentos de ausência, pelo incentivo e motivação na busca dos meus objetivos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Carlos Brant, que me conduziu nesta trajetória para realização desta pesquisa.

À Universidade Federal de Minas Gerais, por ter me acolhido como aluna do curso de Mestrado.

A todos os profissionais e usuárias que participaram deste projeto, em especial à Karina Martins de Oliveira, pela confiança em meu trabalho, aprendizado mútuo, convívio, empenho e dedicação nos momentos coletivos e individuais.

À colega e companheira de trabalho Tatianne Márcia Perdigão, por me incentivar no ingresso ao Mestrado e me apoiar na elaboração do projeto inicial.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em especial à Cláudia Rogel e Moisés, da DRES-N, que me oportunizaram tempo, para que eu pudesse me dedicar ao mestrado, entendendo a importância da qualificação permanente de seus profissionais, compreendendo minhas ausências e me encorajando a lutar pelos meus objetivos.

Aos colegas de trabalho, amigos e todas as pessoas que torceram e acreditaram em mim.

RESUMO

Nesta dissertação, foram compreendidas algumas estratégias de Gestão Participativa, que envolvem a Assistência Materno-Infantil, utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte. O objetivo foi compreender essas estratégias como instrumento para a atenção materno-infantil nessa unidade, a partir da análise das representações sociais do gestor da unidade, dos profissionais das equipes e das usuárias. Metodologicamente, as informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada com o gestor, grupo focal com os profissionais das Equipes de Saúde da Família e da roda de conversa com as usuárias do território. As políticas que permearam este trabalho foram a Política Nacional de Humanização (2004) do Ministério da Saúde, a Política de Educação Permanente, instituída pela portaria GM/MS 1.996/2007, a Estratégia de Gestão do Cuidado no Território e dos Protocolos de Pré-Natal e Puerpério, desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. As bases conceituais estiveram ancoradas na Gestão Participativa, nas representações sociais e no planejamento das ações em Saúde. Ressaltou-se, neste estudo, a participação popular como forma coletiva de construção da cidadania. Este trabalho é relevante, à medida que divulga outra visão de gestão que não esteja pautada nos princípios e conceitos que subsidiam o modelo clássico de gestão, tendo em vista que a Gestão Participativa já se mostra muito mais eficiente. O plano de ação deste projeto se deu por meio de oficinas com os participantes, como possibilidade de construção e planejamento para a visita do quinto dia às puérperas da unidade e a retomada do grupo de aleitamento materno. Como produto deste trabalho, tem-se a estruturação de um folheto eletrônico, que será divulgado às usuárias, com as orientações iniciais pós-parto sobre a visita do quinto dia e sobre o grupo de aleitamento materno, realizados pela equipe de enfermagem. Concluímos que, por meio deste trabalho, os participantes da pesquisa compreenderam as diversidades, inclusive territoriais, e a importância do espaço proporcionado pelos grupos para discussões e reflexões entre gestores, profissionais e usuárias. Percebemos como este espaço humaniza as relações e corresponsabiliza os atores envolvidos na tomada de decisões, com vistas ao empoderamento das usuárias, e o sentimento dos profissionais de serem reconhecidos pelo desempenho com qualidade de seu trabalho no dia a dia.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Participação da comunidade.

ABSTRACT

In this dissertation, some Participatory Management strategies were understood, involving Maternal and Child Care, used by the Family Health Teams of a Basic Health Unit in Belo Horizonte. The objective was to understand these strategies, as an instrument for maternal and child care in this unit, based on the analysis of the social representations of the unit manager, team professionals and users. Methodologically, the information was obtained through a semi-structured interview with the manager, a focus group with the professionals of the Family Health Teams and the conversation wheel with the users of the territory. The policies that permeated this work were the National Humanization Policy (2004), from the Ministry of Health, Permanent Education Policy, instituted by ordinance GM / MS 1.996 / 2007, the Care Management Strategy in the Territory and the Prenatal Protocols and Postpartum, developed by the Belo Horizonte Municipal Health Department. The conceptual bases were anchored in Participative Management, Social Representations and in the planning of health actions. In this study, popular participation as a collective form of building citizenship was highlighted. This work is relevant as it discloses another management vision, which is not based on the principles and concepts that support the classic management model, considering that Participatory Management is already much more efficient. The action plan for this project took place through workshops, with the participants, as a possibility of construction and planning for the fifth day visit to the mothers of the unit and the resumption of the breastfeeding group. As a product of this work, there is the structuring of an electronic leaflet, which will be made available to users, with the initial postpartum guidelines of the fifth day visit and the breastfeeding group, carried out by the nursing team. We concluded that, through this work, the research participants understood the diversity, including territorial and the importance of the space provided by the groups, for discussions and reflections between managers, professionals and users. We perceive how this space humanizes relations and co-responsibility the actors involved in decision-making, with a view to empowering users and the professionals' feeling of being recognized for the quality performance of their day-to-day work.

Keywords: Health Management; Primary Health Care; Health education; Community participation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CS – Centro de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

ESM – Equipe de Saúde Mental

GCT – Gestão do Cuidado no Território

GEAS – Gerência de Assistência à Saúde

GEDSA – Gerência de Educação em Saúde

HSF – Hospital Sofia Feldman

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MQ-BH – Monitoramento Quadrimestral - Belo Horizonte

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo Ampliado em Saúde da Família

NEP – Núcleo de Educação Permanente

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNEP – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

RN – Recém-Nascido

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS-BH – Sistema Único de Saúde - Belo Horizonte

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Painel de indicadores da APS - Maio/2016 - Atenção Materna e Infantil/Unidade de Saúde da Regional Norte	20
Tabela 2 - Distribuição dos participantes em valores absolutos e percentuais, segundo cargo, gênero e faixa etária, no grupo de profissionais/gestor. Belo Horizonte, 2019	32
Tabela 3 - Distribuição da amostra em valores absolutos, segundo cargo, tempo de atuação no SUS-BH e escolaridade, no grupo de profissionais/gestor	33
Belo Horizonte, 2019	33
Tabela 4 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo idade, naturalidade e tempo de residência no território, no grupo de usuárias. Belo Horizonte, 2019	34
Tabela 5 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo condição da usuária, número de filhos e aborto. Belo Horizonte, 2019	34
Tabela 6 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo escolaridade, atividade remunerada e renda mensal do grupo de usuárias. Belo Horizonte, 2019	35
Tabela 7 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo número de membros da família, renda familiar e o tipo de residência das usuárias. Belo Horizonte, 2019	36

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 POLÍTICAS PÚBLICAS: contextualização	16
3 ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NO DISTRITO NORTE: contextualização das ações de saúde	19
4 OBJETIVO	24
4.1 Geral	24
4.2 Objetivos Específicos	24
5 BASES CONCEITUAIS	25
6 METODOLOGIA	30
6.1 Tipo de Estudo	30
6.2 Participantes do estudo	30
6.3 Caracterização dos participantes da pesquisa	31
6.3.1 Profissionais/Gestor	32
6.3.2 Usuárias	33
6.4 Território da pesquisa	36
6.5 Aspectos éticos da pesquisa	37
6.6 Instrumentos de produção das informações	37
6.6.1 Questionário socioeconômico	37
6.6.2 Entrevista	38
6.6.3 Grupo Focal	39
6.6.4 Roda de conversa	40
6.6.5 Oficina com os participantes	41
6.7 Análise das informações	41
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
7.1 Categoria 1 – O grupo de <i>WhatsApp: telegestão</i>	45

7.2	Categoria 2 – Rede de apoio: cooperação	47
7.3	Categoria 3 – O prazer de trabalhar	49
7.4	Categoria 4 – As relações de poder: submissão e resistência	53
8	PLANO DE AÇÃO: ampliação da gestão participativa para a Regional	57
8.1	Primeiro Momento: encontro de planejamento	57
8.2	Segundo Momento: oficina de planejamento	57
8.3	Construção do folheto eletrônico: ações finalizadas, em andamento e agendadas	60
8.4	Os desafios e a relevância de uma produção coletiva	66
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA GESTANTE	76
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO - GESTOR / PROFISSIONAIS	77
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO - USUÁRIAS	78
	APÊNDICE 3 – GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	80
	APÊNDICE 4 – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	81
	APÊNDICE 5 – ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA	82
	APÊNDICE 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR	83
	APÊNDICE 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	85
	APÊNDICE 8 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS USUÁRIAS	87

APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA

Minha atuação no Sistema Único de Saúde – Belo Horizonte (SUS-BH) teve início em 2013, como psicóloga, referência técnica na Gestão do Trabalho da Regional Norte e também referência do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do distrito. Dentre as minhas atividades está o apoio aos Gerentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas atividades relacionadas à Gestão de Pessoas e do Trabalho, junto às equipes, dando suporte nas ações de mediação de conflitos.

Em relação à Educação Permanente, minha atuação está relacionada à avaliação de demandas educacionais no plano distrital e local, contribuindo no planejamento, organização, operacionalização das ações, além do acompanhamento e participação em todos os eventos educacionais.

Promover a melhoria na qualidade de vida laboral e, conseqüentemente, na assistência prestada ao usuário é ponto importante de direcionamento do meu trabalho.

Pertencer ao NEP tem me mostrado que a forma mais eficaz de se construir essa qualidade é por meio de discussões que viabilizem um projeto de ação. Esse projeto deve incluir gestores, profissionais e usuários na intenção de criar um ambiente propício à reflexão, possibilitando, assim, o processo de mudança.

O exercício da gestão implica estar apto à escuta e ao olhar qualificado e respeitoso com profissionais e usuários, situação essa que pode garantir seus direitos e deveres de modo que a assistência não se torne um fardo ou ambiente de angústias e lamentações infinitas.

O ingresso no Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde tem me despertado e me provocado a sair do lugar na tentativa de criar projetos para o aprimoramento de uma saúde coletiva integral e equânime.

1 INTRODUÇÃO

Observo, no cotidiano das Unidades de Saúde, movimentos de capacitações, treinamentos e discussões que, muitas vezes, levam em consideração apenas a análise quantitativa advinda dos indicadores apresentados pela unidade.

Outra questão refere-se à restrição das atividades educacionais, em parte, pela vontade do profissional de se qualificar. Nas unidades, esse profissional raramente encontra espaço para as discussões referentes às mudanças de processo, tão necessárias nos cenários de prática em saúde. Essa situação é gerada pela demanda de consultas de usuários que superlotam suas agendas todos os dias, pela resistência dos colegas em mudar a rotina ou pela dificuldade do gestor em trabalhar fluxos e reestruturação dos processos.

Observo, também, pela minha prática, a dificuldade em se avaliar a eficácia das ações de Educação Permanente nas unidades e os resultados provocados por essas ações quanto ao conhecimento técnico e melhoria dos processos de trabalho dos profissionais no dia a dia. Essa dificuldade se apresenta pela falta de instrumentos de avaliação que consigam mensurar o efeito dessas ações na prática.

Penso que uma das formas de se buscar a qualidade na prestação de serviços de saúde à população é por meio da Gestão Participativa, incluindo gestores, profissionais e usuários na tomada de decisão, na intenção de se potencializar o crescimento pessoal e profissional, além da corresponsabilização por processos e resultados alcançados.

Dessa forma, a pergunta que norteia este trabalho é: quais estratégias gestores, profissionais e usuárias têm utilizado para o desenvolvimento de uma atenção materno-infantil reconhecidamente entre eles como uma gestão participativa?

A Gestão Participativa é entendida, no presente estudo, como a necessidade de inclusão de diferentes sujeitos nos processos de análise e decisão, na ampliação das análises dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em um lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. Trata-se, portanto, de uma abordagem gerencial, a partir da descentralização das decisões e da aproximação entre gestão, equipe de trabalho e usuários (BELO HORIZONTE, 2016a).

Cruz (2012) aponta a importância dos movimentos populares no campo da Saúde Pública brasileira, pois esses movimentos têm incidido na defesa do direito à saúde de forma democrática, rompendo com o caráter assistencialista e meramente previdenciário.

Os Centros de Saúde (CS) são estruturas complexas que oferecem diversos serviços para a população e funcionam como uma das principais portas de entrada dos usuários para outros pontos de atenção do SUS. O conhecimento dessa população parte do cadastro das famílias, do diagnóstico epidemiológico e da análise de riscos e vulnerabilidades, o que permite a identificação das prioridades e o planejamento das ações. A partir dessas informações, um conjunto de estratégias é utilizado pela gestão na busca da integralidade e coordenação do cuidado ao usuário (RAG, 2017).

Dentre as ações de saúde, ressalta-se a assistência materno-infantil, que há alguns anos tem sido prioridade dos sistemas de saúde em todo o mundo. As Equipes de Saúde da Família (ESF) têm importante papel nesse processo, de acordo com o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério, atualização de informações, realização do cuidado em saúde, prioritariamente no âmbito do CS, do domicílio, escolas, associações, entre outros. Ações de atenção integral, promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada, proporcionando atendimento humanizado, viabilizam vínculo entre gestantes/parceiros/profissionais de saúde (BELO HORIZONTE, 2019).

Segundo o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Município de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2016b), ao longo dos anos, a Secretaria Municipal de Saúde vem assumindo a responsabilidade da construção de uma rede de serviços para a organização da linha de cuidado integral à gestante e ao recém-nascido, entretanto os índices de mortes maternas, fetais e infantis, além dos óbitos por causas evitáveis são ainda elevados. Propiciar uma adequada assistência ao pré-natal e puerpério é uma oportunidade de cuidado e de atenção que contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

As ações de promoção da saúde são importantes ferramentas para garantir o bem-estar materno e fetal durante a gestação. A partir dessas ações, as mulheres são orientadas para uma alimentação mais saudável, a prática de atividade física, o preparo para a vivência positiva da gravidez e do parto, com o exercício do seu pleno protagonismo, confiança e autonomia. Para além da promoção, a prevenção

também é parte integrante das possibilidades de ações como o diagnóstico e tratamento das intercorrências, avaliação cuidadosa da gestante e a realização de exames complementares preconizados pelo protocolo (BELO HORIZONTE, 2016b).

A compreensão das estratégias de Gestão Participativa que envolvem a Assistência Materno-Infantil desenvolvidas por algumas ESF dessa regional foi a questão central deste trabalho. Entretanto, considerando os limites do presente trabalho, foram analisadas as ESF de uma UBS. As ações desses profissionais, articuladas às atitudes, às crenças e aos valores deles, propiciam um trabalho de responsabilidade com o usuário e apontam a importância desse para todo o território da citada equipe.

Este trabalho é relevante, à medida que socializa a visão de um modelo de gestão participativa, evidenciando, também, a importância do espaço proporcionado pelos grupos deste trabalho para as discussões e reflexões entre gestores, profissionais e usuários. Esse espaço humaniza as relações e corresponsabiliza os atores envolvidos na tomada de decisões.

A seguir, daremos visibilidade à Política Nacional de Humanização (PNH) e à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP), bem como à Estratégia da Gestão do Cuidado no Território (GCT), que vão permear este trabalho. Consideramos importante ampliar o conhecimento sobre as bases filosóficas, ideológicas e educacionais pelas quais perpassam as políticas públicas no campo da saúde.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS: contextualização

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe uma discussão coletiva das práticas, dos graus de implicação, dos fluxos de saberes, poderes, ações, normas e também de vínculos (BRASIL, 2004).

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde, juntamente com os usuários e suas redes sociofamiliares. A organização e a experimentação de rodas de conversa são importantes instrumentos da gestão participativa. Essas colocam as diferenças de opiniões, experiências, sentimentos e condutas em contato, de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção (BRASIL, 2004).

A criação dos conselhos de saúde também é instrumento de controle social e mecanismo estratégico na garantia de direitos, que apontam para a participação da sociedade civil na tomada de decisão na construção das diversas políticas públicas. Os conselhos assumiram, institucionalmente, papel primordial no processo de afirmação da cidadania. (CRUZ, 2012)

A PNH aponta, ainda, outras ferramentas experimentadas nos serviços de saúde e que já apresentam resultados positivos, como o incentivo às redes e aos movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças; os colegiados gestores; mesas de negociação; Grupo de Trabalho de Humanização; Gerência de Porta Aberta, entre outros. Todos esses são processos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde (BRASIL, 2004).

Porém, ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. A PNH também defende que o usuário e sua rede sociofamiliar devem se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação à saúde própria e daqueles que lhes são caros (BRASIL, 2004).

A Secretaria Municipal de Saúde do município em que se deu a pesquisa vem aperfeiçoando uma ferramenta de aproximação da gestão com os trabalhadores denominada “Gestão do Cuidado no Território”. Essa estratégia orienta-se pelos princípios da gestão participativa, por meio do apoio institucional, com foco no

planejamento das necessidades do território, prezando pela gestão da equidade e com a perspectiva de superar a fragmentação entre a atenção à saúde e a gestão em saúde, o que, certamente, contribuirá para ampliar a capacidade de cuidar do usuário em suas necessidades reais, das equipes que prestam atendimento e da articulação dos pontos de atenção (BELO HORIZONTE, 2016a).

A assistência integral à saúde tem se tornado cada vez mais complexa e desafiadora e demanda um movimento contínuo de qualificação e gestão para superar as dificuldades relatadas pelos profissionais. Dentre essas dificuldades, apontam-se a falta de conhecimento dos métodos, de tempo para acessar informações essenciais sobre o território, do processo de trabalho local, a dificuldade de realizar diagnóstico, planejamento e acompanhamento das ações realizadas e dos resultados dessas ações na realidade local (BELO HORIZONTE, 2016a).

Por meio da Estratégia GCT, pretende-se alcançar o fortalecimento da estratégia de saúde da família e a qualificação do dinâmico processo de trabalho da APS, assim como oferecer apoio às equipes para organização dos macroprocessos e do cuidado integral da população da área sanitária adscrita (BELO HORIZONTE, 2016a).

Outra política importante a se inferir neste trabalho é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela portaria GM/MS 1.996/2007 do Ministério da Saúde, a qual valida os princípios da educação permanente, reitera que as demandas de formação devem considerar problemas cotidianos e prioritários e reafirma a natureza tecnopolítica da formação e da qualificação profissional. As ações de educação permanente começaram, a partir de então, a serem tratadas como um dos eixos dos pactos de gestão e do pacto pela saúde (BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS/2007).

Em seu art. 1º, parágrafo único, a PNEP aponta para a importância de se considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS/2007).

A Educação Permanente será concretizada por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), os quais elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde (BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS/2007).

Em relação ao conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional, a Portaria descreve:

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS/2007).

A seguir, será apresentada uma contextualização da Assistência Materno-Infantil na Regional Norte de Belo Horizonte apontando as principais ações já desenvolvidas no distrito em anos anteriores, as perspectivas de melhoria dos processos de trabalho dos profissionais, identificadas até o momento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Prefeitura de Belo Horizonte, além das possibilidades, percebidas pelo distrito, de continuidade das ações.

3 ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NO DISTRITO NORTE: contextualização das ações de saúde

O Distrito Sanitário Norte deu início, há alguns anos, a um processo de análise e reflexão de indicadores e reorganização de processos de trabalho dos profissionais envolvidos na linha de cuidado materno-infantil, entendendo que cada unidade de saúde possui particularidades e especificidades em relação ao atendimento.

Institucionalmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) tem utilizado o Painel de Indicadores como avaliação da saúde da população. O Painel de Indicadores da Atenção Primária em Saúde é um conjunto de planilhas organizadas em 10 blocos temáticos que reúnem indicadores referentes aos distritos sanitários e centros de saúde. Esses indicadores são originários do “Monitoramento Quadrimestral” do estado de saúde da população de Belo Horizonte (MQ-BH), do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BELO HORIZONTE, 2016b).

O bloco um desses indicadores refere-se à Saúde Materna e Infantil e é composto por sete indicadores, a saber: Número de mortes maternas (MQ-BH), Número de óbitos potencialmente evitáveis (MQ-BH), Proporção de gestantes captadas até o final do 1º trimestre de gestação (MQ-BH), Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal (MQ-BH), Média de atendimento de puericultura em menores de dois anos (MQ-BH), Percentual de crianças atendidas com aleitamento materno exclusivo (MQ-BH) e Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida (PMAQ) (BELO HORIZONTE, 2016b).

Acompanhar esses indicadores é uma das estratégias para identificar fragilidades e permitir planejamento de ações de qualificação do atendimento à gestante, à puérpera e ao RN (BELO HORIZONTE, 2016b).

Tabela 1 - Painel de indicadores da APS - Maio/2016 - Atenção Materna e Infantil/Unidade de Saúde da Regional Norte.

CENTROS DE SAÚDE	NÚMERO DE MORTES MATERNA		NÚMERO DE ÓBITOS EM CRIANÇAS < 1 ANO		PROPORÇÃO DE GESTANTES CAPTADAS ATÉ O FINAL DO 1º TRIMESTRE		PROPORÇÃO DE GESTANTES ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL		MÉDIA DE ATENDIMENTO DE PUERICULTURA EM MENORES DE 2 ANOS		% CRIANÇAS ATENDIDAS ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	
	Alerta: ≥ 1 óbito		Alerta: ≥ 1 óbito		Alerta: $< 78\%$		Alerta: $< 75\%$		Alerta: $< 5,4$ atend.		Alerta: $< 75\%$	
	Dados	Resultado	Dados	Resultado	Dados	Resultado	Dados	Resultado	Dados	Resultado	Dados	Resultado
Aarão Reis	0	OK	1	ALERTA	90,3%	OK	42,6%	ALERTA	3,1	ALERTA	77,6%	OK
Amélia Rocha De Melo (São Bernardo)	0	OK	1	ALERTA	82,7%	OK	28,2%	ALERTA	2,1	ALERTA	69,4%	ALERTA
Campo Alegre	0	OK	0	OK	76,3%	ALERTA	39,7%	ALERTA	0,7	ALERTA	68,3%	ALERTA
Etelvina Carneiro	0	OK	2	ALERTA	78,2%	OK	23,0%	ALERTA	1,2	ALERTA	77,7%	OK
Felicidade II	0	OK	2	ALERTA	85,3%	OK	14,2%	ALERTA	2,5	ALERTA	83,5%	OK
Floramar-PBH	0	OK	0	OK	89,4%	OK	30,8%	ALERTA	2,7	ALERTA	69,0%	ALERTA
Guarani	0	OK	4	ALERTA	85,0%	OK	16,0%	ALERTA	3	ALERTA	73,1%	ALERTA
Heliópolis	0	OK	1	ALERTA	81,9%	OK	43,2%	ALERTA	1,7	ALERTA	52,7%	ALERTA
Jaqueline I (Zilah Spósito)	0	OK	1	ALERTA	75,0%	ALERTA	53,2%	ALERTA	1,2	ALERTA	62,8%	ALERTA
Jaqueline II	0	OK	2	ALERTA	82,0%	OK	27,7%	ALERTA	2,1	ALERTA	74,2%	ALERTA
Jardim Felicidade (Conjunto Felicidade)	0	OK	1	ALERTA	88,9%	OK	26,8%	ALERTA	1,1	ALERTA	56,9%	ALERTA
Jardim Guanabara	0	OK	3	ALERTA	86,2%	OK	54,5%	ALERTA	1,9	ALERTA	76,2%	OK
Lajedo	0	OK	1	ALERTA	89,6%	OK	13,2%	ALERTA	2	ALERTA	68,5%	ALERTA
Mg-20 (Monte Azul)	0	OK	2	ALERTA	81,1%	OK	37,7%	ALERTA	1,7	ALERTA	78,7%	OK
Novo Aarão Reis	0	OK	1	ALERTA	85,9%	OK	50,0%	ALERTA	2,6	ALERTA	83,1%	OK
Primeiro De Maio	0	OK	0	OK	73,6%	ALERTA	18,8%	ALERTA	0,9	ALERTA	78,5%	OK
Providência	0	OK	0	OK	83,7%	OK	36,5%	ALERTA	3,4	ALERTA	72,0%	ALERTA
São Tomás	0	OK	0	OK	93,5%	OK	40,9%	ALERTA	2,5	ALERTA	73,2%	ALERTA
Tupi	0	OK	0	OK	79,1%	OK	26,2%	ALERTA	2,1	ALERTA	79,8%	OK

VALORES DE REFERÊNCIA

- Número de mortes maternas: OK = 0, ALERTA ≥ 1
- Número de Óbitos < 1 ano: OK = 0, ALERTA ≥ 1
- Proporção de gestantes captadas até o final do 1º trimestre: OK = ≥ 78 , ALERTA = < 78
- Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal: OK = ≥ 75 , ALERTA = < 75
- Média de atendimento de puericultura em menores de 2 anos: OK $\geq 5,4$, ALERTA = $< 5,4$
- % crianças atendidas aleitamento materno exclusivo: OK = ≥ 75 , ALERTA = < 75
- % recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida: OK = ≥ 75 , ALERTA = < 75

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2016).

Como se observa na planilha de indicadores da Regional Norte, existem questões importantes acerca da assistência materno-infantil prestada nas unidades de saúde. Em relação ao número de óbitos, em menores de um ano de idade, 13 unidades de 19 apresentam “alertas”. Outra questão preocupante é em relação à proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal. Esse indicador aponta que 19 unidades de saúde estão abaixo do considerado ideal, conforme os valores de referência.

Quando se analisa a média de atendimentos de puericultura em menores de dois anos, observa-se que as unidades de saúde não realizam o número necessário de atendimentos, definido em protocolo. A porcentagem de crianças atendidas com aleitamento materno exclusivo também preocupa: são 11 unidades abaixo do ideal.

Tomando como base os indicadores apresentados, bem como informações prestadas pelo Comitê de Óbito materno e infantil do distrito (nesse espaço são apresentados e analisados os casos de óbitos ocorridos em todos os instrumentos de saúde localizados no território), além das discussões acerca do tema nos conselhos de saúde, com a participação popular, foram pensadas algumas ações que problematizassem as questões vividas diariamente pelos profissionais e gestores no âmbito da assistência materno-infantil.

A primeira ação do distrito foi a criação da Comissão Gerencial responsável pela análise e elaboração de todas as possíveis ações referentes ao tema. Os participantes da comissão tiveram a oportunidade de aproximação com a problemática materno-infantil vivenciada pelo distrito, e, posteriormente, de posse das informações necessárias, foi possível traçar ações mais assertivas e que atingissem o público-alvo.

Essa comissão foi composta por gestores distritais, referências técnicas, representante do NEP, Gerência de Assistência (GEAS), Gerência de Educação em Saúde (GEDSA) e Hospital Sofia Feldman (HSF), maternidade referência do distrito Norte.

A segunda ação realizada pelo distrito, a partir das discussões da Comissão, foi a sensibilização dos gerentes das 20 unidades de saúde da Regional com o intuito de abordar o tema materno-infantil e iniciar as discussões em relação às mudanças necessárias para a melhoria dos indicadores materno-infantis. Para essa sensibilização, foram convidados para um momento de reflexão profissionais da

Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte com domínio do tema “Assistência Materno-Infantil”.

Foram utilizadas algumas dinâmicas de grupo que possibilitaram as discussões de questões problemáticas em relação aos processos de trabalho nas unidades, como a falta de profissionais qualificados, a dificuldade de contratação de especialistas, como ginecologistas e pediatras, além da utilização de vídeos de sensibilização que contribuíram para a redução da postura reativa dos gestores frente aos apontamentos sobre o cuidado perinatal no Distrito Sanitário Norte.

A terceira ação planejada foram reuniões por “polos” com os 20 gestores locais das unidades de saúde do distrito. Foram realizados cinco “polos” com quatro gestores em cada um. Para aprofundar as discussões dos “polos”, foi solicitado, anteriormente, a esses gestores, a resposta a um questionário de avaliação dos critérios de atendimento às gestantes nas unidades de saúde.

Diante das respostas enviadas pelas unidades, pôde-se identificar e discutir com os gestores os principais problemas encontrados em cada equipe de saúde. Foram convidados, para essas discussões, os gestores locais, distritais e uma Referência Técnica de cada unidade. Como proposta de ação, os gerentes fariam essa discussão com todos os profissionais de sua unidade para identificar as estratégias para enfrentamento dos problemas de cada território.

Por fim, para a quarta ação, dentre as questões colhidas nas discussões com os gestores, foi enfocada a falta de qualificação dos profissionais que realizam os atendimentos materno-infantis nas unidades. Dessa forma, realizou-se uma capacitação para todos os médicos e enfermeiros das ESF das 20 unidades, com a participação do HSF. Os objetivos dessa capacitação foram de refletir sobre a prática, sensibilizar os profissionais e problematizar sobre a realidade da unidade, bem como as mudanças necessárias no processo de trabalho e condutas durante a assistência à gestante.

Após a conclusão das ações realizadas até o momento no distrito, perceberam-se algumas mudanças positivas no cenário dos 20 centros de saúde, como:

- definição e obrigatoriedade de “Vaga zero” (nenhuma gestante precisa aguardar agendamento) para consultas e exames;
- mudança na agenda dos enfermeiros, intercalando as consultas com os médicos das equipes;

- mudança do processo de acompanhamento dos residentes obstétricos das unidades;
- atendimento em equipe, por enfermeiros e outras categorias profissionais, quando necessário, além da discussão dos casos;
- maior responsabilização da equipe em relação ao atendimento;
- acompanhamento e vigilância às gestantes da rede SUS, conveniadas e particulares, inclusive de alto risco;
- maior atenção ao protocolo de pré-natal;
- realização de teste rápido com prazos mais eficientes e adequados;
- aproximação com a maternidade de referência do Distrito Norte, Hospital Sofia Feldman.

Esse cenário não tem acontecido em todas as unidades de saúde do distrito, e algumas ainda não compreendem todas as ações que podem ser oferecidas à população. Pensando nisso, para o primeiro semestre de 2019, o distrito planejou ações que envolvam profissionais de apoio às equipes, como pediatras e ginecologistas, responsáveis pelo matriciamento dos casos, além de rever alguns pontos importantes dos processos de trabalho materno-infantil.

4 OBJETIVO

4.1 Geral

Compreender as estratégias de gestão participativa, constituídas como instrumento para a atenção materno-infantil, em uma unidade básica de saúde.

4.2 Objetivos Específicos

- Analisar o conjunto das representações sociais do gestor da unidade, dos profissionais das equipes e das usuárias acerca do trabalho participativo nessa unidade.
- Reconstruir com os participantes as estratégias de gestão participativa na unidade, nem sempre reconhecidas como tais, para o desenvolvimento do trabalho.
- Construir as diretrizes de um folheto eletrônico, que será compartilhado com outras unidades de saúde da Regional Norte, acerca do passo a passo para a construção de uma gestão pautada na participação de gestores, profissionais da saúde e usuários do SUS.

5 BASES CONCEITUAIS

Tomamos como bases conceituais para este trabalho as considerações da Política Nacional de Humanização (2004) do Ministério da Saúde, elaborada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, a Política Nacional de Educação Permanente, portaria nº 1.996 GM/MS/2007, e a Estratégia de Gestão do Cuidado no Território, conforme já citadas no capítulo 2 deste estudo.

Conceitos como gestão participativa, planejamento em saúde, controle social e representações sociais de profissionais e usuários também fizeram parte dessas bases, compondo, assim, alicerces do processo de construção e execução das ações propostas nesta pesquisa.

Cecílio (2007) aponta a importância do planejamento das intervenções em saúde, enfatizando que esse tem por finalidade criar e orientar as ações dos diferentes atores institucionais, buscando a interação entre eles, com autonomia e sem atropelos. Para isso, algumas habilidades são necessárias: registrar informações, compreender os contextos, avaliar as circunstâncias, dialogar, mediar conflitos, articular objetivos, argumentar, propor acordos, além de tomar decisões.

O planejamento, segundo Costa (2016), apresenta-se como um instrumento de ação governamental para a formação de políticas públicas, buscando intervir nos processos socioeconômicos com maior chance de sucesso. O “sucesso”, segundo a autora, precisa ser entendido como a melhoria da situação de saúde da população, apontando para o entendimento de que o planejamento não pode ser um fim em si mesmo.

Merhy (1995) enfatiza que o campo da gestão das organizações e da micropolítica do processo de trabalho é um território especial de tecnologia para munir os processos de mudança.

Estamos vivendo hoje uma situação histórico-social, que tem definido para as organizações produtivas um desafio que só pode ser enfrentado através de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma plasticidade que as transforma quase em uma “organização inteligente”, que consiga assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparece. A gestão seria o campo tecnológico para dar as organizações esta plasticidade (MERHY, 1995. p.123).

A gestão da saúde, segundo Cecílio (2007), precisa ser flexível, reforçando as possibilidades de tomada de decisão de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. O autor ainda propõe formas organizativas internas e democráticas para a construção da igualdade das relações de poder, com equipe colaborativa, possibilitando a participação social e fazendo com que a população se estabeleça como um ator social nesse processo.

O enfoque estratégico no planejamento em saúde, segundo Costa (2016), configura-se como tendência para a gestão compartilhada, uma vez que as ações propostas têm sua viabilidade analisada do ponto de vista dos atores envolvidos, a partir dos recursos controlados por eles em um determinado contexto. Os sujeitos são recolocados em um espaço de autonomia e corresponsabilização, e são assumidas diversas explicações da realidade.

Para Campos (2010), há evidências de que os seres humanos são ativos, reflexivos e modificam as condições que os condicionaram, assim como reagem ao domínio do estruturado, produzindo espaços singulares de existência. O ser humano é potente para coproduzir situações e contextos, buscando modelos de gestão que combinem autonomia, necessária para a práxis, com controle sobre o trabalho, considerando-se saber estruturado, valores políticos e direitos dos usuários.

Cecílio (2007) aponta também que a complexidade do trabalho nessas organizações, a impossibilidade relativa de uma padronização única e mecânica e a intensa distribuição do poder sugerem, junto a outras características, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo, comunicativo. Isso reforça a perspectiva de organização comunicante.

É nesse sentido que Campos (2010) sugere a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe e entre profissionais e usuários. O autor cita alguns conceitos e arranjos organizacionais que possibilitam – não garantem – a cogestão do trabalho em saúde, entre eles o esforço para se combinar graus de autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária. Segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e mesmo eventuais

contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio institucional.

Pensar o novo modelo de gestão participativa é, segundo Campos (2010), comprometer-se com o envolvimento de usuários e profissionais na gestão em todas as suas etapas, ainda que com papel distinto dos administradores, além de assegurar, também, ao paciente/usuário a condição de sujeito com autonomia e poderes relativos à cogestão do seu projeto terapêutico. Almeja-se não somente a produção de saúde, mas a autonomia do usuário como critério de qualidade, minimizando, assim, a medicalização, o consumismo e a dependência na relação profissional-usuário.

Ceccin (2004) aponta a importante e necessária aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o setor, características fundantes de uma educação em serviço.

Para Campos (2010), é impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados. Cabe ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico, construir um novo modo de agir com base no saber estruturado, no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura, adaptando o saber tecnológico ao contexto singular. O exercício do trabalho depende de sujeitos trabalhadores com importante grau de autonomia e de responsabilidade com o usuário e com as instituições.

Segundo Brant (2001), os seres humanos não nascem sujeitos, tornam-se tanto produto como produtores de processos sociais por meio do trabalho. O trabalho é um processo que permeia todo o ser humano e constitui sua especificidade. Por meio do trabalho, o ser humano se contrapõe e se afirma como sujeito num movimento de ação teleológica sobre a realidade objetiva.

O autor afirma, ainda, que homem e trabalho constituem dois termos de uma relação de determinação reflexiva, na qual um não existe sem o outro e na qual um se define pelo outro. O trabalho torna-se, no interior da cultura, não apenas algo que visa à manutenção do sujeito, mas à continuação da vida.

A tensão e o embate que permeiam o trabalho, ainda de acordo com Brant (2001), constituem possibilidades que o sujeito encontra para dar sentido à vida.

Nessa perspectiva, o trabalho pode ser mediador da saúde, fonte de prazer e de soluções originais para a vida.

Existem algumas estratégias organizacionais que, segundo Campos (2010), permitem atenuar os efeitos destrutivos da fragmentação do trabalho em saúde, possibilitando mais coesão e responsabilidade aos processos de trabalho. São elas:

“- Profissional de referência: coordenador de caso e responsável pelo projeto terapêutico; - Equipe de referência (espaço interprofissional): célula do modelo de gestão - deslocamento de parte do poder das corporações para equipes; - Equipe interdisciplinar de apoio matricial: responsável por atenção à saúde a um conjunto de pessoas e território; Integração entre equipe de referência e apoio matricial: organizar trabalho compartilhado mediante: (1) atendimento conjunto de casos; (2) atendimento pelo especialista e contato com equipe que define seguimento complementar; (3) troca de conhecimentos e de orientações e diálogo sobre projetos terapêuticos entre apoio e equipe e (4) busca de mecanismos para personalizar a relação entre profissionais de referência e contrarreferência, estimulando contato direto entre referência e apoio; - Unidade de produção: departamentos dos serviços de saúde organizados segundo lógica interdisciplinar e modo de produção da atenção à saúde (processo de trabalho, objeto e objetivos comuns); com essa lógica, se busca saltar do departamento corporativo ao departamento temático e interdisciplinar” (CAMPOS, 2010, p.2340).

Tomando como base a construção coletiva de saberes, na qual todos os saberes sejam valorizados, Levy (1994) aponta para o constante processo de construção coletiva, deslocando-se do quantitativo para o qualitativo. Toda interlocução passa a ser válida, significativa, permitindo a construção coletiva do conhecimento; cada um indicará um direcionamento diferente daquele já existente, respeitando a singularidade e a identidade cognitiva dos sujeitos envolvidos no processo de produção de conhecimento.

Segundo Levy (1997), para o indivíduo cujo trabalho é subitamente modificado, a revolução técnica manifesta-se como outra ameaça.

As tecnologias criadas pelo homem vêm possibilitando a transformação dos atores sociais e, conseqüentemente, do contexto no qual estão inseridos, criando uma nova forma de pensar. As tecnologias intelectuais, segundo Lèvy (1999), são elementos que reorganizam e modificam a ecologia cognitiva dos indivíduos, promovendo a construção de novas estruturas cognitivas e possibilitando a reconstrução e modificação dos processos vivenciados, inclusive no trabalho.

Outro aspecto a ser entendido como base conceitual deste trabalho são as representações sociais. Alves-Mazzotti (2008) parte da premissa de que não existe

separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito, aqui entendido como:

“em sua atividade representativa, ele não reproduz passivamente um objeto dado, mas, de certa forma, o reconstrói e, ao fazê-lo, se constitui como sujeito, pois, ao apreendê-lo de uma dada maneira, ele próprio se situa no universo social e material. Além disso, as representações sociais, tal como as opiniões e as atitudes, são “uma preparação para a ação”, mas, ao contrário destas, não o são apenas porque orientam o comportamento do sujeito, mas principalmente porque reconstituem os elementos do ambiente no qual o comportamento terá lugar, integrando-o a uma rede de relações às quais está vinculado o seu objeto”. (ALVES-MAZZOTTI, 2008, p.62).

Moscovici (1978) procura enfatizar que as representações sociais não são apenas “opiniões sobre” ou “imagens de”, mas teorias coletivas sobre o real, sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações baseada em valores e conceitos e que “determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores ou das ideias compartilhadas pelos grupos, e regem, subsequentemente, as condutas desejáveis ou admitidas”.

Alves-Mazzotti (2008) aponta dois processos que dão origem às representações sociais: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é a passagem de conceitos ou ideias para esquemas ou imagens concretas, os quais, pela generalidade de seu emprego, transformam-se em “supostos reflexos do real”; a ancoragem é a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando-o a valores e práticas sociais.

Segundo Antunes (2000), para que exista uma vida cheia de sentido fora do trabalho, é necessária uma vida dotada de sentido dentro desse. Uma vida desprovida de sentido laboral é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. A busca de uma vida dotada de sentido a partir do labor permite explorar as conexões decisivas existentes entre trabalho e liberdade.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudo

Este estudo, com abordagem qualitativa, utilizou PNH, PNEP, a Estratégia GCT, os conceitos da gestão participativa, do planejamento e das representações sociais dos indivíduos envolvidos. Os métodos qualitativos de obtenção das informações foram entrevista semiestruturada, grupo focal e roda de conversa.

Segundo Minayo (2014), no campo da saúde, as pesquisas qualitativas oferecem subsídios para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre vários aspectos. A lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e as representações sobre saúde, adoecimento e morte são abordadas, em seu sentido ético, nas pesquisas qualitativas com um caráter humanístico, inter-relacional e empático.

Dessa forma, Minayo (2014) entende que a pesquisa qualitativa valoriza a compreensão dos processos e não apenas dos resultados, incluindo o que é singular num contexto histórico e social mais ampliado. Para a autora, realizar pesquisas qualitativas é fazer um exercício empático, hermenêutico, consciente e autorreflexivo, no qual os indivíduos e os grupos precisam sempre ser entendidos em seu meio, em sua história e em suas circunstâncias.

6.2 Participantes do estudo

Optou-se por uma coleta de dados, conforme os critérios de inclusão e exclusão, envolvendo um gestor de unidade básica de saúde e as quatro ESF presentes nessa unidade de saúde. Cada equipe era composta por médico de família e comunidade, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram convidadas para participar do trabalho usuárias pertencentes ao território adscrito.

A escolha dos participantes deu-se por conveniência, sendo considerada a proximidade física do pesquisador com a unidade de saúde, ou seja, a facilidade do

pesquisador para acessar a unidade de saúde selecionada, o acesso ao gestor, a relação com os profissionais da equipe e também o acesso das usuárias ao território.

Na perspectiva de se trabalhar com todos os atores sociais do universo proposto, a amostra se constituiu de 28 pessoas, sendo um gestor, 22 profissionais e cinco usuárias. As pessoas foram convidadas de acordo com critérios específicos para cada categoria, a saber:

- critérios de inclusão:

- Gestor: estar na gestão da unidade de saúde por, pelo menos, dois anos;
- Profissionais: mínimo de um ano na Equipe de Saúde da Família;
- Usuárias: mulheres em fase de pré-natal ou com filhos vivos de até dois anos de idade, de acordo com o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério (2019), e que apresentavam facilidade de deslocamento até a unidade.

- critérios de exclusão:

- Gestor: estar na gestão da unidade de saúde por um período inferior a dois anos;
- Profissionais: menos de um ano na Equipe de Saúde da Família selecionada;
- Usuárias: gestantes não captadas ou cadastradas pela equipe.

6.3 Caracterização dos participantes da pesquisa

A partir do questionário socioeconômico dos participantes, foi elaborada uma sistematização das variáveis: gênero, faixa etária, exercício profissional atual, formação escolar, renda familiar, tempo de residência no território e tipo de moradia. Essa sistematização pode ser observada nas tabelas que se seguem.

6.3.1 Profissionais/Gestor

Em relação aos Profissionais/Gestor, entre as cinco categorias presentes, observaram-se predomínio de profissionais Agentes Comunitários de Saúde (56,52%), profissionais do sexo feminino (87%) e com faixa etária entre 30 e 65 anos. (Tab.2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes em valores absolutos e percentuais, segundo cargo, gênero e faixa etária, no grupo de profissionais/gestor. Belo Horizonte, 2019.

Cargo		Gênero		Faixa etária
Gerente	1 (4,35%)	Feminino	1 (100%)	37 anos
Médico	1 (4,35%)	Masculino	1 (100%)	42 anos
Enfermeiro	2 (8,70%)	Feminino	2 (100%)	47 a 54 anos
Téc./Aux. Enfermagem	6 (26,1%)	Feminino	5 (83,3%)	30 a 60 anos
		Masculino	1 (16,6%)	
Agente Comunitário de Saúde	13 (56,52%)	Feminino	12 (92,3%)	39 a 65 anos
		Masculino	1 (7,7%)	
TOTAL	23 (100%)	Feminino	20 (87%)	
		Masculino	3 (13%)	

Fonte: própria do pesquisador.

No que se refere ao tempo de atuação dos profissionais no SUS-BH, observou-se que eles possuem entre 6 e 27 anos. Em relação à escolaridade, avaliou-se que, dos 23 participantes, 11 possuem Ensino Médio completo e quatro possuem pós-graduação. (Tab. 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra em valores absolutos, segundo cargo, tempo de atuação no SUS-BH e escolaridade, no grupo de profissionais/gestor. Belo Horizonte, 2019.

Cargo	Tempo de atuação no SUS-BH	Escolaridade	
Gerente	9 anos	Pós-Graduação	1
Médico	7 anos	Pós-Graduação	1
Enfermeiro	19 a 20 anos	Superior completo	1
		Pós-Graduação	1
Téc./Aux. Enfermagem	6 a 27 anos	Ensino Médio incompleto	1
		Ensino Médio completo	2
		Superior incompleto	1
		Pós-Graduação	1
Agente Comunitário de Saúde	7 a 20 anos	Ensino Fundamental completo	1
		Ensino Médio incompleto	1
		Ensino Médio completo	9
		Ensino Técnico em Saúde	1
		Superior incompleto	1

Fonte: própria do pesquisador.

6.3.2 Usuárias

Em relação às cinco usuárias participantes do território, elas possuíam idades entre 22 e 33 anos, com naturalidade predominante de Belo Horizonte e tempo de residência no território entre 4 e 33 anos (Tab. 4).

Tabela 4 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo idade, naturalidade e tempo de residência no território, no grupo de usuárias. Belo Horizonte, 2019.

Usuária	Idade	Naturalidade	Tempo de residência no território
A	25 anos	Belo Horizonte	25 anos
B	23 anos	Belo Horizonte	2 anos
C	33 anos	Belo Horizonte	33 anos
D	24 anos	Pedra Azul	4 anos
E	22 anos	Espírito Santo	7 anos

Fonte: própria do pesquisador.

Das cinco usuárias participantes da pesquisa, quatro eram puérperas e uma gestante. A participante gestante não possuía outro filho, enquanto as puérperas tinham entre um e três filhos. Em relação a abortos, duas puérperas informaram sua ocorrência (Tab. 5).

Tabela 5 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo condição da usuária, número de filhos e aborto. Belo Horizonte, 2019.

Usuária	Condição	Nº. Filhos	Aborto
A	Gestante	0 filho	Não
B	Puérpera	1 filho	Não
C	Puérpera	1 filho	Não
D	Puérpera	3 filhos	Sim
E	Puérpera	1 filho	Sim

Fonte: própria do pesquisador.

Do total de usuárias, identificou-se que duas delas não concluíram o Ensino Médio, três cursavam o Ensino Superior, e uma já havia concluído o Ensino Superior. Três usuárias não possuíam atividade remunerada e renda. As duas

usuárias que relataram atividade remunerada recebiam entre meio e um e meio salário-mínimo (Tab. 6).

Tabela 6 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo escolaridade, atividade remunerada e renda mensal do grupo de usuárias. Belo Horizonte, 2019.

Usuária	Escolaridade	Atividade remunerada	Renda Mensal
A	Ensino Superior incompleto	Sim (em tempo integral)	1 a 1,5 salário-mínimo
B	Ensino Superior incompleto	Não	Não possui
C	Ensino Superior completo	Não	Não possui
D	Ensino Médio incompleto	Sim (em tempo parcial)	Menor que meio salário-mínimo
E	Ensino Médio incompleto	Não	Não possui

Fonte: própria do pesquisador.

Quanto ao número de membros da família, quatro usuárias possuíam até três com renda familiar entre zero e três salários-mínimos. Em relação ao tipo de residência, três delas relataram ser alugada (Tab. 7).

Tabela 7 - Distribuição das participantes em valores absolutos, segundo número de membros da família, renda familiar e o tipo de residência das usuárias.
Belo Horizonte, 2019.

Usuária	Nº. Membros da Família	Renda Familiar	Residência
A	4 a 6 pessoas	1,5 a 2,5 salários-mínimos	Alugada
B	1 a 3 pessoas	2,5 a 3 salários-mínimos	Alugada
C	1 a 3 pessoas	1,5 a 2,5 salários-mínimos	Própria
D	1 a 3 pessoas	0,5 a 1 salário-mínimo	Alugada
E	1 a 3 pessoas	0 a 0,5 salário-mínimo	Outro

Fonte: própria do pesquisador.

6.4 Território da pesquisa

A estimativa populacional, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, era, na capital investigada da região Sudeste, de 2.501.151 pessoas, sendo o cálculo de cobertura populacional pela ESF, nessa região, de 81,23% (RAG, 2017).

A cidade de Belo Horizonte contava com nove regionais, sendo 152 CS, 589 ESF, 302 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 152 Equipes de Saúde Mental (ESM), 59 polos de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e 77 Academias da Cidade¹ (RAG, 2017).

O cenário deste estudo foi uma UBS da regional que possuía 20 UBS e 69 ESF. A UBS investigada possuía quatro ESF.

Em relação ao controle social desse território, trata-se de um espaço consolidado de construção coletiva, com participação efetiva de usuários. As reuniões de comissão local acontecem no CS desde 2010, com encontros mensais de, aproximadamente, dez usuários e quatro profissionais da unidade. As questões

¹ A Academia da Cidade é uma das políticas públicas municipais de promoção à saúde cujo objetivo é promover a melhoria da qualidade de vida por meio do exercício físico. As atividades são direcionadas para pessoas maiores de 18 anos, e todas as atividades são elaboradas e monitoradas por profissionais de Educação Física. (BELO HORIZONTE, 2017)

mais presentes nessas reuniões são relacionadas à manutenção física da unidade, aos fluxos de trabalho dos profissionais e a consultas especializadas para os usuários que estão na fila de espera do sistema de regulação das consultas.

6.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto da presente pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil sob o número CAAE 14906019.4.0000.5149 e, somente após a aprovação e anuência dos Comitês de Ética da UFMG e Prefeitura de Belo Horizonte, foi iniciado com a equipe participante. A pesquisa obedeceu à Resolução 466, de 2012, respeitando o anonimato dos voluntários, bem como o sigilo e a confidencialidade dos participantes.

Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram, em duas vias, de igual teor, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficou com o participante e outra, com o pesquisador responsável.

6.6 Instrumentos de produção das informações

6.6.1 Questionário socioeconômico

Os participantes da pesquisa responderam a um questionário socioeconômico elaborado com questões específicas para o gestor e profissionais e outro para as usuárias, conforme informações necessárias para a construção do perfil dos participantes.

Para o gestor e profissionais, as questões foram: cargo, gênero, idade, tempo de trabalho no SUS e na UBS investigada e o grau de escolaridade (Apêndice 1).

Em relação às usuárias participantes, as questões foram: idade, naturalidade, tempo de residência no território, filhos vivos e abortos, condição (gestante ou puérpera), grau de escolaridade, atividade remunerada, renda mensal, número de membros da família, renda mensal da família e o tipo de residência (própria, alugada, parentes ou outros) (Apêndice 2).

6.6.2 Entrevista

As informações foram obtidas a partir de três instrumentos diferentes: a entrevista semiestruturada com o gestor da unidade, o grupo focal com os profissionais selecionados e a roda de conversa com as usuárias selecionadas, conforme os critérios definidos.

Segundo Minayo (2014), a entrevista possibilita uma maior interação entre entrevistador e entrevistado, o que enriquece e dá vida à coleta de dados. A autora complementa que a escolha pela modalidade de entrevista semiestruturada se justifica quando se pretende alcançar esquemas menos rígidos, em que esclarecimentos, adequações ou correções podem ser necessários para um melhor fluxo de informações.

A entrevista com o gestor foi agendada, de acordo com a conveniência dele, em horário e local predeterminados e com o esclarecimento em relação à duração de uma hora e meia aproximadamente, de forma a respeitar as atividades do entrevistado e permitir um melhor planejamento por parte dele quanto ao seu tempo.

A entrevista gravada permitiu ao pesquisador o registro de todo o material coletado e, segundo Triviños (1987), uma consistência quanto à fala do entrevistado, viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário. Foram explicitados os motivos, a relevância dos dados que estavam sendo coletados, bem como a importância da participação do entrevistado para o desenvolvimento da pesquisa.

No momento da entrevista, foi entregue ao entrevistado duas vias iguais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo pesquisador, com esclarecimentos sobre o motivo da entrevista e autorização para sua realização, garantindo o sigilo do material coletado e sua utilização apenas para o propósito da pesquisa e publicação de seus resultados (Apêndice 6). Após a leitura e assinatura do documento, o entrevistado entregou uma das vias ao entrevistador.

Procurou-se, conforme preconiza Triviños (1987), estabelecer um clima de respeito, simpatia, confiança e harmonia entre o entrevistador e o entrevistado, de forma a possibilitar, no decorrer da entrevista, que a espontaneidade e a naturalidade fossem asseguradas e que houvesse um aprofundamento do assunto, objetivando, assim, o êxito da pesquisa.

A entrevista abordou questões como o planejamento de ações da assistência materno-infantil, tais como: participação dos profissionais e usuárias nesse planejamento, a forma com que esse envolvimento dos atores institucionais nas decisões contribui para uma gestão participativa, e a importância dada pelo gestor para a construção de uma gestão que considere o saber dos envolvidos, num pensar e agir coletivamente. (Apêndice 3).

Após o término da entrevista, procedeu-se à transcrição do registro em forma de texto, permitindo, sempre que necessário, fácil acesso ao material coletado.

6.6.3 Grupo Focal

O grupo focal foi composto por 22 profissionais, dentre médicos de família e comunidade, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

Os profissionais foram divididos em dois grupos, por meio de sorteio, com a presença do gestor e de um profissional, objetivando a instauração e a alimentação de um debate com a participação de todos.

Não houve, nos grupos, a preocupação com a formação de consenso, pois esse não era o objetivo do instrumento, e sim discussões e aprofundamento das questões refletidas.

Após o sorteio e agendamento das datas para realização dos dois grupos, o gestor reservou a agenda dos profissionais para que a participação deles pudesse estar garantida. Os grupos aconteceram em sala de reuniões da unidade de saúde, local livre de interferências de pessoas externas, e a duração foi de, aproximadamente, uma hora e trinta minutos.

Em cada grupo, houve um momento de apresentação dos objetivos do trabalho, dos motivos pelos quais eles estavam participando e da importância de cada profissional trazer as reflexões individuais e coletivas para o grupo.

Cada participante recebeu duas vias iguais do TCLE (Apêndice 7), e após leitura e assinatura dele, uma via foi entregue à pesquisadora para arquivo. Além disso, os participantes preencheram um questionário socioeconômico que identificava questões como cargo, gênero, idade, tempo de atuação no SUS-BH e o

grau de escolaridade, conforme apresentado no item 6.3 (Caracterização dos participantes da pesquisa).

As discussões foram conduzidas pelo pesquisador, acompanhado de um assistente. As duas reuniões foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Segundo Minayo (2014, p.1108), “para a pesquisa qualitativa, torna-se necessário utilizar um instrumento capaz de propiciar a reflexão expressa através da ‘fala em debate’, ou seja, uma ‘conversa com finalidade’ dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções”.

As reflexões dos grupos estiveram orientadas por um roteiro preestabelecido, com questões como a trajetória da equipe em relação às estratégias desenvolvidas para o atendimento materno-infantil, a atuação de cada membro na construção dessas estratégias, as ações planejadas pela equipe para assistência das usuárias gestantes e puérperas, o nível de participação do gestor no planejamento das ações e também a visão dos profissionais sobre o que é trabalhar coletivamente nessa UBS. (Apêndice 5)

6.6.4 Roda de conversa

A roda de conversa foi o método realizado com as usuárias gestantes e puérperas do território. Para esse grupo, foi definida, como critério de inclusão, a facilidade no deslocamento até a unidade de saúde, local em que foi realizado o encontro.

A partir do recebimento da lista com os nomes das gestantes e puérperas com filhos de até dois anos de idade, repassada pelas quatro ESF da unidade, o pesquisador realizou contato telefônico para convite delas. Foi confirmada a participação de 15 usuárias, porém estiveram presentes na roda de conversa apenas cinco dessas, sendo uma gestante e quatro puérperas.

Já no contato telefônico, foi informado que a conversa teria uma duração média de uma hora e meia e que ela ocorreria na própria unidade de saúde. Sobre a permissão para levar o filho, a pesquisadora informou que seria possível que os filhos estivessem presentes, sem prejuízo para a pesquisa.

Ao iniciar a roda de conversa, as usuárias foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e a relevância da participação delas naquele momento, bem

como a importância de se criar ali um ambiente seguro para que pudessem ser expressas opiniões e considerações sem receio de constrangimentos ou exposições futuras em relação aos profissionais das equipes.

O TCLE foi entregue em duas vias às usuárias, e, após leitura e assinatura, foi devolvida uma via à pesquisadora (Apêndice 8).

Para reflexão das usuárias participantes da roda de conversa, foram-lhes apresentados os seguintes tópicos: a abordagem dos profissionais da equipe; o acolhimento prestado por esses profissionais e também pelo gestor da unidade; as percepções sobre o atendimento público; o que elas vivenciaram nesse atendimento, sendo essa uma experiência positiva ou não; e as consequências dessas vivências para suas vidas em relação à gestação e ao puerpério (Apêndice 5).

6.6.5 Oficina com os participantes

Para as ações deste projeto, como possibilidade de construção de algo para o cotidiano dos participantes e para o serviço, foram realizados dois momentos eles.

No primeiro momento, um encontro com a participação de uma profissional enfermeira e duas usuárias. Esse encontro teve como objetivo apresentar as informações obtidas até o momento, as ferramentas que respondem ao objetivo do trabalho, bem como as possibilidades de ações encontradas.

No segundo momento, foi realizada uma oficina, com todos os participantes desse trabalho, para apresentação dos resultados preliminares e o planejamento de ações junto ao serviço, com relação aos dois temas discutidos durante o primeiro momento.

6.7 Análise das informações

A análise das informações foi o momento em que se entrelaçaram as leituras das bases conceituais e políticas citadas, as respostas do guia de entrevista semiestruturada, as informações provenientes do grupo focal, as reflexões a partir

da roda de conversa e da oficina com os participantes. Foi o momento para analisar, interpretar e sistematizar os achados da pesquisa.

Silva (2005) aponta que o método da análise de conteúdo aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso, permitindo ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados a sua volta.

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo é composta por um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob a forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, sua consulta e referência, com o propósito de atingir o armazenamento condensado de informações significativas em seus aspectos quantitativos e qualitativos. A autora explicita como características metodológicas da análise de conteúdo a objetividade e a sistematização. Sugere regras para se trabalhar adequadamente essas características, de forma a facilitar a construção das “categorias” de fragmentação do enunciado, validando, assim, sua análise.

Ainda segundo Bardin (1977), o método das categorias é o primeiro a ser elaborado e pretende trabalhar o texto como um todo, por meio de técnicas de classificação, recenseamento, em que se captura a frequência dos elementos de significação da mensagem, considerando sua presença ou ausência.

Segundo a citada autora, o método da análise de conteúdo depende da articulação da análise e descrição de elementos característicos da superfície dos textos com a dedução lógica do que determinou essas características. Para isso, torna-se necessário que o analista consiga ultrapassar as significações da mensagem primeira, buscando os sentidos, que estão submersos em segundo plano, de natureza cultural, histórica, política, psicológica, sociológica.

A autora aponta que o método de análise de conteúdo compreende três etapas básicas:

1 - Pré-análise – consiste na organização do material adotado, respeitando sua perspectiva que servirá de referência para uma provável reformulação das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, de forma a buscar indicadores que sustentem a interpretação final desse material coletado. É necessária uma leitura profunda do texto, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, tendo uma visão do conjunto, apreendendo suas particularidades, elaborando pressupostos iniciais,

escolhendo formas de classificação inicial e determinando qual suporte teórico orientará a análise.

2 - Exploração do material – compreende as operações de codificação que significam tratar o material, transformando seus dados brutos, de forma sistemática, por meio de recorte, agregação e enumeração, em um painel que permita uma descrição das características do texto. É nessa fase que se torna possível a elaboração dos seguintes indicadores: a unidade de registro, por meio de uma palavra, tema ou expressão já inscrita anteriormente; a unidade de contexto que permite compreender a significação da unidade de registro ao contextualizá-la; os recortes e a forma de categorização; a modalidade de codificação e o suporte teórico que orientará a análise.

3 - Tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação – podem-se submeter os resultados obtidos dos materiais coletados a operações estatísticas simples ou complexas ou analisá-los por meio dos significados expressos pelo material, viabilizando, assim, a proposição de inferências e a realização de interpretações que podem requerer uma complementação do suporte teórico já adotado.

O ponto de partida da análise de conteúdo, segundo Puglisi e Franco (2005), é a mensagem que, seja oral ou escrita, necessariamente, expressa um significado e um sentido.

A Análise de Conteúdo assenta-se nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica da linguagem. Linguagem, aqui entendida, como uma construção real de toda a sociedade e como expressão da existência humana que, em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais no dinamismo interacional que se estabelece entre linguagem, pensamento e ação (PUGLISI e FRANCO, 2005, p 52).

Triviños (1987) orienta que deve ocorrer interação dos materiais, não devendo o pesquisador restringir sua análise ao conteúdo manifesto dos documentos. Deve-se, ainda, tentar aprofundar a análise e desvendar o conteúdo latente, revelando ideologias e tendências das características dos fenômenos sociais que se analisam, ao contrário do conteúdo manifesto que é dinâmico, estrutural e histórico.

Silva (2005) defende que as habilidades do pesquisador são um diferencial necessário à aplicação da análise de conteúdo. Tal abordagem exige do pesquisador uma leitura prévia da área, que pode ser desenvolvida e aprofundada

durante o processo de pesquisa. O pesquisador precisa ter a habilidade para dar significado aos dados e entendê-los, assim como possuir capacidade para separar os que são pertinentes à pesquisa e os que não são.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a definição das categorias de análise, consideraram-se as fases que compõem o método de análise de conteúdo em concordância com o referencial teórico consultado: Bardin (1977), Silva (2005), Triviños (1987) e Puglisi e Franco (2005).

Durante a pré-análise, foram realizadas transcrições e leituras com o objetivo de classificar e categorizar as informações, organizando-as de acordo com o conteúdo, o tema e os objetivos da pesquisa, conforme cita Bardin (1977).

Após a análise do material, identificaram-se quatro categorias de análise: 1) o grupo de *WhatsApp*; 2) a rede de apoio; 3) o prazer de trabalhar; e 4) as relações de poder.

7.1 Categoria 1 – O grupo de *WhatsApp*: *telegestão*

Compreende-se aqui o Grupo de *WhatsApp* como uma ferramenta de gestão e trabalho participativo com vistas à educação e à promoção da saúde em rede, muito utilizada e já adotada, com propriedade, pelo gestor, profissionais e usuárias da UBS como meio de interação fácil e rápido.

Segundo Vermelho (2014), as novas tecnologias permitiram uma participação mais ampla, interativa, liberando os indivíduos das limitações de espaço e tempo, tornando a gestão mais flexível.

A importância do grupo de *WhatsApp* está além da ideia de trazer apenas respostas às perguntas das usuárias; trata-se, também, conforme aponta a gestora da unidade, de trabalhar as dúvidas frequentes como temas nos grupos de gestante na unidade:

“Nesse grupo de mães, que a gente criou no *WhatsApp*, eu estou, a professora da UFMG, duas enfermeiras do posto e duas residentes obstetras do Sofia. Então às vezes surgem dúvidas, baseado muito no que elas falam, então a gente pega o que a gente deve abordar nos grupos de gestante.” (Gerente da unidade)

Vermelho (2014) cita que o cenário das redes sociais é alicerçado na ideia da participação, no qual todos podem participar de forma ativa e trocar informações

constantemente. A autora lembra que o ser humano é, antes de tudo, um ser social e que as “redes sociais”, no ambiente digital, são ferramentas que estão simplesmente potencializando essa tendência e alterando completamente as possibilidades de participação.

Na visão dos profissionais da unidade, o grupo de *WhatsApp* ampliou as possibilidades de trocas entre as próprias usuárias com o compartilhamento das experiências de cada uma:

“Na nossa equipe, a enfermeira tem um grupo de mães no *WhatsApp*, então todas as dúvidas, todos os questionamentos as meninas colocam. Aí uma vai falando para outra, vai orientando. Nós descobrimos que até questões jurídicas elas passam via *WhatsApp*. A princípio, eram somente as mães da equipe, aí depois a enfermeira foi convidando outras mães, para quem quisesse fazer parte do grupo. Então tiramos as dúvidas sobre várias questões, como da amamentação, uma fala que está doendo, a outra fala que empedrou, e ela, como enfermeira, vai orientando.” (Rosa, ACS)

Em relação à fala da ACS Rosa, percebeu-se a manifestação do sofrimento por meio de uma linguagem cotidiana das usuárias, apontando que “está doendo” e que o leite “empedrou”. Essa expressão foi importante, à medida que denotou uma construção do saber coletivo apresentado nos diversos espaços de encontro dessas usuárias, inclusive no grupo de *WhatsApp*, e também alertou os profissionais de saúde para o sofrimento e adoecimento das usuárias.

Segundo Costa (2005), as redes virtuais apontam para a ideia de mente coletiva, ou de inteligência coletiva, que poderia não apenas resolver problemas em conjunto, em grupo, coletivamente, mas igualmente trabalhar em função de um indivíduo e do seu benefício.

Lévy (1999) defende a participação em comunidades virtuais como um estímulo à formação de inteligências coletivas, às quais os indivíduos podem recorrer para trocar informações e conhecimentos.

Percebeu-se, por meio do relato de usuárias, que o grupo criado pelos profissionais da unidade contribuiu para a produção e socialização do conhecimento em redes, bem como para a ampliação do acesso aos serviços de saúde.

“Eu vejo é no grupo, aquele que tem o *WhatsApp*, outro dia mesmo eu perguntei: chegou a vacina? Aí elas respondem. Quando falta alguma vacina, elas falam: pode vir aqui tal dia que vai chegar” (Usuária C).

O grupo de *WhatsApp* apontou uma forma de trazer temas relevantes para o trabalho em grupo dentro da unidade, para a troca de experiências entre gestor, profissionais e usuárias e possibilitou ampliação do acesso aos serviços de forma assertiva para essas usuárias, portanto essa ferramenta colabora para a efetivação de uma gestão participativa.

7.2 Categoria 2 – Rede de apoio: cooperação

A rede de apoio formada por profissionais e gestor da unidade de saúde foi apontada como estratégia para o enfrentamento de diversas situações no dia a dia, devido à alta demanda de usuários para atendimento ou ausência de profissionais. Essa categoria abordou o apoio ofertado e recebido pelos envolvidos nesse trabalho, com base na formação de rede sustentada pelo comprometimento com a prática laboral e pela responsabilidade com a saúde e com a vida do outro.

Godoy (2009) aponta a cooperação como aspecto do trabalho coletivo que se caracteriza por permitir visibilidade de ações, confiança, discussão, consenso, deliberação, participação nas decisões e construção de acordos e regras de trabalho.

Andreani (2006) complementa que a cooperação indica a própria contribuição dos agentes à organização do trabalho. Não é algo contido na prescrição do trabalho, não aparece por decreto, nem é prescrita entre os colegas. Ela é relativa à vontade dos agentes.

A gerente da unidade apontou a forma como está organizado o fluxo para agendamento de gestantes e puérperas na unidade.

“Eu acho a colaboração entre os profissionais muito importante aqui, a gente tem uma enfermeira de férias, por exemplo, aí a primeira consulta da gestante, geralmente é com a enfermeira, então nós já combinamos: a enfermeira não está, a outra enfermeira vai atender, qualquer enfermeira. Chegou uma usuária de uma equipe e a enfermeira está de férias, eu vou marcar na agenda de qualquer uma delas e elas vão atender, a mesma coisa o médico. O médico não tá, eu posso marcar na vaga de pré-natal de qualquer um. A agenda que tiver mais perto eu marco. Tem uma rede neste ponto que eu vejo que a gente não tem problema”. (Gerente da unidade)

O trabalho real é representado pela engenhosidade, pelos “quebra-galhos” e pelas intercessões criativas de cada trabalhador no seu processo produtivo, o que é parte do reajustamento, do rearranjo dos modos operatórios, segundo Godoy (2009).

A colaboração mútua é descrita pelos profissionais como algo já estabelecido e apreendido por todos na unidade. Na ausência de um profissional, o gestor também colabora:

“se a gente chega perto do médico ou do enfermeiro e pede uma ajuda, a gente sempre tem, graças a Deus, não tem essa de ninguém querer atender, isso não existe não. Quando estamos em desespero com algum caso, a gerente também resolve. Às vezes, a enfermeira não está na unidade, aí a gente pede ajuda pra gerente. Ela vem em socorro da equipe. Ela é participativa, bem resolutiva.” (Peônia, Auxiliar de Enfermagem)

Godoy (2009) aponta que a mobilização subjetiva é que conduz o trabalhador para a cooperação, a solidariedade, a confiança e o engajamento nas discussões do grupo, com o objetivo de provocar mudanças. Essa mobilização leva à motivação e à capacidade de participar das discussões coletivas, modificando as regras relacionadas ao conteúdo da tarefa e as relações socioprofissionais.

No âmbito das instituições, as redes com a funcionalidade de ajuda material e de serviços são muito importantes, na medida em que pressupõem a colaboração de especialistas e atuam por sua vez em momentos de crise. A percepção da equipe de saúde ao se avaliar o grau de dificuldade da situação é crucial, pois demonstra a necessidade de se acionar a rede de apoio, em prol de um melhor desencadeamento do trabalho (ANDREANI, 2006).

A percepção da existência dessa rede de apoio foi exaltada pelas usuárias como algo essencial para o trabalho e para o atendimento às necessidades delas:

“eles resolvem tudo, depois que a gente ganha neném também, o que a gente chegar e procurar não tem do que reclamar, atende a gente muito bem. Eles são muito acolhedores, na primeira consulta de pré-natal que eu fiz, a enfermeira fez tudo, já me levou no atendimento odontológico e fez a limpeza, aí já marcou a ultrassom e já pediu uma bateria de exames. Gestante, você é atendido na hora, a hora que você vir aqui eles dão um jeito e te encaixam. Se um profissional não pode te atender, outro atende.” (Usuária E)

A fala da usuária E, “eles resolvem tudo”, descreveu uma alienação por parte das atendidas, quando se colocam no lugar de pacientes que recebem a ação, depositários do fazer médico, notadamente da enfermagem. Segundo Boltanski (1979), a história da medicina, há mais de um século, é a história contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade médica e colocar sob sua

jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio leigo. A gestão participativa, portanto, implica ações que podem construir a passagem de paciente para sujeito da ação.

O trabalho em equipe se caracteriza a partir de uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, nas quais é possível identificar os processos grupais. O entendimento de todas essas dimensões que abarcam a subjetividade (conflitos, desejos, relações e vínculos com os demais membros da equipe, bem como o próprio trabalho) em muito pode contribuir com a construção de uma prática de saúde voltada para a integralidade da atenção (BALLARIN, 2012).

Esta autora aponta, ainda, a importância de reconhecer que esses arranjos organizacionais colocam para os profissionais da saúde o desafio de construir práticas mais criativas, articuladas, com potência para flexibilizar os limites das competências específicas, com foco na integralidade da atenção e do cuidado, tanto dos trabalhadores como dos usuários dos serviços de saúde.

Essa flexibilização para as ações de saúde, que ultrapassa os limites inclusive territoriais, foi citada no relato da gerente, que apontou a abertura para os agendamentos necessários, sem que isso cause desconforto ou desgaste aos profissionais. É um empenho contínuo, que denotou um trabalho coletivo profundo e amplo:

“Estou com médicos novos e vamos manter essa colaboração, essa rede de um ajudando o outro. Pensar que antes de tudo nós trabalhamos no Centro de Saúde e todo mundo é de todo mundo, nós temos que atender o usuário, independente da equipe a qual pertença. Há uma divisão, claro, mas no dia que precisar a gente tem que tá aberto. Se o médico tem aquela vaga de pré-natal eu posso agendar para uma gestante de outra área. Então a gente já combinou isso, não precisa nem pedir, é só agendar”. (Gerente da unidade)

7.3 Categoria 3 – O prazer de trabalhar

O prazer de trabalhar foi constatado em falas, gestos e emoções. Esteve presente durante o percurso deste trabalho nos grupos e na entrevista com o gestor. Observou-se, também, um reconhecimento por parte das usuárias, que revelaram que “os profissionais fazem muito e, muitas vezes, sem os recursos necessários, pelo simples prazer de estarem ali” (Usuária E).

Godoy (2009) aponta que o trabalho não está isento de possibilitar satisfação ou sofrimento, mas a forma como ele está organizado e as condições de sua realização podem intensificar esses sentimentos. De forma semelhante, Dejours (1994) aponta que todo trabalho apresenta determinada carga psíquica. Se o trabalho permite que essa carga seja diminuída, cria-se um equilíbrio, mas, se ocorrer o aumento, a atividade pode gerar tensão e desprazer, levando ao sofrimento psíquico. Prazer e sofrimento coexistem em um equilíbrio precário, necessitando ser desvelado, para que se assegurem condutas organizacionais de proteção à saúde física e psíquica dos trabalhadores.

Essa reflexão foi enfatizada quando a gerente da unidade avaliou sua conduta como positiva ou negativa, perguntando-se se sua experiência no lugar de gestora lhe trazia prazer ou sofrimento:

“é um lugar de um misto de sentimentos, um lugar de escolha, eu escolhi estar neste lugar, a gente faz uma seleção. Claro que a gente vem com muitas ideias e com o dia a dia a gente vai perceber que não é assim como a gente imaginou. Mas ao mesmo tempo, hoje eu faço um balanço de que eu gosto, é muito mais coisa positiva do que negativa. Até o dia que eu achar que eu tô contribuindo eu acho que vale a pena, o dia que a gente perceber que não tá mais, que tá adoecendo, a gente tem que largar, eu tenho isso muito claro na minha mente. Eu falo isso comigo, até quando está sendo mais positivo pra você?” (Gerente da unidade)

Quando a atividade oferece um campo de ação para o trabalhador, um terreno no qual esse concretiza suas aspirações, suas ideias, sua imaginação, seu desejo, é possível transformá-lo em um trabalho favorecedor da vida, encontrando prazer em sua atividade, conforme aponta Godoy (2009).

Glanzner (2011) defende que o trabalho em saúde é coletivo e requer também pensar no cuidado de quem cuida, pois o trabalhador, quando satisfeito, sente-se reconhecido e, como consequência, o experiencia com prazer, repercutindo positivamente esse sentimento nas atividades.

Para tornar o ambiente laboral mais agradável para si e para os colegas, uma profissional apresentou-se bastante emocionada durante o grupo. Sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, seu empenho e carinho para com os demais, ao implantar, na unidade, técnicas de relaxamento e eventos voltados para a saúde do trabalhador, possibilitaram experiências agradáveis de relaxamento e prazer no dia a dia:

“Fico até emocionada de falar porque eu enfrentei uma fase muito difícil com pai doente, um dia cheguei e uma colega me deu um abraço que quase me derreteu. A partir daí comecei a olhar para os colegas de outra forma, comecei a desenvolver o projeto de promoção à saúde do trabalhador aqui dentro da unidade, eu faço terapia de Reiki em todos os colegas, tem Liang Gong, fiz uma vaquinha pra comprar a cadeira de Quick Massagem, hoje temos o educador físico com os colegas, criamos ordens do posto. Então assim, quando você sai desse lugar de vítima que é só coisa ruim e você coloca para fora a sua criatividade e sua gentileza, que é aquilo que você tem de melhor, mesmo que seja um pouco que você tem para contribuir, mas coloca isso para fora pra ajudar as pessoas, você vai vendo aquele pouquinho que você tem pra contribuir, juntando com um pouquinho do outro”. (Liz, Técnica de Enfermagem)

Enriquez (1995) reflete que as organizações assumem, fundamentalmente, grande importância na vida dos trabalhadores e que esses são alimentados pela emoção, pela fantasia e pelos desejos. São pessoas, e não máquinas. Elas sonham, realizam sonhos e expressam alegrias, frustrações, inquietações e fragilidades. A profissional continua ainda:

“Quando você se doa para o outro, daí a pouco dá um movimento que transforma toda a unidade, e a gente vira referência para os profissionais de outras unidades, muita gente copia as coisas que a gente faz aqui dentro. Então assim, não dá pra ser aquele profissional engessado que tá grudado na cadeira e que enxerga as pessoas apenas como paciente não. Eles são gente, seres humanos.” (Liz, técnica de enfermagem)

A expressão da gerente da unidade denunciou, em seu depoimento, expectativas, frustrações e esperança de realizar algo, mesmo que pequeno, como ela mesmo faz referência. Denotou também seu movimento para melhorar o ambiente e torná-lo um lugar de afetos.

“Aqui na Unidade, não tem um tanto de coisa que deveria ter. Mesmo assim a gente tenta tornar o ambiente agradável pra ser uma equipe colaborativa, de um ajudar o outro. Hoje eu aprendi a ficar feliz com pequenos resultados, que eu vou vivendo cada dia, eu não espero um grande resultado, uma grande coisa, eu acho que a gente tem também que ir modificando o lugar”. (Gerente da unidade)

Os serviços de saúde exigem um comprometimento do trabalhador que o consome e faz com que sua atividade se torne sua principal referência social, conforme afirma Godoy (2009). Percebeu-se, nas falas dos profissionais, a organização como objeto de identificação, e, mesmo diante das dificuldades de estar naquele lugar, ela ainda proporciona sentido para a vida:

“eu sou fácil de me adaptar com as pessoas, de fazer amizade com as pessoas, tanto que eu vou sair, mas a cabeça não quer sair, mas meu corpo quer, eu não estou aguentando mais trabalhar, eu tenho problema de saúde, então eu tô saindo daqui com coração doendo mesmo sabe? Tá terminando meu ciclo aqui”. (Gerente da unidade)

“É um aprendizado de vida em relação ao ambiente, aos colegas, aos pacientes. Você passa a se valorizar mais ainda, eu passei a valorizar muito minha vida, minha saúde, no sentido de ver tanta coisa triste, tanto conflito. Aí eu penso: nossa, eu sou feliz demais, meu Deus, eu tenho saúde, eu vejo pessoas que não estão na minha idade e já estão lotados de remédios, lotados de dor, então isso é muito bom pra gente, é uma coisa que eu adquiri nesses anos aqui dentro e eu não vou perder nunca essa valorização, esse ponto de enxergar tudo, os dois lados que você aprende a enxergar”. (Gerente da unidade)

Sato (1993) descreve que trabalhadores constroem “ações adaptativas”, as quais têm por finalidade adequar os contextos de trabalho, no limite do possível, às características pessoais e aos limites subjetivos. A compreensão de que o trabalho é árduo e penoso para todos esteve presente nas falas dos profissionais no grupo, porém eles também o descreveram como prazeroso.

“eu acho que o trabalho de equipe não olha a função, quantas vezes a gente foi psicólogo sem ter diploma, a gente foi médico sem saber nada do que a gente tava fazendo, mas porque só às vezes de tentar resolver o problema de alguém é uma ação. Então a gente faz além do que nossa função e isso diário, cada dia a gente pensa o que eu posso fazer para melhorar?”. (Peônia, ACS)

“Conheço todo mundo, boa parte das pessoas, muitas eu vi nascer, casar, ter filhos, então, sim, eu gosto de trabalhar aqui, não é perfeito, mas também eu tento ver que eu não tenho que ficar procurando perfeição para poder fazer mais pela unidade. O que a gente pode fazer para melhorar as condições e dar dignidade às pessoas daqui a gente faz”. (Orquídea, Técnica de Enfermagem)

“Acho que um pouquinho que a gente faz já faz a diferença na vida do outro, e o outro faz na nossa vida também, vamos crescendo aos pouquinhos e vamos caminhando juntos”. (Margarida, ACS)

O prazer de exercer a atividade demonstrado pelo gestor e pelos profissionais foi ratificado pela percepção das usuárias, que sentem a aproximação, a disponibilidade e o fortalecimento do vínculo entre eles. Um vínculo que abre espaço para a participação das usuárias nas decisões, condução e responsabilização pela própria saúde e a de seus filhos.

“a enfermeira falou que sempre está disponível pra mim, se eu chegar e estiver com algum problema, que eu posso chamar e conversar porque ela não é só minha enfermeira, ela é minha amiga”. (Usuária B)

“Não é um negócio que acontece só na gestação ou só quando o neném tá recém-nascido, é um negócio que continua, entendeu? A preocupação delas com o neném, com a mãe”. (Usuária D)

“Perto dos outros postos que eu conheço de outras grávidas, elas passam muito aperto, porque aqui acolhe muito bem. Elas ficam numa preocupação, numa ligação pra gente”. (Usuária A)

“Até no final de semana, se você ligar para a enfermeira, ela atende”. (Usuária C)

“Com as enfermeiras sempre tive boas experiências, são muito atenciosas”. (Usuária E)

7.4 Categoria 4 – As relações de poder: submissão e resistência

O conjunto das imagens, ideias e percepções acerca da gestão participativa traz implícitas, no seu conteúdo, as relações de poder. Foucault (1979) aponta que essas relações de poder são concebidas não como um estado mental, mas como um conjunto de práticas sociais e discursos construídos historicamente que disciplina o corpo e a mente de indivíduos e grupos, materializando-se na prática.

Essa materialização do discurso, também chamada dispositivo, foi citada na entrevista com a gestora como dificuldades para a realização das reuniões. A análise desses desafios foi relacionada à demanda intensa de atendimentos na unidade, agenda apertada dos profissionais e pouco compromisso dos profissionais com o dia e horário das reuniões:

“às vezes eu vou fazer reunião com eles e eu tenho que brigar. Já não sou muito de fazer reunião, quando eu fecho a agenda dos profissionais pra fazer eles falam: “nossa, você vai fazer reunião hoje? Tá apertado, muita demanda. Aí eu falo: “Nós vamos fazer”. E eu só faço uma vez por mês com médicos, enfermeiros, do nível superior, e ainda tenho que ficar falando no grupo uma semana antes: gente dia tal tem reunião 2 horas, não vamos atrasar pra gente poder aproveitar o tempo e todo mundo participar da reunião, pra gente pensar junto estratégias e assuntos diversos das reuniões. Aí na hora da reunião eles falam: “Espera aí que eu atendendo só mais um”. Mas eu fecho a agenda no horário da reunião, durante uma hora. Aí eu falo com eles: “Vocês podiam me ajudar a fazer a reunião”. Acho que tem unidade que os profissionais cobram mais o gerente fazer reunião. Aqui não, eu é que tenho que falar: “pessoal vamos parar?” “Vamos sentar?”. (Gerente da unidade)

O gestor apresentou também certa resistência para o acompanhamento dos profissionais nos espaços de discussões, o que denotou, segundo Cappelle (2005), a troca de posição dos atores, pensando a dominação de forma complexa e não mais estabelecida unilateralmente, refletindo sobre como os atores se relacionam (enfrentam-se, aliam-se) nas arenas sociais:

“Eu sempre penso assim: nossa! esse mês eu participei de quantas reuniões de equipes? Eu não fui a nenhuma, preciso ir, eu preciso estar junto deles, eu preciso estar lá, o papel de um gestor é esse, não é só ficar aqui. Mas é tanta coisa que a gente tem para fazer”. (Gerente da unidade)

Alguns profissionais de saúde afirmaram que, do ponto de vista da educação formal, os usuários que faziam parte do território não tinham elementos suficientes para participação na gestão, devido à limitação de escolaridade e suas condições materiais de existência. Sabemos que essa percepção é real, porém o saber produzido no cotidiano é importante para a produção do conhecimento coletivo. (BRANT, 2004).

Cappelle (2005) aponta que, mesmo sob a influência de determinadas características organizacionais, bem como do tipo de socialização à qual os agentes tenham sido submetidos, esses mesmos agentes são capazes de produzir um saber acerca do contexto e de agirem ativamente no sentido de exercerem resistência em determinadas situações.

Mas quais seriam as razões para a não ocupação dos espaços de discussão pelos usuários, agentes importantes do processo de cogestão? Os espaços democráticos de discussão são feitos de lutas políticas. A escuta, as trocas, as decisões coletivas, os saberes e a capacidade de avaliar riscos, muitas vezes, não passam de dimensões ideais, utópicas de alguns autores, não ocorrendo no cotidiano. São questionamentos que ainda precisam ser alvo de investigação detalhada, tendo em vista a relevante sinalização das usuárias da pesquisa de não ocupar os espaços quando eram convidadas.

Relembro aqui a participação reduzida das usuárias na roda de conversa, cinco de um total de quinze que confirmaram participação. Para o primeiro encontro de planejamento da oficina, uma usuária de duas confirmadas, e, no segundo encontro, na oficina, com todos os participantes, uma usuária de cinco confirmadas.

Cecílio e Moreira (2002) apontam que, mesmo nos modelos pensados como mais participativos e democráticos, os trabalhadores em saúde têm demonstrado resistência, denunciando seu caráter controlador.

“Salienta, ainda, a dificuldade de redistribuição do poder dentro das organizações. Isto acaba sendo um obstáculo ao controle social dos serviços de saúde, na medida em que a população tem de enfrentar não só as distâncias estruturais e culturais de percepção sobre o objeto, como também a situação política interna das organizações” (CECÍLIO e MOREIRA, 2002, p. 593).

Conforme afirma Cappelle (2005), o comportamento do trabalhador envolve sua capacidade de negociação diante de determinados recursos de poder que ele possui, como suas experiências profissionais, seu conhecimento sobre o trabalho ou a maneira como ele manipula as situações que vivencia.

Alguns profissionais ACS e técnicos de enfermagem citaram, durante o grupo focal, o descrédito em relação à avaliação que fazem dos usuários. Relataram certa dificuldade ao levar uma solicitação de atendimento ao médico.

“Tem profissionais que acreditam na palavra da gente, como antigamente tinha um médico aqui, que a gente falava: fulano está assim, e o médico saía na hora e ia olhar o que era. Infelizmente hoje em dia não é mesma coisa mais. A gente fica frustrada, você fica desesperada em ver a coisa e não tem retorno, os médicos falam: depois eu vou, estou sem tempo e acaba passando. Eles têm a teoria, mas a gente tem a experiência de vida, a gente convive com a pessoa”. (Girassol, ACS)

Nos grupos e também na oficina com os participantes, observamos discursos, gestos e expressões que indicaram resistência à mudança. Ao serem apresentadas, por alguns participantes, sugestões de melhoria para o atendimento das usuárias gestantes e puérperas, essas foram rapidamente barradas e derrotadas, como se fossem inimigos a serem vencidos:

“é difícil porque a gente fica pra cima e pra baixo por conta das demandas da unidade que são muito grandes. Tem a demanda espontânea, aí você não tem tempo de ficar fazendo essa parte programada, de ficar fazendo visita pra cada um, porque aí você depende do carro, do horário. Como é que você vai fazer no quinto dia se de repente não tem o carro? Ou se não sabe do parto? Então pra programar é difícil. Às vezes você tenta fazer, mas a puérpera não se abre para as dificuldades, porque se você vai lá, vai ver as dificuldades, vai ver o ambiente, você vai ver tudo o que precisa, você consegue identificar muito mais coisas realmente e você vai ver também o vínculo mãe e filho. Eu acho mais interessante, seria o ideal, mas aqui tem mais dificuldade, teria que ter uma equipe menor, uma demanda espontânea menor, tudo isso pra você conseguir fazer da melhor forma possível”. (Tulipa, Enfermeira)

“Antigamente a gente fazia muito grupo, a gente fazia o grupo da equipe, fazia de aleitamento, fazia de visitas de 15 dias, fazia várias coisas, agora a demanda cresceu muito”. (Orquídea, Técnica de enfermagem)

“A gente tá ficando estrangulada. Você chega do almoço já tem pacientes de meia em meia hora, você não come, não bebe, não faz xixi, não faz nada. Que horas a gente vai fazer visita, grupo, planejamento, reuniões...?”. (Camélia, Auxiliar de enfermagem)

Seria possível, então, vislumbrar, com base no trabalho descrito pelos participantes, possibilidades, avanços e autonomia dos atores sociais para uma maior gestão participativa?

Nesse contexto, pensamos que essa questão deve ser respondida pelo conjunto dos atores institucionais. Para tal, propomos um plano de ação com a construção de estratégias para o avanço da promoção da gestão participativa.

8 PLANO DE AÇÃO: ampliação da gestão participativa para a Regional

8.1 Primeiro Momento: encontro de planejamento

Foi realizado, com uma profissional e uma usuária, um encontro, no qual foram pontuadas como prioritárias, para serem apresentadas a todos os participantes, duas questões: a visita do quinto dia (visita à puérpera no domicílio, pela equipe de enfermagem, cinco dias após o parto) e o retorno do grupo de aleitamento materno.

A visita do quinto dia na casa da puérpera indica uma possibilidade de ampliação da oferta de serviços à mãe e ao recém-nascido. No ambiente doméstico, a equipe de enfermagem tem a oportunidade de visualizar as condições da moradia, do quarto do bebê, observar a “pegada” do bebê no peito durante a mamada, além de oferecer as primeiras orientações para a mãe.

Outra questão definida nesse primeiro momento foi a retomada do grupo de aleitamento materno. Esse grupo também já esteve ativo na unidade, porém os profissionais relataram nos grupos que, com o esvaziamento dele e aumento das demandas de serviços, foi encerrado.

O grupo de aleitamento materno foi apresentado como possibilidade de aproximação da mãe com a UBS, com os profissionais e também com outras usuárias que estejam na mesma condição. Esse grupo proporciona troca de experiências entre os membros e aumenta as chances de um aleitamento materno mais prazeroso e pelo período necessário ao completo desenvolvimento da criança.

8.2 Segundo Momento: oficina de planejamento

Todos os participantes foram convidados para uma oficina de planejamento das ações. Nessa oficina, foram apresentadas, como resultado preliminar da pesquisa, as quatro categorias construídas na análise de conteúdo. Essa estratégia

procurou aprofundar a investigação acerca das ações que contribuíam para a conformação dos avanços e desafios da gestão participativa na unidade.

Foram apresentadas também, aos participantes, as duas questões sugeridas no primeiro momento: a visita do quinto dia e o retorno do grupo de aleitamento materno, reconhecidas como prioritárias para a construção do plano de ação. Essa apresentação se fez como estratégia para que os participantes pudessem discutir as questões de gestão participativa na unidade.

Em relação à visita do quinto dia, os profissionais pontuaram que já fora prática na unidade, porém a inviabilização dela ocorreu devido ao aumento populacional e da oferta de serviços pelos profissionais na unidade.

A visita do quinto dia foi avaliada pelos participantes da oficina como um desafio, mas também como uma possibilidade de mudança no processo de trabalho.

Os participantes citaram como desafios:

- organização da agenda do enfermeiro, técnicos de enfermagem e dos ACS para a realização das visitas;
- escassez de carro com horários disponíveis para a visita;
- envolvimento pessoal de cada profissional para priorizar a visita do quinto dia;
- organização da demanda espontânea.

Após a explicitação dos desafios, foi solicitado que os participantes pontuassem as estratégias para a realização da visita, apresentando ações para sua concretização. São elas:

- reservar a agenda dos profissionais;
- realizar, no domicílio, o teste do pezinho e a aplicação das vacinas necessárias;
- reservar horário de visita na agenda de puericultura, quando necessário;
- treinar os técnicos de enfermagem para realização do teste do pezinho e das vacinas.

Nessa oficina, duas ESF se disponibilizaram a iniciar o projeto em janeiro, como piloto, para identificar dificuldades, alterações e ganhos da visita do quinto dia.

Em relação às outras duas equipes, pontuou-se a necessidade de aguardar o retorno de alguns profissionais em férias regulamentares e o treinamento de uma técnica de enfermagem.

Foi apresentado, na oficina, por uma enfermeira um instrumento de coleta de informações das gestantes do território (Anexo 1), já utilizado por ela, constando a data provável e a data real do parto e o agendamento da consulta de puerpério para

a mãe. Esses dados servirão para organizar a agenda da visita pela equipe de enfermagem, e esse instrumento foi definido pelos profissionais como o oficial para o controle da ação.

Durante a visita, a equipe de enfermagem realizará o teste do pezinho e aplicará as vacinas necessárias ao bebê nesse período, bem como informará a mãe sobre a data agendada para sua consulta de puericultura. Essa reorganização permitirá o estreitamento do vínculo ESF/mãe/bebê.

Foi citada, ainda, a retomada do Grupo de Aleitamento Materno, considerada por todos os participantes como uma ação relevante e tão significativa quanto a visita do quinto dia. Essa ação também foi considerada prioritária na assistência materno-infantil na UBS.

Para esse grupo, foram pontuadas algumas questões importantes, tais como: a dificuldade de maior participação da gestante e puérpera e o aumento das demandas diárias que tem reduzido o tempo disponível para a realização dos grupos na unidade. Desse modo, algumas ações foram pensadas pelos participantes, a fim intensificar a participação das gestantes e puérperas no grupo:

- orientação das gestantes, durante as consultas de pré-natal e puerpério, sobre a importância de participação no grupo;
- apoio dos alunos e professores da UFMG, que estão presentes na unidade realizando estágios curriculares, para incremento das atividades do grupo, despertando nas gestantes e puérperas o desejo de participação dele;
- convidar as puérperas, na visita do quinto dia, com a entrega do informativo de data e horário do próximo grupo, para a participação no grupo;
- intensificar o convite às gestantes e puérperas, por meio dos ACS, durante a visita domiciliar.

Os profissionais definiram que o grupo de aleitamento materno acontecerá na UBS uma vez por mês, ficando as equipes de enfermagem das quatro ESF corresponsáveis pela realização dele.

O grupo definiu o prazo de três meses de realização da visita pelas duas ESF para uma nova oficina de avaliação da experiência das equipes. As outras duas equipes também participarão desse encontro e iniciarão as visitas, a partir da experiência trazida pelas outras. Durante esse encontro, também será realizado o planejamento das ações para a construção do folheto eletrônico, com as definições do conteúdo que será divulgado.

8.3 Construção do folheto eletrônico: ações finalizadas, em andamento e agendadas

A partir dos encontros realizados com os participantes do projeto, identificou-se a necessidade de um plano de ação específico em relação à visita do quinto dia às puérperas. Percebe-se que, apesar do conhecimento das puérperas em relação aos primeiros cuidados, por vezes, elas se sentem pressionadas a seguirem os conselhos parentais (mãe, avó, tias e pessoas que estão presentes no domicílio).

Existem, ainda, muitas dúvidas e tabus em relação aos primeiros cuidados com mãe e filho, conforme mencionado pelas usuárias participantes desse projeto. Torna-se imprescindível atender a essa demanda por meio de respostas aos questionamentos tão comuns das mães e que geram receios, ansiedades, medos e conflitos.

Outra questão apresentada pelos profissionais da unidade foi a necessidade de prestar orientações nos primeiros dias pós-parto, fase em que, normalmente, surgem as dúvidas e a insegurança das puérperas em relação a elas mesmas e aos bebês.

Como produto desse plano de ação, portanto, será realizado um folheto eletrônico, confeccionado a partir dos encontros com os participantes desse projeto, o gestor da unidade, os profissionais das Equipes de Saúde da Família e as usuárias da unidade.

A disponibilização do folheto será por meio do grupo de *WhatsApp*, identificado como uma ferramenta de gestão participativa. Além dessa ferramenta, o folheto também poderá ser direcionado a todas as usuárias do território por meio digital, telefone e e-mail.

O objetivo do folheto eletrônico é prestar as primeiras orientações pós-parto às usuárias, com qualidade, de forma rápida, sucinta, esclarecendo as principais dúvidas das puérperas nesse período, inclusive informando sobre a visita do quinto dia pela equipe de enfermagem.

Espera-se, com esse folheto eletrônico:

- que as usuárias se sintam mais seguras e com acesso a informações rápidas e de qualidade sobre o momento delicado pelo qual estão passando;

- que os profissionais consigam divulgar as informações necessárias ao melhor cuidado em relação à mãe e ao bebê, com respostas às dúvidas mais frequentes e orientações imediatas ao pós-parto.

Esse produto também pretende divulgar o serviço de visita do quinto dia realizado pela equipe de enfermagem às puérperas, inclusive com as orientações sobre a condução de cada membro da equipe durante a visita, como aplicação das vacinas, realização do teste do pezinho no bebê e entrega da data da consulta de puerpério à mãe.

Para sua operacionalização, segue-se o plano de ação com a descrição das ações, o objetivo de cada uma delas, os atores envolvidos, os recursos necessários para realização, o cronograma e os resultados esperados.

PLANO DE AÇÃO - FOLHETO ELETRÔNICO						
AÇÕES	OBJETIVO	ENVOLVIDOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	CRONOGRAMA	RESULTADO ESPERADO	SITUAÇÃO
Entrevista com o gestor	Entender demandas, necessidades e dificuldades enfrentadas pela unidade.	Pesquisadora e gestor	Gravador, TCLE, folha A4 e caneta	out./19	Consolidação das informações prestadas pelo gestor.	Finalizado
Grupo focal com profissionais	Discutir as principais questões relativas ao atendimento materno-infantil.	Pesquisadora e profissionais	Gravador, TCLE, folha A4 e caneta	nov./19	Consolidação das informações prestadas pelos profissionais.	Finalizado
Roda de conversa com as usuárias	Promover um encontro com as usuárias gestantes e puérperas para discussão dos avanços e desafios no atendimento materno-infantil e a participação delas nos espaços de discussão.	Pesquisadora e usuárias	Gravador, TCLE, folha A4 e caneta	nov./19	Consolidação das informações prestadas pelas usuárias.	Finalizado

Encontro de planejamento da oficina	Apresentar os dados coletados até o momento. Discutir as possibilidades de ação.	Pesquisadora, profissional e usuária	Folha A4 e caneta	dez./19	Definição das questões prioritárias para serem apresentadas na oficina.	Finalizado
Oficina 1 - Plano de Ação	Apresentação das categorias trabalhadas na análise de conteúdo e as duas questões sugeridas no encontro para a construção do plano de ação.	Pesquisadora, gestor, profissionais e usuárias	Reserva da sala, agendamento dos profissionais, convite para as usuárias, papel kraft, pincel, folha A4 e caneta	dez./19	Construção do plano de ação.	Finalizado
Visita do quinto dia – equipes piloto	Iniciar as visitas do quinto dia e as orientações em domicílio sobre o aleitamento materno com duas ESF (equipes piloto).	Equipe de enfermagem e ACS	Carro, instrumento de coleta de dados, agendamento de visita domiciliar, agendamento da consulta de puericultura, teste do pezinho, vacinas, informativo do grupo de aleitamento	janeiro a março/2020	Verificação de possibilidades, avanços e desafios na realização das visitas.	Em andamento

Grupo de Aleitamento Materno	Iniciar a realização do grupo de aleitamento materno com gestantes e puérperas, previsto mensalmente.	Equipe de enfermagem, ACS e usuárias	Reserva da sala, agendamento dos profissionais, convite para as usuárias, papel kraft, pincel, folha A4 e caneta	janeiro a março/2020	Verificação de possibilidades, avanços e desafios na realização dos grupos.	Em andamento
Oficina 2 - Avaliação do plano de ação; construção do folheto.	Avaliar a experiência das equipes piloto e pactuar o início das outras duas ESF.	Pesquisadora, gestor, profissionais e usuárias	Reserva da sala, agendamento dos profissionais, convite para as usuárias, papel kraft, pincel, folha A4 e caneta	mar./20	Concretizar o serviço de visita do quinto dia e grupo de aleitamento materno.	Agendado
	Identificar o conteúdo e as possibilidades de divulgação do folheto às usuárias.	Pesquisadora, gestor, profissionais e usuárias	Reserva da sala, agendamento dos profissionais, convite para as usuárias, papel kraft, pincel, folha A4 e caneta	mar./20	Construção do folheto com as informações necessárias.	Agendado
Designer gráfico do folheto	Preparação gráfica do folheto.	Pesquisadora e designer gráfico	Designer gráfico, papel A4, caneta e computador	março a abril/2020	Construção do folheto em formato eletrônico para divulgação.	Agendado

Aprovação do folheto	Avaliar a boneca final do folheto para aprovação do designer.	Pesquisadora, gestor local, gestor distrital, profissionais e usuárias	Folheto impresso, computador, papel A4 e caneta	abr./20	Aprovação da boneca do folheto.	Agendado
Divulgação do folheto	Divulgar o folheto em meio eletrônico, conforme definição em oficina.	Gestor local e profissionais	Telefone celular	mai./20	Ampla divulgação a todas as usuárias da UBS.	Agendado
Divulgação do trabalho e produto para os gestores locais	Apresentação do trabalho a todos os gestores do Distrito Norte, em reunião de colegiado gestor.	Pesquisadora, gestores locais, gestor distrital, além dos participantes da pesquisa	Computador, data show e celular	mai./20	Divulgação e incentivo aos gestores locais para utilização do folheto em todas as UBS do distrito.	Agendado

8.4 Os desafios e a relevância de uma produção coletiva

Os participantes descreveram, no contexto de cada equipe representada, as ações e estratégias realizadas para atendimento a gestantes e puérperas. No entanto, em momentos da discussão, algumas questões abordadas suscitaram reflexões. Essas questões foram apontadas como desafios para realização de ações de planejamento para a gestão participativa.

Durante os depoimentos, surgiram opiniões divergentes entre os participantes (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e ACS) em relação à necessidade de seguimento de protocolos do Ministério da Saúde (MS) e às orientações que devem ser prestadas pelos ACS à comunidade.

Foi apontada a necessidade de investimento em educação permanente em saúde para que os ACS possam trabalhar melhor com a comunidade, mediante os desafios que encontram no seu cotidiano de trabalho. Porém, os ACS afirmaram que já realizaram capacitações e se sentem aptos a prestar assistência às usuárias em relação ao rol de atividades da categoria.

Mediante o conflito de informações, foi possível constatar um déficit em relação à interação e ao conhecimento das atividades específicas realizadas por cada membro da equipe frente às atividades de trabalho. Percebe-se uma dificuldade quanto ao estabelecimento das ações possíveis de serem realizadas por cada categoria.

A gestão participativa propõe um modelo de organização que permite maior aproximação e valorização do trabalho interdisciplinar. Ficou evidente, nos grupos, a multiprofissionalidade ainda como pauta no direcionamento das ações dos profissionais.

Outro ponto importante trata da dificuldade de proporcionar mais espaço e tempo para reflexão, discussão e planejamento das ações. Durante a realização dos grupos, quando questionados sobre a frequência de realização de reuniões para planejamento com a participação da equipe e a gestora da unidade, percebeu-se uma inquietação na equipe, que reagiu com alguns segundos de silêncio e, logo após, risos.

Afirmaram que as reuniões semanais protegidas pela agenda são utilizadas para a resolução/discussão de casos que estão acontecendo naquele momento e

não para planejamento estratégico e que nem sempre é possível a discussão de todas as temáticas referentes à saúde da população, bem como a participação de todos os profissionais envolvidos.

Apesar do reduzido espaço para as discussões e planejamento, os participantes enfatizaram a abertura da gestora para acolher novas ideias e que ela procura consultar os profissionais para a tomada de decisões.

Os participantes apontaram, também, uma questão preocupante em relação ao atendimento das usuárias. Existe uma falta de privacidade durante as consultas, o tempo de atendimento é cronometrado, e, caso o profissional ultrapasse esse tempo, ele é interrompido e solicitado que finalize o atendimento o mais rápido possível, tendo em vista a demanda grande do lado de fora do consultório. Essa situação compromete a qualidade no atendimento às usuárias, ficando esquecidas algumas informações e orientações importantes.

Observamos, também, no decorrer do trabalho, a dificuldade de participação das usuárias no processo de planejamento e discussão das ações. Para a roda de conversa, foram confirmadas a participação de 15 usuárias, e somente cinco estiveram presentes. Para iniciar as discussões do plano de ação, foram convidadas e confirmadas a participação de duas usuárias, mas somente uma compareceu, e, por fim, para a realização da oficina com todos os profissionais, as cinco usuárias participantes foram convidadas e confirmadas, porém somente uma delas compareceu.

Percebemos uma fragilidade das discussões e do planejamento das ações quando se trata de pensar com a comunidade. Os espaços oferecidos são pouco ocupados, de acordo com o preconizado pelo SUS no país.

Embora seja um grande desafio a presença de usuárias em ações da UBS, essa questão marca um ponto fundamental: o reconhecimento por elas e pelos profissionais de que a produção do conhecimento é enriquecida por essa união. Compreender a importância da participação de todos juntos gera um sentimento de reconhecimento.

O simples fato de se dirigir à pessoa pelo nome dela e perguntar “como foi isso para você?”, “Isso que você está falando é importante, conta isso pra gente”, sinaliza uma valorização de que o saber não é inerente aos profissionais ou ao gestor, a médicos ou enfermeiros, mas sim a todos que ocuparam aquele espaço.

Essa valorização esteve presente durante todo esse trabalho, não apenas enfatizando a ação institucional da pesquisa, mas também do ponto de vista de um empoderamento da comunidade em termos políticos, o que é um grande avanço. Percebemos uma transformação dessas pessoas no sentido de se enxergarem cogestoras das ações da saúde.

Por meio desse trabalho, foi possível deixar para os profissionais o sentimento de reconhecimento dos esforços empreendidos diariamente na prestação de serviços de qualidade. Para as usuárias desse território, a aproximação, por meio da visita do quinto dia e do grupo de aleitamento materno, possibilita a sensação de terem uma voz ativa e, ao mesmo tempo, de serem cuidadas e vistas com sensibilidade pela unidade.

O produto desse trabalho também se tornou uma materialização das questões discutidas durante todo o processo, incluindo as dificuldades, as técnicas necessárias durante os primeiros dias pós-parto e as dúvidas mais comuns das usuárias, pelas quais passam a mãe, o bebê, a família no contexto domiciliar e também os profissionais da unidade de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se propôs a compreender as estratégias de gestão participativa como instrumento para a atenção materno-infantil, realizado em uma unidade básica de saúde. Para tanto, buscou-se analisar o conjunto das representações sociais do gestor da unidade, dos profissionais das equipes e das usuárias por meio das relações de poder que se estabelecem no ambiente da pesquisa, assim como planejar a ação da pesquisa em uma oficina com todos os participantes e socializar, por meio de folheto eletrônico, as primeiras orientações pós-parto e a organização para a visita do quinto dia a todas as usuárias da UBS pela equipe de enfermagem.

Para alcançar os objetivos propostos, inicialmente, foi realizada uma contextualização do tema assistência materno-infantil no território, como forma de se elucidar as conquistas da regional em relação ao tema. Foi realizada uma revisão de literatura, a partir da qual se pode pensar na construção de algo único, singular e que levasse em consideração as questões territoriais desta pesquisa.

Constatou-se que fazem parte das estratégias de gestão participativa o grupo de WhatsApp composto pelas gestantes e puérperas do território, profissionais e gestor da UBS, sendo utilizado como uma ferramenta de gestão participativa rápida e eficaz. Outra estratégia que auxilia os profissionais e o gestor, reconhecida pelas usuárias como organização importante no atendimento, é a rede de apoio entre os profissionais da UBS. Entende-se, também, o prazer de trabalhar demonstrado pelos profissionais como a forma mais eficaz de se proporcionar um ambiente acolhedor, atendimento de qualidade e também de se contribuir para a qualidade de vida no trabalho.

Durante a execução das ações do projeto, houve desafios, que, por vezes, colocaram em dúvida a real capacidade de se praticar a cogestão, com participação conjunta do gestor, profissionais e usuárias. A adesão desses aos espaços protegidos para as trocas de experiência e planejamento não é tarefa fácil. Durante os grupos e nos encontros para planejamento das ações, observou-se um esvaziamento, principalmente de usuárias.

Apesar dos desafios, também percebemos um interesse dos participantes por mudanças e melhorias em relação ao atendimento materno-infantil. Esses

participantes também cobraram a continuidade dessas ações, chamando os outros participantes para atuarem juntos em prol dos benefícios vislumbrados por eles, por meio deste trabalho.

Esperamos que o presente estudo contribua com a comunidade acadêmica e no âmbito do trabalho, de maneira a entender algumas estratégias importantes para a gestão participativa no âmbito do processo de trabalho. Entendemos, também, que, em qualquer espaço ocupado por pessoas, será possível perceber relações de poder, estratégias de resistência e os (re)arranjos que perpassam as ações dos atores institucionais.

As questões levantadas aqui ainda precisam ser alvo de estudo mais aprofundado, na intenção de se abarcarem as condições externas e internas relacionadas à gestão de serviços nas organizações de saúde. Esse aprofundamento poderá favorecer ações em prol de uma melhora na relação do sujeito da ação transformadora e condições para levar a cabo inovações que assegurem um trabalho de qualidade, mais digno e resolutivo.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. **Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação**. Em aberto, v. 14, n. 61, p. 60-78, 2008.

ANDREANI, Grace; CUSTÓDIO, Zaira Aparecida O.; CREPALDI, Maria Aparecida. **Tecendo as redes de apoio na prematuridade**. Aletheia, 2006, 24: 115-126. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 dez. 2019.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo, SP: Boitempo. 2000.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; BLANES, Lara de Sousa; FERIGATO, Sabrina Helena. **Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2012, 16: 767-778. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000300014&script=sci_abstract&tlng=es#ModalArticles. Acesso em: 26 dez. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **BH em pauta: academias da cidade**. Belo Horizonte, setembro de 2017. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/bh-em-pauta-academias-da-cidade>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Relatório Anual de Gestão, 2017**. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/relatorio-de-gestao>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão do Cuidado no Território**. Belo Horizonte, 2016a, 59p. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf. Acesso em: 22 dez. 2018.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Pré-Natal e Puerpério**. Belo Horizonte, 2016b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de->

governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre-natal_puerperio.pdf. Acesso em: 20 dez. 2018.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Pré-Natal e Puerpério**. 2ª edição. Revisada e atualizada. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_pre-natal_perperio-14-06-2019.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

BOLTANSKI L. **As classes sociais e o corpo**. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

BOSI, Ecléa; BARBOSA, João Alexandre Costa; CHAUÍ, Marilena de Souza. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. [S.l: s.n.], 2015.

BRANT, Luiz Carlos. **Sujeito e sofrimento entre trabalhadores que ocupam cargo gerencial**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Diário Oficial da União 2007; 20 ago. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm. Acesso em: 15 out. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia**. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, p. 2337-2344, 2010.

CAPPELLE, M. C. A. et al. **Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações**. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, Lavras, v. 7, n. 3, p. 356-369, 2005.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/878/87817135009.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2020.

CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias**. Revista de Saúde Pública, 30 (3)285-93. 1996. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101996000300013&script=sci_abstract. Acesso em: 15 fev. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: revista de saúde coletiva, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. MOREIRA, Maria Elisa. **Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde**. R AP Rio de Janeiro 36(4):587-608, Jul./Ago. 2002. Disponível em: <file:///D:/Downloads/6454-12243-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental**. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, p.161-168. 2007.

COSTA, Ana Cleide Mineu. *et al.* **Processo de trabalho e planejamento em saúde**.- São Luís: EDUFMA, 67 p.: il. (Cadernos de Saúde da Família n. 3) ISBN: 978-85-7862-476-7. 2016.

COSTA, Rogério da. **Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 9: 235-248. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2005.v9n17/235-248/pt/#>. Acesso em: 15 dez. 2019.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. Saúde e sociedade, v. 21, p. 1087-1100, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2012.v21n4/1087-1100/#>. Acesso em: 16 abr. 2020.

ENRIQUEZ, E. **Vida psíquica e organização**. Organizações e Saúde. v. 3, n. 4 (1995) 75 – 93. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10274>. Acesso em: 20 dez. 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; PRADO Luciane Kantorski. **O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 45, núm. 3, junho, 2011, pp. 716-721. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033310024>. Acesso em: 16 dez. 2019.

GODOY, Solange Cervinho Bicalho. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de belo horizonte**. 2009. 190f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Belo Horizonte 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-7XRNR7>. Acesso em: 05 jan. 2020.

GOULART, Flavio A. A. **Representações sociais, ação política e cidadania**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 9, n. 4, p. 477-486, Dec. 1993. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

LEVY P. **O inexistente impacto da tecnologia**. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 17 ago. 1997. Caderno Mais, Autores, p. 3.

LÉVY, P. **Cyberdémocratie**. Trad. Carlos Irineu da Costa. 1ª ed. 1999. Editora 34 Ltda. São Paulo SP Brasil. 1999. Disponível em: <https://mundonativodigital.files.wordpress.com/2016/03/cibercultura-pierre-levy.pdf> Acesso em: 20 dez. 2019.

MERHY, E. E. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**. In: GALLO, E. (Org.) Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 1995. p. 117-149.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 04, pp. 1103-1112. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Trad. Por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PUGLISI, Maria Laura; FRANCO, Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2 Edição. Brasília: Liber Livro Editora, 2005. 79p.

SATO, L. **A representação social do trabalho penoso**. In: *O Conhecimento no Cotidiano - As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social* (M. J. P. Spink, org.), pp. 188-211, São Paulo: Brasiliense. 1993.

SILVA, C. R., GOBBI, B. C., & SIMÃO, A. A. **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método**. *Organizações Rurais Agroindustriais*, 7(1), 70-81. 2005.

TRIVIÑOS, A N.S. **Pesquisa qualitativa**. In: - Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ática, 1987. cap. 5, p. 116-175.

VERMELHO, Sonia Cristina; VELHO, Ana Paula Machado; BONKOVOSKI, Amanda; PIROLA, Alisson. **Refletindo Sobre as Redes Sociais Digitais**. *Educação & Sociedade*, vol. 35, núm. 126, enero-marzo, pp. 306-338. Centro de Estudos Educação e Sociedade Campinas, Brasil 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87330638011>. Acesso em: 15 dez. 2019.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO - GESTOR / PROFISSIONAIS

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a preencher este questionário socioeconômico para participar voluntariamente do projeto de intervenção “A assistência materno-infantil em uma Unidade Básica de Saúde: contribuições da Gestão participativa”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFMG, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Flávia Nunes de Amorim, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Carlos Brant.

1. Cargo:
2. Gênero: ()F ()M () outros
3. Idade:
4. Tempo de Trabalho no SUS-BH:
5. Tempo de trabalho na gestão:_____ () Não se aplica
6. Tempo de atuação na unidade pesquisada de saúde:
7. Grau de Escolaridade:
 - () Ensino Fundamental completo
 - () Ensino Médio incompleto
 - () Ensino Médio completo
 - () Ensino técnico em saúde
 - () Superior incompleto
 - () Superior completo
 - () Pós-Graduado

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO - USUÁRIAS

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a preencher este questionário socioeconômico para participar voluntariamente do projeto de intervenção “A assistência materno-infantil em uma Unidade Básica de Saúde: contribuições da Gestão participativa”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFMG, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Flávia Nunes de Amorim, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Carlos Brant.

1. Idade:
2. Naturalidade:
3. Tempo de residência no território:
4. Possui quantos filhos vivos:
5. Já teve algum aborto:
6. Condição:
☐ gestante
☐ puérpera
7. Se gestante:
 - a. Quantas semanas de gestação:
 - b. Você quem buscou a unidade ou busca ativa pelo profissional:
 - c. Com quantas semanas de gestação iniciou acompanhamento na unidade
 - d. Realiza o Pré Natal na unidade?
 - e. Participa de algum grupo de gestante na unidade:
8. Se puérpera:
 - a. Qual a idade do recém-nascido:
 - b. Fez pré-natal na unidade:
 - c. Quantas consultas seu recém-nascido já realizou na unidade:
9. Participa ou já participou de algum grupo de gestante ou puérpera na unidade:
10. Grau de Escolaridade:
☐ Analfabeto
☐ Ensino Fundamental incompleto
☐ Ensino Fundamental completo
☐ Ensino Médio incompleto
☐ Ensino Médio completo
☐ Superior incompleto
☐ Superior completo
☐ Pós-Graduado

11. Você exerce alguma atividade remunerada?

- ☐ Não
- ☐ Sim, em tempo parcial (até vinte horas semanais)
- ☐ Sim, em tempo integral (mais de trinta horas semanais)
- ☐ Sim, mas se trata de trabalho eventual.

12. Qual é sua renda mensal?

- ☐ Não tenho nenhuma renda mensal
- ☐ Menos do que meio salário-mínimo
- ☐ De meio salário-mínimo até 1 salário-mínimo
- ☐ De 1 salário-mínimo até 1,5 salário-mínimo
- ☐ Mais de 1,5 salário-mínimo

13. Qual é o número de membros da sua família?

- ☐ De uma a três pessoas
- ☐ De quatro a seis pessoas
- ☐ Mais de seis pessoas
- ☐ Não tenho família

14. Qual é a renda mensal de sua família?

- ☐ Renda Familiar per capita de zero até meio salário mínimo
- ☐ Renda Familiar per capita de meio até um salário mínimo
- ☐ Renda Familiar per capita de um até um e meio salário mínimo
- ☐ Renda Familiar per capita de um e meio até dois e meio salário mínimo
- ☐ Renda Familiar per capita de dois e meio até três salários mínimo
- ☐ Renda Familiar per capita maior que três salários mínimo

15. Residência

- ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Parente ☐ outros _____

APÊNDICE 3 – GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1 – Descreva o planejamento das ações da assistência materno infantil na unidade?
- 2 - Quais os atores institucionais participantes deste planejamento?
- 3 - Qual é o espaço ocupado pelos usuários como corresponsáveis nas decisões gerenciais?
- 4 - Como o planejamento coletivo das ações pode contribuir para a gestão participativa?
- 5 - Quais ações você considera importante para a construção das estratégias da gestão participativa?

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

- 1 - Como foi a trajetória percorrida pela equipe em relação às estratégias desenvolvidas para o atendimento materno-infantil?
- 2 - Como é a atuação de cada membro da equipe na construção dessas estratégias?
- 3 - Quais as ações planejadas e executadas pela equipe em relação à assistência às gestantes, puérperas e recém-nascidos?
- 4 - Qual é a participação do gestor nas discussões destas ações?

APÊNDICE 5 – ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA

- 1- O que já ouviram falar a respeito do atendimento de profissionais em saúde do serviço público?
- 2 - Seu atendimento foi compatível com as informações que você tinha anteriormente?
- 3 - O que foi importante pra você no seu atendimento na unidade?
- 4 - Participa de ações de saúde na unidade?
- 5 - Já participou na unidade de alguma conversa ou reunião para falar sobre o que é necessário para melhoria do serviço de saúde?

APÊNDICE 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR

Prezado(a) Gestor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do projeto de intervenção “A assistência materno-infantil em uma Unidade Básica de Saúde: contribuições da Gestão participativa”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFMG, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Flávia Nunes de Amorim, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Carlos Brant. O objetivo do trabalho é compreender as estratégias de Gestão Participativa, como instrumento para a atenção materno-infantil, em uma Unidade Básica de Saúde. Você responderá a um questionário semiestruturado, com duração em torno de, no máximo, uma hora, em sala adequada no próprio local de trabalho do gestor, com perguntas que dizem respeito a sua vida profissional e sua percepção sobre o desenvolvimento destas estratégias. Afirmo que as informações prestadas por você serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação, haverá também a destruição dos dados logo após a utilização dos mesmos, exclusivamente para este projeto e os resultados tornados públicos em eventos e publicações científicas. Conforme Resolução 466/12 toda participação em pesquisa traz algum desconforto / risco, mesmo que mínimo, como a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente; para tanto serão tomados os seguintes cuidados para minimizar esse desconforto / risco: a) a participação na pesquisa não gerará qualquer tipo de custo ou recompensa. O(A) Sr(a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação e em caso de algum dano, o(a) Sr. (a) será indenizado; b) a participação é inteiramente voluntária e o(a) Sr (a)., como voluntário, pode recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo ao tratamento a que está sendo submetido nesta instituição; c) as informações prestadas serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação, os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa e os resultados tornados públicos em eventos e publicações científicas. Como benefício, os resultados desse projeto poderão incentivar outros profissionais e Equipes na busca por melhores soluções para o atendimento materno infantil e consequentemente, qualificar o atendimento a população alvo do projeto.

Flávia Nunes de Amorim
Mestranda

Prof. Dr. Luiz Carlos Brant
Prof. Orientador

Em caso de dúvidas éticas, você poderá obter informações sobre esta pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901. Telefone: 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, localizado na Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.720000. Telefone: 3277-5309. Este documento será elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelos pesquisadores responsáveis. Considerando as informações contidas no TCLE acima, declaro livre e voluntariamente, que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que irei fornecer. Tenho a perfeita clareza de que posso, a qualquer momento, suspender meu consentimento. Concordo voluntariamente em cooperar com esta pesquisa, sendo garantido o meu direito de não identificação.

Belo Horizonte, ____/____/____.

Assinatura do(a) participante

Flávia Nunes de Amorim
Rua Mikhail Nime Safar, 117, ap 202. Heliópolis.
Email: flanunesamorim@yahoo.com.br Tel: (31) 9 8942-0751

Prof. Dr. Luiz Carlos Brant
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100,
Email: brant.ufmg@gmail.com Tel: (31) 3409-9829.

APÊNDICE 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado(a) Profissional de Equipe de Saúde da Família,

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do projeto de intervenção “A assistência materno-infantil em uma Unidade Básica de Saúde: contribuições da Gestão participativa”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFMG, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Flávia Nunes de Amorim, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Carlos Brant. O objetivo do trabalho é compreender as estratégias de Gestão Participativa, como instrumento para a atenção materno-infantil, em uma Unidade Básica de Saúde. Você participará de um grupo focal que abordará uma discussão e análise das percepções da equipe sobre o desenvolvimento destas estratégias. Este grupo acontecerá em sala adequada na unidade de saúde ou no Distrito Sanitário, com duração aproximada de 1h30min e serão gravados todos os áudios para transcrição. Estes áudios, após a transcrição, serão destruídos. Afirmo que as informações prestadas por você serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação, os dados serão utilizados, exclusivamente para este projeto e os resultados tornados públicos em eventos e publicações científicas. Conforme Resolução 466/12 toda participação em pesquisa traz algum desconforto / risco, mesmo que mínimo, como a possibilidade de constrangimento durante o grupo focal, danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente; para tanto serão tomados os seguintes cuidados para minimizar esse desconforto / risco: a) a participação na pesquisa não gerará qualquer tipo de custo ou recompensa. O(A) Sr(a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação e em caso de algum dano, o(a) Sr. (a) será indenizado; b) a participação é inteiramente voluntária e o(a) Sr (a)., como voluntário, pode recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo ao tratamento a que está sendo submetido nesta instituição; c) as informações prestadas serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação, os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa e os resultados tornados públicos em eventos e publicações científicas. Como benefício, os resultados desse projeto poderão incentivar outros profissionais e Equipes na busca por melhores soluções para o atendimento materno infantil e conseqüentemente, qualificar o atendimento a população alvo do projeto.

Flávia Nunes de Amorim
Mestranda

Prof. Dr. Luiz Carlos Brant
Prof. Orientador

Em caso de dúvidas éticas, você poderá obter informações sobre esta pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901. Telefone: 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, localizado na Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.720000. Telefone: 3277-5309. Este documento será elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelos pesquisadores responsáveis. Considerando as informações contidas no TCLE acima, declaro livre e voluntariamente, que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que irei fornecer. Tenho a perfeita clareza de que posso, a qualquer momento, suspender meu consentimento. Concordo com a utilização de gravações durante o grupo focal. Concordo voluntariamente em cooperar com esta pesquisa, sendo garantido o meu direito de não identificação.

Belo Horizonte, ____/____/____.

Assinatura do(a) participante

Flávia Nunes de Amorim
Rua Mikhail Nime Safar, 117, ap 202. Heliópolis.
Email: flanunesamorim@yahoo.com.br Tel: (31) 9 8942-0751

Prof. Dr. Luiz Carlos Brant
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG,
Email: brant.ufmg@gmail.com Tel: (31) 3409-9829.

APÊNDICE 8 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS USUÁRIAS

Prezada usuária,

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do projeto de intervenção “A assistência materno-infantil em uma Unidade Básica de Saúde: contribuições da Gestão participativa”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFMG, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Flávia Nunes de Amorim, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Carlos Brant. O objetivo do trabalho é compreender as estratégias de Gestão Participativa, como instrumento para a atenção materno-infantil, em uma Unidade Básica de Saúde. Para obtenção das informações necessárias, você participará de uma roda de conversa para reflexão e análise sobre as suas percepções acerca do acesso aos serviços de saúde durante a gestação e puerpério, a continuidade do acompanhamento, a qualidade das orientações prestadas, dentre outras questões pertinentes ao tema proposto. Este grupo acontecerá em sala adequada na unidade de saúde ou em outro local de fácil acesso no território, com duração aproximada de 1h30min e serão gravados todos os áudios para auxílio na análise posterior. Estes áudios, após análise e escrita do projeto, serão destruídos. Afirmo que as informações prestadas por você serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação, os dados serão utilizados, exclusivamente para este projeto e os resultados tornados públicos em eventos e publicações científicas. Conforme Resolução 466/12 toda participação em pesquisa traz algum desconforto / risco, mesmo que mínimo, como a possibilidade de constrangimento durante a roda de conversa, danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente; para tanto serão tomados os seguintes cuidados para minimizar esse desconforto / risco: a) a participação na pesquisa não gerará qualquer tipo de custo ou recompensa. A Sra não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação e em caso de algum dano, a Sra será indenizado; b) a participação é inteiramente voluntária e a Sra., como voluntário, pode recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo ao tratamento a que está sendo submetido nesta instituição; c) as informações prestadas serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação, os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa e os resultados tornados públicos em eventos e publicações científicas. Como benefício, os resultados desse projeto poderão incentivar outros profissionais e Equipes na busca por melhores soluções para o atendimento materno infantil e consequentemente, qualificar o atendimento a população alvo do projeto.

Flávia Nunes de Amorim
Mestranda

Prof. Dr. Luiz Carlos Brant
Prof. Orientador

Em caso de dúvidas éticas, você poderá obter informações sobre esta pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - sala 2005 - Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901. Telefone: 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, localizado na Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG - CEP: 30.720000. Telefone: 3277-5309. Este documento será elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelos pesquisadores responsáveis. Considerando as informações contidas no TCLE acima, declaro livre e voluntariamente, que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que irei fornecer. Tenho a perfeita clareza de que posso, a qualquer momento, suspender meu consentimento. Concordo com a utilização de gravações durante a roda de conversa. Concordo voluntariamente em cooperar com esta pesquisa, sendo garantido o meu direito de não identificação.

Belo Horizonte, ____/____/____.

Assinatura do(a) participante

Flávia Nunes de Amorim
Rua Mikhail Nime Safar, 117, ap 202. Heliópolis.
Email: flanunesamorim@yahoo.com.br Tel: (31) 9 8942-0751

Prof. Dr. Luiz Carlos Brant
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG,
Email: brant.ufmg@gmail.com Tel: (31) 3409-9829.