

ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO PARTICIPATIVA

MOTHER-CHILD CARE IN A BASIC HEALTH UNIT: CONTRIBUTIONS FROM PARTICIPATORY MANAGEMENT

ATENCIÓN MADRE-HIJO EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD: CONTRIBUCIONES DE LA GESTIÓN PARTICIPATIVA

Flávia Amorim
Universidade Federal de Minas Gerais
flanunesamorim@yahoo.com.br

Luiz Carlos Brant
brant.ufmg@gmail.com



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi compreender as estratégias de Gestão Participativa, como instrumento para a atenção materno-infantil. As informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada, grupo focal e roda de conversa. 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, no planejamento das ações em Saúde e a participação popular. Como produto, 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. Concluímos que, os participantes da pesquisa compreenderam as diversidades e a importância do espaço proporcionado pelos grupos para discussões e reflexões. Percebemos como este espaço humaniza as relações e responsabiliza os atores envolvidos na tomada de decisões.

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

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to understand the Participatory Management strategies, as an instrument for maternal and child care. The information was obtained through semi-structured interviews, focus groups and conversation circles. The policies that permeated this work were the National Humanization Policy (2004) of the Ministry of Health, the Permanent Education Policy, instituted by ordinance GM / MS 1.996 / 2007, the Care Management Strategy in the Territory and the Pre- Natal and Puerpério, developed by the Municipal Health Department of Belo Horizonte. The conceptual bases were anchored in Participatory Management, in social representations, in planning health actions and popular participation. As a product, there is the structuring of an electronic leaflet, which will be released to users, with the initial postpartum guidelines on the fifth day visit. We concluded that the research participants understood the diversity and the importance of the space provided by the groups for discussions and reflections. We perceive how this space humanizes relationships and co-responsibility the actors involved in decision-making.

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

RESUMEN

El objetivo de esta disertación fue comprender las estrategias de Gestión Participativa, como un instrumento para el cuidado materno-infantil. La información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas, grupos focales y círculos de conversación. Las políticas que permearon este trabajo fueron la Política Nacional de Humanización (2004) del Ministerio de Salud, la Política de Educación Permanente, instituida por ordenanza GM / MS 1.996 / 2007, la Estrategia para la Gestión de la Atención en el Territorio y los Protocolos de Prevención. Natal y Puerpério, desarrollado por la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte. Las bases conceptuales estuvieron ancladas en la Gestión Participativa, en las representaciones sociales, en la planificación de acciones de salud y participación popular. Como producto, existe la estructuración de un tríptico electrónico, que será entregado a las usuarias, con las pautas iniciales del posparto en la visita del quinto día. Concluimos que los participantes de la investigación entendieron la diversidad y la importancia del espacio brindado por los grupos para discusiones y reflexiones. Percibimos cómo este espacio humaniza las relaciones y corresponsabilidad de los actores involucrados en la toma de decisiones.

Palabras clave o Descriptores: Gestión de la salud; Primeros auxilios; Educación para la salud; Participación comunitaria.

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.

Constato, 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 usuáries 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).

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.

O Objetivo Geral deste trabalho foi compreender as estratégias de gestão participativa, constituídas como instrumento para a atenção materno-infantil, em uma unidade básica de saúde. Os Objetivos Específicos foram: 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.

REFERENCIAL TEÓRICO

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.

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, subseqüentemente, 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.

MÉTODOLOGIA

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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).

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).

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 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.

O projeto da presente pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil sob o número CAAE I49060I9.4.0000.5149 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.

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.

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).

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.

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. 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.

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.

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.

As discussões foram conduzidas pelo pesquisador, acompanhado de um assistente. As duas reuniões foram gravadas e, posteriormente, transcritas. 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.

Foi confirmada a participação de 15 usuárias, porém estiveram presentes na roda de conversa apenas cinco dessas, sendo uma gestante e quatro puérperas. 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.

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.

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.

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 aponta que o método de análise de conteúdo compreende três etapas básicas: I - 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. 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. 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.

RESULTADOS

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). 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.

Categoria I – 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.

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.

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).

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.

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 fiz 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).

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)

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, a autora aponta Dejours (1994) indicando 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).

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”.. (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:

“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)

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)

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.

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)

CONCLUSÃO

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 destes 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.

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. como contribuições e implicações para a gestão de serviços de saúde, entende-se que 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.

Um 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.

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.

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=SI413-03942006000300011&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=SI4I4-](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=SI4I4-32832012000300014&script=sci_abstract&tlng=es#ModalArticles)

[32832012000300014&script=sci_abstract&tlng=es#ModalArticles](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=SI4I4-32832012000300014&script=sci_abstract&tlng=es#ModalArticles). Acesso em: 26 dez. 2019.

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

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-](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf)

[governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf](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-](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre-natal_puerperio.pdf)

[governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre-](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre-natal_puerperio.pdf)

[natal_puerperio.pdf](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. 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. **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-](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_pre-natal_puerperio-14-06-2019.pdf)

[natal_puerperio-14-06-2019.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_pre-natal_puerperio-14-06-2019.pdf). Acesso em: 25 jun. 2019.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.