

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DA MATERNIDADE  
PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM: PRODUÇÃO DE SAÚDE,  
SUJEITOS E COLETIVOS.**

Adriana Diniz de Deus

BELO HORIZONTE/MG

2013

ADRIANA DINIZ DE DEUS

**AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DA MATERNIDADE  
PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM: PRODUÇÃO DE SAÚDE,  
SUJEITOS E COLETIVOS.**

Projeto de Pesquisa apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Política de Saúde e Planejamento)

**Banca Examinadora:**

Professora Dra. Elza Machado de Melo – Orientadora  
Professor Dr. Gastão Wagner de Souza Campos  
Professora Dra. Jandira Maciel da Silva

BELO HORIZONTE/MG

2013

Deus, Adriana Diniz de.

D486a Avaliação da experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim [manuscrito]: produção de saúde, sujeitos e coletivos. / Adriana Diniz de Deus. -- Belo Horizonte: 2013.

79f.: il.

Orientador: Elza Machado de Melo.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Administração Hospitalar. 2. Gestão em Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Humanização da Assistência. 5. Estudos de Casos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WX 150

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

### Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

### Vice-Reitora

Prof.<sup>a</sup>. Sandra Regina Goulart Almeida

### Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

### Pró-Reitor de Pesquisa

Prof.<sup>a</sup>. Adelina Martha dos Reis

## FACULDADE DE MEDICINA

### Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### Vice Diretor

Prof. Humberto José Alves

### Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Antônio Thomaz Mata Machado

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

### Coordenadora

Prof.<sup>a</sup>. Sandhi Maria Barreto

### Sub-Coordenadora

Prof.<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção

### Colegiado

Prof.<sup>a</sup> Ada Ávila Assunção

Prof.<sup>a</sup> Sandhi Maria Barreto

Prof.<sup>a</sup> Eli Iola Gurgel Andrade

Prof.<sup>a</sup> Mariangela Leal Cherchiglia

Prof.<sup>a</sup> Cibele Comini César

Prof.<sup>a</sup> Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

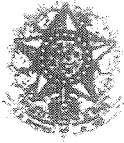
Prof. Franscisco de Assis Acurcio

Prof.<sup>a</sup> Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof.<sup>a</sup> Valéria Maria de Azeredo Passos

Discente Flávia Soares Peres

Discente Laura Monteiro de Castro Moreira



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 1967 s/nº 553  
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100  
Fone: (031) 3409-9641 FAX: (031) 3409-9646



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ADRIANA DINIZ DE DEUS número de registro 2011656243. As quatorze horas do dia vinte e quatro de abril de dois mil e treze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "A EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM: AVALIANDO A PRODUÇÃO DE SAÚDE, SUJEITOS E COLETIVOS", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Elza Machado de Melo, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Elza Machado de Melo/orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos	Instit: UNICAMP	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Jandira Maciel da Silva	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 24 de abril de 2013.

Profa. Elza Machado de Melo [Assinatura]  
 Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos [Assinatura]  
 Profa. Jandira Maciel da Silva [Assinatura]  
 Profa. Ada Ávila Assunção/coordenadora [Assinatura]

Profa. Ada Ávila Assunção  
Coord. do PG em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina - UFMG

Obs: Este documento não terá validade sem a assinatura e o rubrica do Coordenador.

[Assinatura]  
CONFERE COM ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina - UFMG



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Elza Machado de Melo, Gastão Wagner de Sousa Campos, Jandira Maciel da Silva, aprovou a defesa da dissertação intitulada "A EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM: AVALIANDO A PRODUÇÃO DE SAÚDE, SUJEITOS E COLETIVOS" apresentada pela aluna ADRIANA DINIZ DE DEUS para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 24 de abril de 2013.

Profa. Elza Machado de Melo  
Orientadora

Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos

Profa. Jandira Maciel da Silva

## **Resumo**

Trata-se de estudo de caso com objetivo de avaliar a experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim–MG, de 2009 a 2011, por meio de análise de intervenção, que investiga se objetivos e metas propostos pela experiência foram alcançados. A metodologia, de natureza qualitativa, consistiu de análise documental e grupos focais. A análise pautou-se na hermenêutica crítica. A maternidade adotou, no período estudado, um modelo de gestão entrelaçado ao modelo de cuidado, com criação de espaços de escuta e de responsabilização pelos processos de trabalho. Este estudo mostrou que, apesar dos limites, conseguiu-se implantar e conduzir estruturas e processos, revelando tendência para alcançar o que foi proposto.

**Palavras-chave:** Gestão Hospitalar; Avaliação em Saúde; Humanização da Assistência.

## **Abstract**

This article is a case study to evaluate the management experience of Municipal Public Motherhood of Betim – MG, between 2009 and 2011, by means of intervention analysis, that investigates whether objectives and goals proposed by the experience were achieved. The methodology consisted of document analysis and focus groups. The data analysis was guided on critical hermeneutics. The Motherhood adopted, during the study period, a management model interlaced to the care model, generating spaces of listening and accountability for the work processes. This study showed that, despite the limitations, it was found that deploy and conduct structures and processes, revealing a tendency to reach goals.

**Keywords:** Hospital Management; Health Evaluation; Humanization of Assistance.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	12
2.1 Diretrizes do Sistema Único de Saúde .....	12
2.2 Gestão na saúde .....	14
2.3 Gestão hospitalar .....	15
2.4 Gestão e assistência entrelaçadas, segundo a proposta de Campos .....	18
3 OBJETIVOS .....	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	28
6 RELATO DA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM.....	29
6.1 O Município de Betim .....	29
6.2 A Maternidade municipal.....	31
6.3 A Maternidade no início de 2009 .....	32
6.4 Gestão participativa .....	33
6.5 Primeira diretriz-modelo assistencial.....	40
6.6 Valorização do trabalhador.....	42
6.7 Organização dos processos de trabalho.....	45
6.8 Integração da maternidade com as demais unidades da rede SUS Betim .....	47
6.9 Adequação da infra-estrutura conforme as normas da ANVISA.....	49
6.10 Otimização dos recursos financeiros.....	51
6.11 Desafios e resultados.....	52
6.12 Prêmio Sérgio Arouca .....	54
7 ARTIGO DO RESULTADO DA PESQUISA .....	55
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....	73
REFERÊNCIAS .....	74
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM OS TRABALHADORES.....	80
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM OS GERENTES .....	81
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	82



## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem se observado grandes mudanças nas orientações políticas, nas formas de financiamento e nas diretrizes em relação à organização das redes de serviço e do modelo de atenção adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Historicamente convivem no Brasil dois modelos de atenção à saúde: o modelo médico hegemônico e o sanitarista. Modelo entendido como identificação dos traços principais de uma racionalidade que combina estruturas e tecnologias orientadas para as ações de saúde (PAIM, 2008).

O modelo sanitarista refere-se à forma de intervenção sobre as necessidades de saúde adotadas pela saúde pública como as campanhas, programas especiais, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.

O modelo médico hegemônico se caracteriza por enfatizar a abordagem biológica, a medicalização dos problemas, a participação passiva e subordinada dos usuários e por privilegiar a medicina curativa em detrimento a da promoção, preventiva e de reabilitação. Neste modelo, o hospital tem tido um papel central seja do ponto de vista técnico assistencial, do ponto financeiro, uma vez que concentra metade dos gastos nacionais em saúde, seja do ponto de vista do imaginário social como símbolo de prestígio profissional, de sofisticação tecnológica, de segurança e de eficácia. (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Acompanhando a organização de um novo modelo de atenção a saúde, fundado na concepção de um sistema integrado de serviços, que interligam ações de prevenção, promoção, reabilitação com a curativa, no qual a atenção básica de saúde deve ser o centro deste sistema e a porta de entrada preferencial, o hospital tem sido alvo de notórias mudanças tanto nos aspectos referentes à redefinição do seu papel neste sistema de atenção à saúde como na sua reorganização interna de trabalho.

Estas mudanças se manifestam no âmbito assistencial mediante a incorporação de novas tecnologias e novas formas inovadoras de realizar o cuidado como, por exemplo, os programas: hospital dia; clínica ampliada com trabalho interdisciplinar; o recente programa ministerial de desospitalização “Melhor em Casa” incorporando formas mais organizadas dos Programas de Internação Domiciliar e a Assistência Domiciliar (PID e PAD).

O esforço empreendido com o objetivo de integrar o hospital como ponto da rede de serviços de saúde (MENDES, 2001) exemplifica-se nos lançamentos mais recentes dos programas do Ministério da Saúde como o da Rede de Urgência e Emergência que integra o hospital como um dos pontos de atenção da assistência à urgência com suas atribuições

específicas conjuntamente com as unidades básicas e as especializadas e o SAMU. (BRASIL, Portaria MS/GM, nº 1.600/2011). A Rede Cegonha é também um recente programa ministerial que apresenta a mesma concepção de atenção à saúde através da integração dos diversos serviços com atribuições específicas capaz de oferecer cuidado integral materno infantil, que inicia-se na pré-concepção até o puerpério e acompanhamento do recém nascido.(BRASIL, Portaria MS/SAS, nº 650/1997). As maternidades têm nesta rede, papel importante na assistência ao parto/nascimento que abrange desde o acolhimento da gestante de baixo risco, em centros de parto normal, até a assistência de alto risco em maternidades referenciadas com complexas tecnologias, quando necessário.

Na esfera interna administrativa, também têm sido observadas mudanças nas formas de gerir com o surgimento de novos modelos de gestão hospitalar. Com a preocupação do uso mais eficiente dos recursos disponíveis cresce o movimento pela maior profissionalização da gestão utilizando técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação. Paralelamente surgem experiências de gestão com uma perspectiva de mobilização dos coletivos de trabalho em torno de um projeto de qualificação da assistência e da gestão.

Estamos vivendo momentos de mudanças, de possibilidades de consolidação de um novo modelo de atenção proposto pelo SUS, portanto de grandes desafios. Inúmeras dificuldades são encontradas na prática cotidiana do gerenciamento dos serviços de saúde, principalmente na gestão hospitalar pela sua complexidade e pelo enraizamento das práticas constituídas. Implantar modelos, programas ou ações condizentes com as diretrizes, políticas e dispositivos preconizados pelo Sistema Único de Saúde, principalmente aqueles relacionados à integração do hospital na rede de atenção do sistema de saúde, a efetividade do serviço, a gestão participativa e as práticas de atenção a saúde que refletem na valorização dos sujeitos envolvidos, são alguns dos desafios que este trabalho pretende discutir e pesquisar.

Este estudo apresentou como objetivo avaliar a experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim que se propôs a alcançar objetivos formalizados na visão e no planejamento estratégico da instituição, que são: implantar a gestão participativa, oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social, valorizar o trabalhador, organizar os processos de trabalho, adequar a infraestrutura conforme as normas da ANVISA, integrar efetivamente a Maternidade na rede assistencial e otimizar os recursos financeiros. Objetivos que traduzem para a prática cotidiana as diretrizes e políticas consonantes com o modelo de atenção e gestão hospitalar defendido pelo Sistema Único de Saúde.

Justificou-se a elaboração desta pesquisa pela importância de avaliar e analisar práticas de gestão e atenção dos serviços saúde que resultem no aumento do conhecimento, dos

limites, desafios e potencialidades capazes de consolidar modos de organizar a atenção e gestão no interior do SUS. Também se justificou pela necessidade de ampliar uma reflexão sobre o modo de operar, “o como fazer”, o gerenciamento dos serviços de saúde que considere aspectos como a gestão participativa, a valorização dos sujeitos envolvidos e assistência qualificada. “*A Construção conceitual e prática de um novo modelo é um desafio estratégico, diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS.*” (CAMPOS, 2003.p.109).

Portanto, este trabalho teve como tema a gestão hospitalar no SUS e como objeto de estudos a experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim.

A fim de alcançar os objetivos propostos foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema, em um processo contínuo de análise até a conclusão do trabalho. A referência conceitual predominante neste estudo teve como base os preceitos de CAMPOS (2007) quando defende, nos inúmeros trabalhos publicados, que a gestão em saúde deve ser um processo coletivo que tenha como objetivo a produção de saúde e a produção de sujeitos. Para análise da experiência de gestão em profundidade foi escolhido a metodologia do estudo de caso com pesquisa avaliativa utilizando-se de métodos quantitativos.

A escolha do tema deste estudo também se deve a trajetória profissional da mestranda que ao longo dos últimos vinte e sete anos tem se dedicado a assistência e a gestão em unidades do sistema público de saúde. Logo após a formatura em medicina pela UFMG iniciou uma pós-graduação em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz enquanto trabalhava como clínica generalista em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na periferia da região Metropolitana de Belo Horizonte. Engajou-se como assessora na Comissão de Saúde da Associação do Bairro onde trabalhava e participou do Movimento Popular de Saúde (MOPS) em nível nacional. Foi convidada a engajar em um projeto de saúde na Cidade de São Félix do Araguaia, MT onde trabalhou na assistência e na gerencia da única UBS da cidade, na formação e apoio das agentes de saúde que residiam na área rural do município, juntamente com uma equipe multiprofissional e na assistência a saúde indígena nas aldeias da região dos povos Carajás e Tapirapés. Mais tarde se transferiu para Ceres, município de Goiás, onde trabalhou em um hospital geral da diocese local. Manteve-se como indigenista, além da assistência hospitalar e assessoria ao Movimento dos Sem Terra (MST) e ao Movimento de Mulheres da região. Neste hospital (São Pio X) pôde vivenciar a experiência da assistência humanizada ao parto/ nascimento no Centro de Parto Normal, o que influenciou na decisão de se especializar nesta área. Voltou para Minas Gerais, fez residência médica em ginecologista e obstetrícia e passou no concurso de saúde do município de Betim. Trabalhou

na assistência em UBS, na Maternidade de alto Risco do Hospital Regional de Betim e posteriormente na Maternidade Pública Municipal de Betim como médica plantonista e diarista e exerceu atividades de gestão como Referência Técnica da Saúde da Mulher do Município. Aceitou o convite para Diretoria Geral do Hospital Municipal de Contagem-MG, onde coordenou a elaboração do planejamento estratégico, a implantação do modelo de gestão participativa com linhas de cuidado juntamente com o modelo assistencial da clínica ampliada. Especializou-se em gestão hospitalar pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Iniciou seu trabalho como consultora da Diretoria do Hospital das Clínicas apoiando uma equipe de trabalho que discute o modelo assistencial do hospital. Em janeiro de 2009 assume a diretoria geral da Maternidade Pública Municipal de Betim, quando foi possível coordenar por dois anos a experiência de gestão relatada no Item 6 (seis) deste trabalho. Em janeiro de 2011 inicia seu trabalho como assessora de gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e finalmente em novembro de 2011 aceita o cargo de diretora geral do Hospital Público Regional de Betim. Para o futuro, muitos planos! Um deles, poder dividir seus conhecimentos e vivências com futuros profissionais da área de saúde e continuar aprendendo. Portanto, este trabalho para a mestranda também se justifica pela possibilidade de reflexão sobre a prática e pela apropriação da lógica do pensamento científico, aprofundando no conhecimento teórico e metodológico.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Diretrizes do Sistema Único de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi um marco no processo de reforma do sistema público de saúde do Brasil. Contou com uma ampla participação das organizações da sociedade civil, movimentos populares, associações das categorias profissionais de saúde, sindicatos, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva que discutiram a reformulação do sistema de saúde propondo a unificação da gestão e integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação, formas de aumento do financiamento público para o setor saúde, a garantia de acesso universal, da equidade e da participação ativa da população na gestão como exercício do direito de cidadania. A continuidade dos debates e aprimoramento das propostas foram realizadas até a aprovação da Constituição de 1988. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A intensa mobilização dos movimentos democráticos de esquerda e a pressão da sociedade civil possibilitaram avanços nesta Constituição em relação às formulações das Constituições anteriores por acrescentar um conjunto de direitos sociais no modelo de seguridade social como escrito no art.194, Cap.II, da Ordem Social, introduzindo um caráter igualitário e de justiça social com a noção de universalidade dos direitos antes restritos a população contribuinte da previdência, por isto chamada por alguns como Constituição Cidadã. (FLEURY; OUVENEY, 2008). Dentre os princípios organizadores da seguridade social destacamos a universalidade da cobertura, uniformidade do atendimento a população urbana e rural, equidade na prestação de serviços e na forma de participação do custeio e a gestão democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados (BRASIL. Constituição, 1988).

A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080 de 1990, definiu seus princípios e diretrizes: a) universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; b) igualdade na assistência á saúde; c) integralidade na assistência, com articulação das ações de promoção, prevenção, curativas e reabilitação, individuais e coletivas; d) descentralização política – administrativa com direção única e

atribuições específicas em cada esfera de governo; e) participação da comunidade no processo de formulação da política, da fiscalização dos cumprimentos legais e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde. Estruturas e arranjos decisórios foram construídos para permitir que os diversos atores participassem do controle social e que houvesse uma estreita articulação entre os gestores dos três níveis de governo. Foram criadas as conferências de saúde e os conselhos em cada uma das esferas governamentais com a participação de governantes, trabalhadores e sociedade civil, as comissões intergestores tripartite (participação do gestor nacional, estadual e municipal), comissões intergestores bipartite (participação do gestor estadual e municipal) e consórcios (entre gestores municipais).

O processo político da sociedade envolve a política de saúde, sendo impossível na prática a separação entre o contexto político e o contexto institucional. A política de saúde, portanto é o resultado da disputa e de enfrentamentos constantes de diferentes projetos dos diversos atores sociais.

Tomemos como exemplo o caso das políticas e sistemas de saúde fundamentados no direito universal de acesso aos cidadãos. Esse formato de política se insere em um projeto solidário de nação, para o qual o direito à saúde é um direito de cidadania. A efetividade da ação de uma política de saúde dessa natureza será maior ou menor dependendo do projeto social que prevalecer na relação geral de forças sociais. (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 54)

Portanto consolidar o SUS é atividade cotidiana, constante a ser realizada em todos os níveis e formas de participação da sociedade. A defesa do SUS também acontece na gestão qualificada dos serviços de saúde locais, na gestão municipal, estadual e federal coerentes com os princípios do SUS, nas comissões, colegiados, conselhos e conferências de saúde, nos sindicatos, nas associações, nos partidos políticos, no voto consciente.

Vários foram os instrumentos utilizados ao longo destes anos para melhoria da gestão descentralizada do sistema de saúde. Destacamos o Pacto pela Saúde de 2006. Marcado pelo intenso debate e negociação envolvendo os três níveis de governo e o Conselho Nacional de Saúde, contempla um contrato de gestão, um acordo de compromissos entre os gestores do SUS, nas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Compromissos que compreendem responsabilidades pela melhoria das condições de saúde e de gestão com pactuação de metas e indicadores que servem de controle, monitoramento e avaliação dos compromissos assumidos. As diretrizes para a gestão do SUS reforçadas neste instrumento são: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. No Pacto pela Saúde a política de recursos humanos é um eixo estruturante para o SUS

e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho; a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente. (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de Fev.2006).

A valorização do trabalhador e a humanização das relações de trabalho também fazem parte das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) como também a ampliação da clínica, a co-gestão e a participação, a defesa dos direitos dos usuários, o acolhimento, a ambiência e o fomento das grupalidades, coletivos e das redes. Criada como política pública do SUS em 2003 tem como princípios metodológicos para incentivar movimentos de mudança dos modelos de atenção e gestão: a) a transversalidade da sua atuação, entendida como aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, perpassando todas as ações e programas da saúde em todos os níveis de gestão; b) a indissociabilidade entre os modos de cuidar e os modos de gestão, c) o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. (BRASIL, Humaniza SUS, 2008).

## 2.2 Gestão na saúde

Na Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, o Gestor é definido como aquele que exerce: *“A atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.”* (BRASIL, NOBSUS 96, 1997, p.8).

Gestor, portanto, segundo a NOB são o ministro, os secretários estaduais e municipais de saúde. Os gerentes, por sua vez, são conceituados como sendo os profissionais que exercem gestão de uma unidade ou órgão de saúde como ambulatório, hospital, instituto, fundação e outros, no seu âmbito de governabilidade.

Gestão é a função de organizar e estruturar a prestação de ações e serviços nos sistemas de Saúde. Traçar diretrizes, planejar, financiar e contratar serviços, estruturar os processos de trabalho, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações (...) articular com os diversos atores sociais: movimentos sociais, corporações, associações profissionais e instâncias de controle social. Neste sentido, a gestão em saúde é mais do que uma função administrativa, é também política (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 135)

As atividades acima relacionadas condizem com as atribuições daqueles que ocupam os lugares de poderes constituídos nas arenas institucionais e formais de governo como os gestores e os gerentes. Mas entendemos que a gestão dos processos de trabalho nos serviços

de saúde não pode ser reduzida a sua dimensão administrativa separada das práticas de cuidado, pois são ações complementares com dupla interferência que *“altera tanto as práticas de cuidado a partir da problematização do seu processo de trabalho, quanto modifica os modelos de gestão”*. (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 494).

A gestão deve considerar a existência e os interesses do conjunto de indivíduos e grupos que atuam nos serviços de saúde. Gerentes, usuários e trabalhadores com diferentes poderes se relacionam como atores em disputas, encontros e acordos. A função de gestão amplia-se neste cenário, pois além das atividades técnicas há necessidade de manejo nas relações de conflito e posturas de escuta que favoreça contratos entre os atores possibilitando objetivos comuns. A ampliação da concepção de gestão se dá, mais uma vez, à medida que acreditamos não ser esta apenas uma atividade do gerente, mas também de certa forma dos trabalhadores e dos usuários à medida que estes detêm *“governabilidade sobre certos processos, marcando com sua capacidade de governo o modo como se faz a gestão das práticas institucionais e técnicas”* (MEHRY *et al.*, 2007, p.16).

### 2.3 Gestão hospitalar

As Unidades de Saúde Hospitalares, e aqui se incluem as Maternidades, são consideradas complexas e de difícil gerenciamento. Os serviços são diversificados nas áreas assistenciais e de apoio necessitando de um trabalho integrado, com visão sistêmica. Gerenciar uma farmácia, um restaurante, uma lavanderia, uma oficina de manutenção, um laboratório, um centro diagnóstico de imagem e inúmeras outras unidades de apoio com complexidades variáveis já é um grande desafio administrativo. Soma-se a estas, as Unidades Assistenciais, aquelas que dão o significado a existência do Hospital por cuidar diretamente do usuário. Há nestas áreas uma extensa divisão de trabalho e complexidade com alto grau de profissionalização. Quando a instituição amplia seus objetivos com Ensino e Pesquisa o gerenciamento torna-se ainda mais desafiante. (GONÇALVES, 2007).

As mudanças, nos últimos anos, do perfil epidemiológico e demográfico, o aumento da complexidade de serviços que exigem maior tecnologia e medicamentos de última geração, a dificuldade de realizar a integralidade do cuidado através do trabalho interdisciplinar, e o custo cada vez mais elevado das unidades hospitalares, aumentam o desafio na gestão.

Existe um consenso em relação à necessidade do aprimoramento da gestão, da organização e do modo de funcionamento dos hospitais brasileiros, porém há uma variedade de caminhos sugeridos. O primeiro, que representa a maioria das experiências de gestão



hospitalar atualmente em vigor, considerado como pensamento gerencial hegemônico, enfatiza a racionalidade instrumental das práticas com mecanismos mais poderosos de controle dos processos de trabalho, incentiva a terceirização de algumas atividades, a avaliação de resultados, a implantação de protocolos e rotinas além de adotarem mecanismos de gestão com base na acreditação hospitalar. (AZEVEDO, *et al*, 2010).

Vem crescendo, nestes últimos anos, a opinião de profissionais e gestores da área da saúde de que o gerenciamento de um hospital, devido as suas características e complexidades, deve ser profissionalizado e ser balizado por teorias, metodologias e técnicas administrativas. Estas compreendem desde o uso de ferramentas e de sistemas de informação gerenciais provenientes da área empresarial como a abordagem da qualidade total, a reengenharia, o planejamento estratégico e operacional como também a instauração dos contratos de gestão. (BRAGA NETO, 2008).

As ferramentas administrativas mais freqüentemente utilizadas no cotidiano da gestão hospitalar com a finalidade de qualificar os processos de trabalho são, por exemplo: o ciclo do PDCA (planejar, desenvolver, controlar e avaliar); o gerenciamento de riscos; os métodos de análise e solução de problemas (gráfico de Pareto, diagrama de causa e efeito, estratificação, diagrama de dispersão e outros); sistema de medição com indicadores alinhados capazes de subsidiarem as tomadas de decisões gerenciais e controle das não conformidades. (NOGUEIRA, 2003).

O Ministério da Saúde, nos últimos anos, tem valorizado como instrumento de gestão a avaliação e o monitoramento dos serviços de saúde. A Acreditação Hospitalar é um dos processos mais antigos e difundidos internacionalmente de avaliação externa integral que parte da premissa de que os serviços de saúde devem ser locais seguros tanto para os profissionais quanto para os usuários. Comparam o serviço avaliado com padrões pré estabelecidos de desempenho voltados para os processos de cuidado ao paciente e gestão. Os critérios foram estruturados a partir das considerações realizadas, em 1970, por Avedis Donabedian, pediatra armênio que defendia a teoria dos sistemas, criou indicadores de estrutura, processos e resultado do atendimento hospitalar, e publicou sobre a qualidade nos serviços de saúde. A prática do gerenciamento de risco, o trabalho das comissões de controle de infecção hospitalar e a metodologia da gestão da qualidade em saúde também influenciaram nos critérios da Acreditação. (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A segunda tendência vem desenvolvendo novas experiências de gestão e assistência dos serviços de saúde para a:

modernização gerencial do hospital em uma perspectiva mais dialógica e comunicativa, apoiada na mobilização dos coletivos de trabalho em torno de um projeto de qualificação da assistência(..) valorizando os aspectos microssociais e dimensão relacional/ intersubjetiva da problemática da gestão e da produção do cuidado em saúde. (AZEVEDO *et al*, 2010, p. 100)

Autores como Campos (2003, 2007), Mehry (1997, 2007), Cecílio (2003) e Onocko Campos (2003) reconhecem que o pensamento gerencial hegemônico com sua racionalidade instrumental apresenta dificuldades e limites para dar conta dos complexos desafios da gerencia hospitalar principalmente por tentar controlar o trabalho em saúde com métodos disciplinares não considerando as questões subjetivas que ocorrem no trabalho em saúde. Pois, este, diferentemente de muitos outros tipos de trabalho, se estabelece a partir da interação entre pessoas, no “*espaço de relação que se produz no encontro de sujeitos*” (MERHY, 1997, p. 132).

É um terreno do trabalho vivo em saúde, isto é, onde predominam as tecnologias leves, as relacionais em detrimento das tecnologias duras, dos equipamentos ou leves/duras dos saberes estruturados. (MERHY, 2007). Nestes espaços de interação, o profissional de saúde detém um grau de autonomia onde o gerenciamento disciplinar não tem sido capaz de controlar. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse dos usuários.

Estes autores preocupam-se com a integralidade do cuidado e com uma concepção mais ampliada da clínica e consideram os sujeitos como centrais no processo de produção do cuidado como também de gestão. A questão da autonomia dos trabalhadores, o investimento na sua capacidade criativa e na adesão às propostas de melhoria são para eles o problema central da gestão.

Essa concepção sugerida se propõe a realizar uma reformulação ,uma reconstrução ampliada do modelo biomédico, trazendo para a prática clínica saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, do Planejamento e da Gestão, e das Ciências Sociais e Políticas. (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.578).

Nesta perspectiva defendem um pensamento de gestão em saúde e planejamento que tem como modelo assistencial o que denominaram “Em defesa de Vida” utilizando dispositivos como a linha de cuidado que valoriza a integração do hospital na rede de assistência e aprimora a integralidade do cuidado como também a clínica ampliada com as equipes de referencia e de matriciamento elaborando projetos terapêuticos interdisciplinares. O modelo de gestão estratégica proposto é pautado na gestão colegiada em todos os níveis de

serviços com o conceito da co-gestão ampliando a capacidade dos trabalhadores, usuários e gestores de instituírem compromissos e atuarem na micro e macropolítica existentes na complexa tarefa de gerenciar o hospital. (AZEVEDO, *et al*, 2010).

No entanto, diante dos inúmeros desafios da realidade político-institucional das unidades hospitalares, os gerentes, na tentativa de implantar mudanças que qualifiquem a assistência e da gestão dos serviços, utilizam de estratégias, ferramentas, dispositivos originários das mais diversas abordagens teóricas – conceituais. A experiência de gestão da autora autoriza a dizer que é possível e muitas vezes compatível utilizar desta multiplicidade de abordagens e tecnologias administrativas dependendo das necessidades e das características dos desafios encontrados, contanto que estejam imersos em um contexto da gestão participativa com ênfase na valorização dos sujeitos envolvidos.

O potencial de mudança de cada experiência não apenas se apóia nas características teórico – metodológicas das propostas que a inspiram, mas principalmente depende da capacidade de mobilização subjetiva e de construção coletiva de projetos para a organização. (AZEVEDO *et al*, 2010, p. 112)

#### **2.4 Gestão e assistência entrelaçadas, segundo a proposta de Campos**

CAMPOS (2007) propõe a organização de um sistema de gestão que possa produzir saúde, sujeitos e coletivos. Sujeito aqui entendido como aquele capaz de descobrir os significados, criar sentidos e elaborar conceitos e ideias, sendo capaz de atuar no mundo de maneira ativa e reflexiva. (CHAUI, 1994). Com este objetivo desenvolveu um método que denominou de *Método Paidéia*.

Paidéia é um conceito da Grécia Clássica, que significa formação integral do ser humano. O Método Paidéia sugere reorganizar as práticas de saúde, sejam elas assistenciais, de apoio ou gerenciais, visando o fortalecimento dos sujeitos envolvidos, isto é, voltadas para ampliar a capacidade das pessoas de análise e de compreensão da realidade, aumentando a autonomia na gestão das suas próprias vidas e das instituições onde atuam. Capacidade de análise entendida como análise do contexto, análise dos próprios interesses e desejos e análise das propostas de intervenção. Análise para possibilitar maior iniciativa, interferência e atuação no mundo, seja por meio da política, da gestão de organizações ou do cuidado com a própria saúde. (CAMPOS, 2003). Assim, o Método Paidéia utiliza do conceito grego de *Práxis*, “*Atuar segundo finalidades, construindo o sentido e o significado para a ação, agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto*” (CAMPOS, 2003 apud CHAUI, 2002, p. 41).

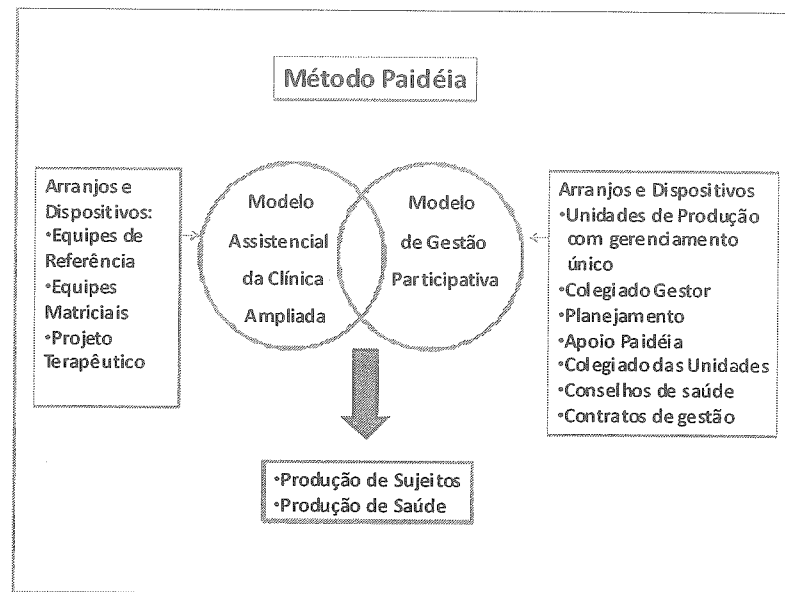


Figura 1- Método Paidéia

Fonte: Elaborado pela autora, das propostas de Campos

No cotidiano das práticas assistenciais exercidas pela maioria dos profissionais e instituições podemos observar: a redução do objeto de estudo e trabalho clínico com enfoque na doença e no aspecto biológico em detrimento das dimensões subjetivas e sociais das pessoas; a fragmentação na abordagem destes aspectos em diversas especialidades e categorias; a excessiva ênfase na cura e pouca importância na promoção, prevenção e reabilitação; a alienação, e baixo compromisso e responsabilização do profissional e da instituição em relação às pessoas que dependem de seus serviços; a existência de instituições em que o interesse econômico sobrepõe ao do paciente; a fixação nos procedimentos técnicos padronizados e o desinteresse e dificuldade para escutar as queixas dos usuários. (CAMPOS 2003).

Campos propõe uma clínica centrada no sujeito, na pessoa, com todas as suas dimensões, complexidades e contextos, considerando a doença como parte deste sujeito portador de uma enfermidade. *“Em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida”* (CAMPOS, 2007).

Clínica aqui entendida, no seu conceito amplo conforme Mehry (2007), como um espaço onde se opera o “trabalho vivo em ato”, ligado ao campo das relações e do vínculo. Como também de Campos (2003) que defende a ideia de que o vínculo, a responsabilização e o acolhimento fazem parte do arsenal terapêutico, portanto da clínica. Neste sentido, todos os trabalhadores de saúde fazem clínica.

A abordagem clínica se amplia quando se considera a integração dos aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais do sujeito; quando se valoriza a promoção, prevenção, reabilitação além dos cuidados curativos e paliativos; ao incentivar a educação permanente dos trabalhadores além e inclusive do conhecimento técnico; ao estimular o protagonismo, isto é, o autocuidado, se valendo da partilha de conhecimentos entre as equipes e os pacientes individualmente ou em grupo, estimulando posturas saudáveis. Portanto as diretrizes da Clínica Ampliada são o acolhimento, o vínculo, protagonismo, responsabilização, trabalho em equipe, integralidade do cuidado e a resolubilidade. (MASSUDA; CAMPOS, 2010).

Para implantar um modelo assistencial capaz de alcançar as diretrizes da Clínica Ampliada, alguns arranjos institucionais e dispositivos foram propostos: *a equipe de referência*, formada pelo médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, responsáveis pelo cuidado integral de um número de pacientes possibilitando a criação de vínculo, de responsabilização e ampliação da clínica; *a equipe matricial*, multiprofissional que realiza apoio especializado e transversal à equipe de referência; *o projeto terapêutico*, um plano de cuidado elaborado pela equipe de referência e pela equipe matricial, capaz de abordar os diversos aspectos propostos da clínica ampliada ao se planejar o cuidado interdisciplinar. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Como se observa na Figura 1, o método Paidéia inclui a implantação da democracia institucional. (CAMPOS, 2007). O modelo de gestão entrelaçado ao modelo de cuidado gerando espaços de escuta, de troca de informações, de planejamentos, de discussões e de decisões. Participação coletiva possibilitando o empoderamento, isto é, poder compartilhado entre “*os indivíduos e nos coletivos, quando eles põem em ação, de maneira consciente, seus recursos de interpretação e se apropriam de sua experiência.*” (BRASIL, 2005).

Espaços coletivos, espaços organizacionais concretos como: no *colegiado gestor* onde participam os gerentes das Unidades de Produção e diretoria do Hospital; *colegiados das Unidades* que contam com a participação dos representantes dos trabalhadores das Unidades também membros das equipes de referência ou de apoio matricial, conselhos, comissões e vários outros grupos de trabalho. É um incentivo à “grupalidade” no cotidiano do trabalho. Nesses espaços expressam-se desejos, interesses e posições, neles facilita-se o desenvolvimento integral dos sujeitos envolvidos e se estimulam o compromisso e a responsabilização pelos processos de trabalho e seus resultados. Incentivam-se aí a motivação do trabalhador, a criatividade e o sentimento de pertencimento.

Sujeitos se produzem por um plano complexo de forças, tanto internas como externas a eles, como de forças estruturadas e não estruturadas; subjetividade a partir de um conceito mais transversalizado, permite compreender que os modos de experimentar a existência podem ser constantemente reinventados; gestão, para além de manter a organização funcionando, pode se prestar a produzir sujeitos mais livres e, ao mesmo tempo, mais comprometidos com os interesses dos outros. (PASCHE, 2003, p.264).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a experiência de gestão da Maternidade Pública de Betim no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever a experiência de gestão da MPMB no período de 2009 a 2011;
- Analisar se os recursos dispensados e as atividades realizadas alcançaram os objetivos propostos, para este período de análise, ou demonstraram tendências para alcançá-los sendo adequadamente conduzidos, considerando o Modelo de Gestão Participativo, as Práticas de Atenção a Saúde, e o Fortalecimento dos Sujeitos envolvidos.

## 4 METODOLOGIA

Este trabalho realizou um estudo de caso utilizando a pesquisa avaliativa com métodos quantitativos. A escolha da metodologia recaiu sobre o estudo de caso, pois o presente estudo pretende investigar e entender um fenômeno contemporâneo, com profundidade, considerando suas condições contextuais. (YIN, 2010).

Justifica-se a escolha de um estudo de caso único quando ele representa um caso crítico, preenchendo todas as condições para o teste de uma teoria podendo confirmar suas proposições, desafiar ou ampliar esta teoria contribuindo para a formação do conhecimento. Outras justificativas para escolha de um caso único são quando ele representa um caso extremo, raro que merece ser documentado e analisado; quando é considerado um caso típico de um universo ou contexto escolhido para o foco do estudo, quando for considerado um caso revelador que possibilita observar um fenômeno anteriormente inacessível aos cientistas ou quando for um caso longitudinal, estudado em dois ou mais pontos diferentes no tempo. (YIN 2010).

A experiência de Gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim foi escolhida como um estudo de caso único por apresentar características de um caso crítico. Esta gestão se propôs a alcançar objetivos que traduzem para a prática cotidiana as proposições consonantes com a teoria defendida por CAMPOS (2007), de que a gestão de uma unidade de saúde é uma tarefa coletiva que deve ter como objetivos a produção de saúde através da prestação de serviços qualificados, a produção de sujeitos e produção de coletivos, conforme discutido no item do referencial teórico deste trabalho. Sendo assim a avaliação desta experiência permitiu um confronto com a teoria, possibilitando contribuir para formação do conhecimento.

O estudo de caso tem um lugar de destaque na pesquisa avaliativa por possibilitar: descrever uma intervenção em seu contexto, particularmente útil quando se deseja realizar uma análise da implantação; ilustrar tópicos em uma avaliação; explicar vínculos causais das intervenções ou explorar situações em que a intervenção avaliada não possui um único conjunto de resultado. (HARTZ, 2002).

Avaliar uma intervenção significa medir, classificar, comparar os resultados com os critérios estabelecidos, fazer análise crítica ou fazer um julgamento de valor a respeito da intervenção ou de parte de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisões.

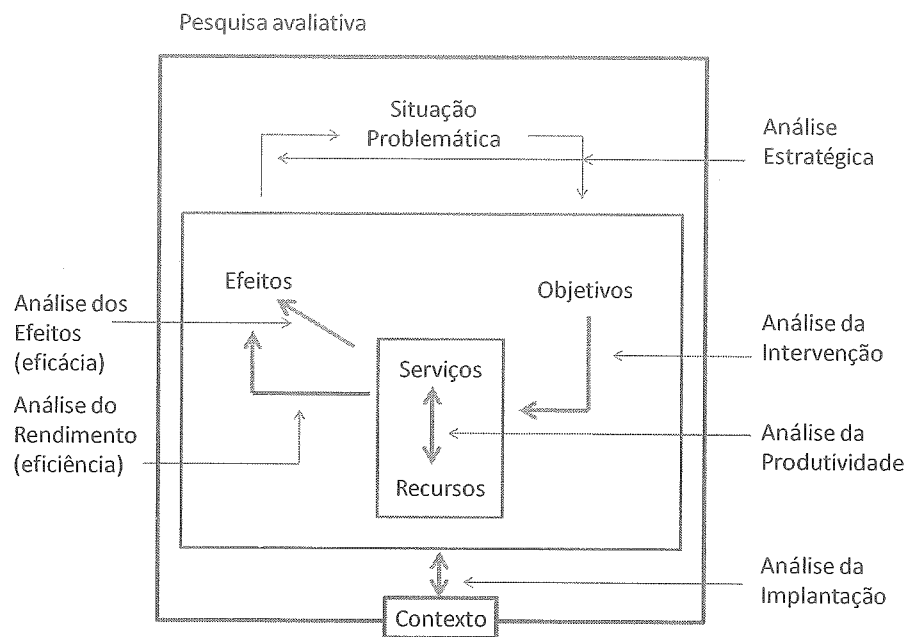


Poderemos neste caso observar dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. (HARTZ, 2002).

A avaliação normativa deve fazer parte do processo cotidiano de uma gestão administrativa para acompanhamento e controle das atividades programadas de uma instituição. A avaliação normativa compara as estruturas (recursos necessários), processos (conjunto de atividades que compõem os serviços e os bens produzidos) e resultados de uma intervenção com padrões pré-estabelecidos, com critérios, indicadores e normas desejáveis. As avaliações realizadas para a Acreditação de Serviços de Saúde também utilizam esta metodologia de avaliação. (HARTZ, 2002; VASCONCELOS, 2009).

A pesquisa avaliativa é um procedimento que utiliza de métodos científicos para fazer um julgamento de uma intervenção, analisa os fundamentos teóricos, a pertinência, o seu contexto e a relação existente entre os diversos componentes de uma intervenção. Ela combina elementos da ação normativa com elementos da pesquisa científica. (HARTZ, 2002; VASCONCELOS, 2009 e MINAYO, 2010).

Uma pesquisa avaliativa, conforme HARTZ (2002) pode ser decomposta em seis tipos de análise: a estratégica, que analisa a pertinência e a adequação da estratégia da intervenção à situação problemática; da intervenção, que avalia se os recursos e as ações planejadas foram capazes de atingir os objetivos propostos; da produtividade, que analisa a quantidade de serviços produzidos em relação aos recursos disponíveis; da implantação, que especifica e analisa o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção; do rendimento, que analisa o custo benefício e o custo efetividade e por fim a análise dos efeitos que avalia os resultados, portanto a eficácia da intervenção avaliada. (Figura 2). A pesquisa avaliativa poderá abordar uma ou várias destas análises dependendo dos objetivos levantados pela pesquisa. (HARTZ, 2002; MINAYO, 2010).



**Figura 2 - Pesquisa Avaliativa**

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de HARTZ (2002).

Este trabalho pretendeu, com a pesquisa avaliativa (MINAYO, 2010), realizar análise da intervenção e dos efeitos da experiência de gestão da Maternidade. Isto é, pretendeu-se: avaliar se os recursos e as atividades realizadas alcançaram seus objetivos planejados ou demonstraram tendências para alcançá-los sendo adequadamente conduzidos, avaliar os resultados da gestão considerando a qualidade das práticas de atenção a saúde, a produção de sujeitos e de coletivo e analisar os principais desafios encontrados pela gerencia e as estratégias utilizadas para supera-los.

*“Um ponto forte da coleta de dados do estudo de caso é a oportunidade de usar diferentes fontes de evidência”*. (YIN 2010). Entender um fenômeno com profundidade pressupõe uma investigação e análise de múltiplas variáveis de interesse sendo necessário, portanto que se utilizem várias fontes de evidência e de dados.

Este trabalho se utilizou da abordagem da avaliação qualitativa por levar em conta o ponto de vista e o entendimento dos sujeitos envolvidos nas intervenções sociais avaliadas. Foram utilizados a pesquisa documental e os grupos focais.

Relatórios de gestão, relatórios do planejamento estratégico, boletins estatísticos e atas de reuniões dos colegiados, comissões e grupos de trabalhos foram alguns vinte e sete (27) documentos utilizados na Pesquisa Documental. *“Considera-se documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação”*. (MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002, p.169) e *“devem ser vistos como uma forma de*

*contextualização da informação e analisados como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos” (FLICK, 2009, p. 234).*

Os grupos focais partem de uma perspectiva do Interacionismo Simbólico. Os pressupostos básicos desta abordagem são:

A de que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles (...), que o significado destas coisas origina-se na, ou resulta da, interação social que uma pessoa tem com as demais e que estes significados são controlados em um processo interpretativo e modificados através desse processo, que é utilizado pela pessoa para lidar com as coisas com as quais se depara. (FLICK, 2009 apud BLUMER 1969, p.2)

Este estudo analisou as diferentes maneiras pelas quais os sujeitos envolvidos revestiram de significado e formaram seus pontos de vista em relação aos vários aspectos da experiência de gestão da Maternidade. Foram organizados quatro grupos focais com dez participantes. Dois grupos formados por trabalhadores das diversas categorias profissionais, um grupo por trabalhadores que participavam do Colegiado Ampliado e por último um grupo de gerentes da maternidade integrantes do Colegiado Gestor. Para cada grupo foi programado um encontro com duração média de uma hora e trinta minutos, quando forma atingidos a “saturação teórica” necessária.

O critério para a avaliação sobre quando interromper a amostragem de diferentes grupos pertencentes a uma categoria é a saturação teórica da categoria. A saturação significa que não estão sendo encontrados dados adicionais por meio dos quais o sociólogo possa desenvolver as propriedades da categoria. (FLICK, 2009 apud GLASER; STRAUSS, 1967, p.61).

A escolha dos participantes não se baseou nos critérios da representatividade, com as técnicas usuais de amostragem estatísticas, mas sim com critérios significativos de acordo com a relevância dos casos, considerando a capacidade do indivíduo de participar e contribuir com o conteúdo da discussão, capazes de dar significado ao objeto de estudo e disponibilidade de tempo para a participação. (FLICK, 2009).

Os grupos tiveram um coordenador que utilizou como base um roteiro para facilitar a discussão contribuindo para que os participantes pudessem relatar suas experiências e opiniões além de ter garantido que todos os tópicos fossem contemplados. (APÊNDICES A e B) A mestrandia, por ter sido a diretora da instituição pesquisada, não participou dos grupos focais. As reuniões foram gravadas e as falas transcritas integralmente. Posteriormente foram realizadas leituras exaustivas, divididos os conteúdos por categorias e subcategorias,

analíticas e empíricas. A seguir foram feitas análises das falas, elaboração das ideias centrais, avaliando e comparando as falas dos participantes dos grupos diferentes. Estas análises interpretativas tiveram como base os pressupostos da técnica da Hermenêutica Dialética que possibilita interpretar os dados buscando a lógica interna dos fatos e dos relatos, situando-os no contexto dos atores e articulando-os com os objetivos do estudo e com a base teórica adotada (MINAYO, 2008).

## 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela banca avaliadora do processo de qualificação e posteriormente pela comissão julgadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), conforme determinado pela Resolução nº 196/1996, do CNS (BRASIL, 1996). Após a aprovação teve início a pesquisa de campo proposta por este trabalho. Primeiramente os objetivos da pesquisa foram apresentados às pessoas envolvidas como também foram comunicados os direitos e deveres dos participantes: caráter voluntário; garantia de anonimato; garantia de que não trará qualquer prejuízo ao indivíduo ou aos seus familiares e direito em abandonar a pesquisa caso sinta necessário conforme definição do CNS (BRASIL, 1996). Os dados foram coletados após a assinatura do participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (APÊNDICE C)

## 6 RELATO DA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO DA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM

### 6.1 O Município de Betim

Betim possui uma extensão territorial de 346 km<sup>2</sup>, uma população de 378.089 habitantes e localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, distante 30km da capital mineira. No auge do ciclo do ouro, a região fez parte de uma importante rota de bandeirantes que vinham de São Paulo, tornando-se passagem e pousada de tropeiros. Em consequência do desenvolvimento local Betim se tornou município no ano de 1938. (IBGE, 2010).

Na década de 40, instalaram-se as primeiras indústrias, ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional. Por sua oferta privilegiada de infra-estrutura, passou a ser um pólo de atração de indústrias. Além de pólo petroquímico, com a inauguração em 1968 da Refinaria Gabriel Passos, empresa subsidiária da Petrobrás e automotivo, com a instalação da Fiat Automóveis, uma das maiores montadoras do País inaugurada em 1976, a cidade também abriga importantes indústrias nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica e logística. (BETIM, 2009).

Concomitante ao gradual crescimento econômico houve um abrupto crescimento populacional nos anos 80 como também entre o período de 1991 a 2000 que atingiu uma taxa média anual de 5,46% e na última década quando se observou um crescimento populacional de 44,04 %. (BRASIL, DATASUS, 2009). Este crescimento além de intenso, devido principalmente ao êxodo de populações rurais despreparadas e desqualificadas para o trabalho que a indústria emergente necessitava, foi desordenado gerando inúmeras ocupações ilegais do território, surgindo grandes aglomerados habitacionais com ausência de benfeitorias urbanas públicas.

Apesar de considerável arrecadação, os governos municipais tem se deparado com o grande desafio de melhorar as condições de vida da população. Em 2000, o Índice de Esperança de Vida ao Nascer em Betim era de 71,76 anos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,77 e o Índice de Exclusão Social de 0,51. Em 2003 o Índice de Analfabetismo foi de 21.43 % e em 2005 o Grau de Urbanização era de 97.3%. (BETIM, 2009).

Conforme o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, o Estado de Minas Gerais é dividido em 13 Macrorregiões e 75

Microrregiões. A Microrregião de Betim pertence à Macrorregião Centro, cujo pólo é o Município de Belo Horizonte. A Microrregião de Betim é composta por 13 (treze) Municípios que em seu conjunto totalizam 624.062 habitantes, sendo Betim o município sede com 61% da população da Microrregião e onde concentra a maior Rede de Serviços de Saúde.

Em 1998 Betim aderiu à Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOB-SUS/96 e em 2004 conforme a NOAS 01/02. A adesão ao Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, com a Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde foi estabelecida no ano de 2006. (BETIM, 2010).

- Ao avaliar os dados epidemiológicos do município pode-se observar que em 2009 as Doenças do Aparelho Circulatório são o principal grupo de causa de mortalidade da população geral, com 22,9% das causas de morte seguidas de perto pelas causas externas com 20,2% e logo após pelas doenças neoplásicas com 13,1%. (BRASIL, DATASUS, 2009). A mortalidade infantil vem decaindo no país, mas em Betim a curva descendente é acentuada em todos os três componentes do indicador. Em 1996 o Índice de Mortalidade Infantil era de 29,5 por mil nascidos vivos, portanto maior que a média nacional, no ano de 2010 chega a 8,8 compatível com os índices dos países desenvolvidos. (INDICADORES..., 2010).

No Município, o número de nascidos vivos vem mantendo-se quantitativamente estável entre 2008 a 2010, variando em torno de 5.800 nascidos vivos no ano. A taxa de fecundidade total em 2010 foi de 1,7. Cem por cento dos partos são hospitalares. A proporção de partos cesariana no hospital particular do Município mantém-se em torno de 65% e nas Maternidades Públicas estes valores foram bem menores com a média de 32% em 2009. A proporção de mães adolescentes foi de 15,1% em relação aos nascidos vivos em 2010. A Taxa de Mortalidade Materna neste mesmo ano foi de 16,9 por 100 mil nascidos vivos. No Pré natal 76,4% das gestantes tiveram mais de 7 consultas e 94,6% tiveram mais de 4 consultas no ano de 2010. Nascidos vivos com menos de 2500 gramas atingiu índice em 2010 de 9,6 %. (INDICADORES..., 2010b).

A Secretaria Municipal de Saúde de Betim, em 2009, organizou sua estrutura de gestão a partir de dois grandes pilares: a) Eixo estruturante da atenção à saúde através da organização da rede de serviços assistenciais, das ações de vigilância à saúde, de promoção da saúde e da regulação do sistema de acesso e integração das ações em toda rede de serviços. A gestão destas atividades no município é coordenada pela Superintendência da Assistência a Saúde e da Superintendência da Vigilância em Saúde. b) Eixo estruturante da gestão do sistema através das Superintendências do Planejamento em Saúde, da Administração em Saúde, da Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde e da Gestão Estratégica e Participativa

do SUS Betim. A Secretária Municipal de Saúde, além das funções executivas, coordena o Colegiado de Direção Estratégica composto pelos superintendentes e assessores da secretaria. (BETIM, 2010).

A rede assistencial do SUS Betim é estruturada de forma integrada e hierarquizada e compõe-se de trinta e três Unidades de Atenção Básica, treze Unidades de Atenção Especializada, quatro Unidades de Atendimento Imediato UAI/UPAS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dois Hospitais Gerais, uma Maternidade, uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, um Centro de Atenção Hemoterápico, quatro Centros de Atenção Psicossocial, nove Ambulatórios de Consultas Especializadas, uma unidade de Vigilância em Saúde além das Unidades de Apoio ao Diagnóstico e às Terapias (BETIM, 2010).

## **6.2 A Maternidade municipal**

A Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB) Haideé Espejo Conroy é uma instituição pública de administração direta, portanto com regime jurídico de direito público, foi inaugurada dia 8 de maio, dia das mães, do ano de 1994 como a primeira unidade hospitalar da Rede SUS/Betim, destinada ao atendimento do parto de risco habitual. Está localizada no bairro Teresópolis, um dos maiores aglomerados populacionais urbanos de Minas Gerais com 54.591 habitantes em situação de alto risco social e vulnerabilidade pela atuação do crime organizado e do tráfico de drogas. (IBGE, 2010).

O esforço dos gestores, gerentes e trabalhadores da Maternidade para o aprimoramento e qualificação da assistência resultou na conquista, em 1998, do Título de Hospital Amigo da Criança entregue pela UNICEF e Ministério da Saúde devido a comprovada atuação da Maternidade no incentivo ao aleitamento materno, em 2004, o Título de Maternidade Segura entregue pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais por realizar com eficiência os pré-requisitos necessários para assistência obstétrica e neonatal segura e de qualidade e, em 2002, o Prêmio Galba de Araújo – região sudeste, entregue pelo Ministério da Saúde a experiências exitosas que realizam a humanização do parto/nascimento.

O espaço físico da Maternidade foi especialmente projetado para este fim. A construção é moderna e a pintura atual leva cores suaves e variadas o que propicia um ambiente acolhedor, confortável e visualmente agradável. A recepção é ampla, são dois os consultórios disponíveis para o primeiro atendimento e um consultório de egressos. No Bloco obstétrico são três salas de cirurgia/parto/curetagem e uma sala de observação pós-anestésica.



A Maternidade conta com cinquenta e cinco leitos que são assim distribuídos: cinco de pré-parto, trinta e dois leitos de alojamento conjunto, dezesseis de berçário de cuidados especiais e dois de enfermaria Canguru. Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico consistem de ultra-sonografia, eco cardiograma neonatal, cardiotocografia, raios-X, laboratório de urgência, suporte hemoterápico (HEMOMINAS BETIM), lactário, farmácia, “testes da orelhinha, do olho e do pezinho”, serviço de imunização, avaliação oftalmológica e cardiológica neonatal, serviço de nutrição e dietas, serviço de controle da infecção hospitalar, serviço de assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia. Os serviços de suporte são a rouparia, o almoxarifado, a manutenção com a central de equipamentos, a central de materiais esterilizados, serviço de prontuário do paciente, serviço de bioestatística e faturamento, serviço de higienização, setor de gestão do trabalho e o núcleo de educação e pesquisa.

De abrangência Microrregional, a Maternidade Municipal de Betim (MPMB) é responsável, juntamente com a Maternidade de alto risco do Hospital Regional, pelo atendimento às gestantes das 13 cidades vizinhas que compõem a microrregional de Betim.

A média mensal no ano de 2010 foi de 309 internações na MPMB, quando foram realizados 234 partos sendo 70% deles partos normais e 30% de cesariana. Foram 5,1% os partos prematuros, com menos de 36 semanas de gestação e 6,4% dos recém nascidos pesaram menos de 2500 gramas. A taxa de ocupação do alojamento conjunto foi de 73% e a média de permanência de três dias. A faixa etária materna observada em 2010 foi de 19,6% para mulheres com menos de 19 anos, 56% para mulheres com idade entre 20 a 29 anos e 24% com mais de 30 anos. A porcentagem de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de Pré Natal durante a gravidez foi de 69%. (INDICADORES..., 2010b).

### **6.3 A Maternidade no início de 2009**

Ao assumirmos a direção geral da Maternidade em janeiro de 2009 percebemos que não havia tido, ao longo dos últimos anos, investimento efetivo na manutenção predial. As paredes estavam mofadas e descascadas e o telhado apresentava vazamento intenso em vários setores. A rede de esgoto não comportava o volume e refluía principalmente na cozinha. Todas as instalações sanitárias estavam em péssimas condições. A rede elétrica apresentava problemas de funcionamento e não havia extintores como hidrômetros para proteção contra incêndios. Era necessário realizar uma ampliação geral nas instalações. Faltava espaço para o trabalho e eram pequenos os locais existentes. Devido a inúmeras irregularidades a Maternidade não possuía na época o Alvará Sanitário de Funcionamento.

Os instrumentais eram antigos, alguns já inutilizados, mas a maioria em uso devido à impossibilidade de reposição. Os equipamentos estavam obsoletos, outros sem condições de manutenção corretiva. Os equipamentos de informática eram escassos, ultrapassados e lentos e existiam apenas dois pontos de acesso a internet em funcionamento.

Quanto à organização dos processos de trabalho, que em tempos anteriores foi um dos principais fatores que possibilitou o reconhecimento da qualidade da assistência através das premiações que a Maternidade conquistou, no início de 2009 estavam muito desorganizados e desatualizados. Faltavam protocolos, rotinas, fluxos e um planejamento de educação permanente para os trabalhadores. A comunicação interna era bem precária. Os murais estavam vazios, os banners e quadros desatualizados, o jornal interno desativado e os dados estatísticos não eram divulgados aos trabalhadores e usuárias nem tão pouco utilizados para nortear as decisões gerenciais.

Em 2009, a Maternidade contava com 263 trabalhadores em seu quadro funcional, a maioria com vínculo efetivo e havia um déficit de 36 funcionários principalmente de técnicos de enfermagem, oficiais administrativos e de alguns profissionais de nível superior.

Desde a inauguração até o final de 2008 o organograma da Maternidade era constituído pela direção geral, administrativa e assistencial que coordenavam o Colegiado Gestor no qual faziam parte os coordenadores das categorias profissionais de nível superior das áreas assistenciais e pelos gerentes das áreas de apoio. Ao longo dos anos, o colegiado teve atribuições e atuações diversas conforme o entendimento dos diretores da instituição e dos gestores municipais sobre o papel e a importância do colegiado. Muitos trabalhadores se queixavam de pouca participação na gestão e reivindicavam representatividade no colegiado. Conforme os livros de Registro de Ata do Colegiado Gestor encontrados, pudemos observar que as reuniões nos anos anteriores ocorriam com periodicidade irregular chegando a até três meses consecutivos sem registro. Não foram observados registros de qualquer tipo de planejamentos institucional neste período. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, Livros de Atas, 2008).

#### **6.4 Gestão participativa**

Por acreditar que no trabalho, ao produzirmos bens ou serviço é possível co-produzirmos ao mesmo tempo sujeitos com capacidade de análise e de gestão da própria vida, apostamos, a partir de 2009, em um Modelo de Gestão Participativo capaz de qualificar a

assistência e de possibilitar a valorização dos sujeitos envolvidos, sejam eles trabalhadores, usuário ou gestores.

(...) a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o Sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Tem potencial pedagógico e terapêutico, portanto. Seja para criar dependência e impotência, seja para co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão das pessoas (CAMPOS, 2003, p.15).

Optamos por um Modelo de Gestão por Linhas de Cuidado entendendo que a integralidade deste cuidado transversaliza todo o sistema. O gerente da linha de cuidado deve organizar e se responsabilizar pelo trabalho de assistência desde a entrada do usuário até a sua saída. Deve também cuidar da interligação da assistência realizada dentro da maternidade com a assistência realizada fora da maternidade, na rede de assistência do SUS Betim, considerando que a Maternidade é apenas uma “estação” da linha de cuidado. (CECÍLIO; MERHY, 2003). Como podemos observar na Figura 3, implantamos duas linhas de cuidado e quatro linhas de apoio como descritas detalhadamente a seguir.

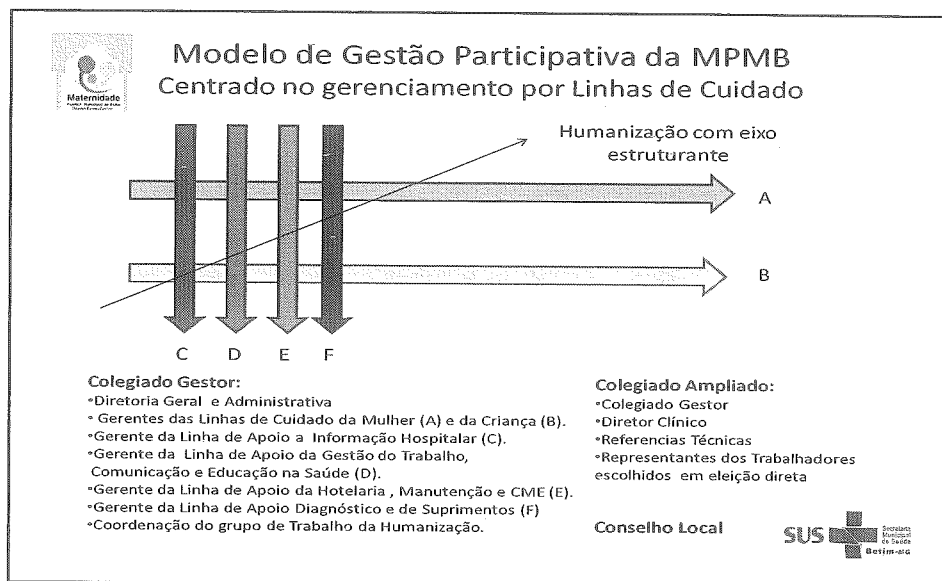


Figura 3 - Modelo de gestão participativa da MPMB.  
Fonte: CECÍLIO; MERHY, 2003.

Linha de Cuidado da Mulher (**LINHA A**) tem como gerentes, um obstetra e uma enfermeira. Todo cuidado à Mulher, que se inicia na admissão até a sua alta hospitalar, incluindo as atividades de todos os profissionais que atuam nesta linha de cuidado, está sob a responsabilidade desta gerência, contribuindo para a integralidade das ações e incentivo ao trabalho em equipe. Os profissionais de outras categorias e especialidades coordenados pela gerência desta linha são os seguintes: enfermagem (técnico e superior), obstetras plantonistas,

diaristas e ultrassonografistas, anestesistas, doulas, assistentes sociais, psicólogos, estagiários e administrativos da área. Os profissionais desta linha de cuidado atuam em cinco setores: Admissão, Pré-parto, Bloco Obstétrico, Alojamento Conjunto e Ultrassonografia.

A Linha de Cuidado da Criança (**LINHA B**) tem como gerentes uma pediatra e uma enfermeira. Todo cuidado à criança, que se inicia no bloco obstétrico até a sua alta hospitalar, incluindo as atividades de todos os profissionais que atuam nesta linha de cuidado, está sob a responsabilidade desta gerencia: enfermagem (técnico e superior), pediatras plantonistas e diaristas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, cardiologista pediátrico, oftalmologista, estagiários e administrativos da área. Esta linha integra dez setores: Bloco Obstétrico, Alojamento Conjunto, Berçário, Follow Up, Enfermaria Mãe Canguru, Vacina, Lactário, “Teste da Orelinha” e Raio X.

Os gerentes das linhas A e B atuam no seu âmbito de governabilidade, implementando projetos e ações previamente discutidos com a diretoria e colegiado gestor, incluindo a coordenação da Comissão local de Prevenção da mortalidade materno infantil, a Comissão de Aleitamento Materno, a Comissão do Prontuário, Comissão de Controle a Infecção Hospitalar assim como participação nos Comitês Municipais afins.

A Linha de Apoio da Informação Hospitalar (**LINHA C**) abrange os setores que geram informações: Recepção, Serviço de Prontuário do Paciente, Faturamento, Arquivo e Bioestatística. O gerente é responsável por todos os profissionais envolvidos nestes setores.

Linha de Apoio a Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Comunicação (**LINHA D**) trabalha em consonância com a Superintendência da Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, gerenciando, juntamente com a coordenação, o Núcleo de Educação e Pesquisa e organiza o setor de comunicação incluindo murais, jornais internos, site da Maternidade e outros meios de comunicação.

Linha de Apoio a Hotelaria, Manutenção e CME (**LINHA E**) é gerenciada por uma enfermeira e abrange os seis setores: Serviço de Controle a Infecção Hospitalar, Central de Materiais Esterilizados, Gestão de Resíduo, Lavanderia, Unidade de nutrição e dietética, Higienização e Manutenção.

Linha de Apoio Diagnóstico e Suprimentos (**LINHA F**) é gerenciado por um farmacêutico alcançando três setores da Farmácia, Almoxarifado e Laboratório.

No Modelo de Gestão proposto as Diretrizes da Política de Humanização do Ministério da Saúde perpassa, influencia e direciona todas as atividades da Maternidade. A Humanização ocupa o centro de um triângulo que estrutura a Gestão Participativa e

Colegiada, Assistência ao Usuário e Valorização do Trabalhador. Entendendo a Política de Humanização como a:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. (BRASIL; MS, Política Nacional de Humanização, 2009).

Para incentivar a transversalidade da humanização nas atividades cotidianas implantamos o Grupo de Trabalho da Humanização cuja coordenação foi eleita por voto direto em 2009 no âmbito do Colegiado Ampliado, fazendo parte integrante como membro do Colegiado Gestor da Maternidade.

O Colegiado Gestor, reorganizado em 2009, realiza reuniões semanais de caráter deliberativo, e é composto pelos seguintes atores (Figura 3): diretora geral, diretora administrativa, gerentes da linha de cuidado, coordenadora do Grupo de trabalho em humanização e gerentes das linhas de Apoio. Este Colegiado gestor assume as seguintes atribuições: a) Acompanhar e cobrar o cumprimento do Plano Diretor da Maternidade; b) Realizar reuniões periódicas (semanais), previamente agendadas, planejadas e registradas em ata; c) Participar dos Cursos de Formação Gerencial; d) Participar como integrante do Colegiado Gestor Ampliado; e) Constituir um espaço permanente de negociação, articulação, possibilitando contratos entre as Linhas de Cuidado e Apoio, visando o contínuo aperfeiçoamento do trabalho da Maternidade; f) Discutir problemas, organizar estratégias para suas soluções e acompanhar sua execução pelas Linhas responsáveis; g) Garantir o funcionamento efetivo do Conselho de Saúde da Maternidade juntamente com a Superintendência de Gestão Participativa e Controle Social. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009).

A ampliação e consolidação da participação democrática dos trabalhadores junto à gestão se colocava como uma condição para uma mudança qualitativa nos processos de trabalho e de cuidado. Iniciamos já em março de 2009 todo o processo de organização e implantação do Colegiado Ampliado da Maternidade com caráter consultivo e deliberativo conforme o Estatuto Interno. Participam do Colegiado Ampliado os 10 membros do Colegiado Gestor, os cinco profissionais que atuam como referências técnicas, os coordenadores das comissões, o diretor clínico e os vinte e sete representantes dos trabalhadores eleitos de cada setor da Maternidade, ocupando 64% das vagas. As reuniões na

sua maioria são quinzenais documentados em ata e lista de presença. Cabe a este colegiado: a) Elaborar e acompanhar o Planejamento Estratégico e Operacional da Maternidade, definindo metas, responsabilidades e cronograma; b) Participar do Curso de Formação Gerencial e de outros cursos que visem o aprimoramento da gestão; c) Discutir problemas, organizar estratégias para suas soluções e acompanhar sua execução. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009a).

O processo de eleição dos representantes dos trabalhadores iniciou com intensa discussão com os funcionários em todos os plantões sobre a importância, a composição, as atribuições e sobre o perfil dos representantes do Colegiado Ampliado. Para cada dez trabalhadores o setor tinha direito de escolher um representante. Após o período de divulgação e debates a escolha dos representantes se deu por eleição direta, sigilosa e por maioria simples dos funcionários de cada setor. A solenidade de posse do Colegiado Ampliado foi no dia 24 de março de 2009, que contou com a presença de trabalhadores da MPMB, lideranças comunitárias, vários superintendentes e da Secretária Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde em 2009 organizou e implantou a Superintendência da Gestão Participativa e Controle Social, que coordenou a organização de duas Conferências Municipais de Saúde (em 2009 e 2011), a eleição do novo Conselho Municipal de Saúde os Conselhos Regionais e os Conselhos Locais de Saúde. O controle social na MPMB atualmente se dá através da presença do acompanhante desde a admissão até a alta da usuária; da participação do acompanhante em diversas atividades; do programa interno “Fala Cidadão” que tem o objetivo de promover um espaço de diálogo e escuta entre trabalhador, usuários e gestores; do trabalho em conjunto do colegiado e a Ouvidoria do SUS Betim e da participação de integrantes do colegiado gestor e de representantes dos trabalhadores no Conselho Regional de Saúde juntamente com representantes dos usuários.

Em março de 2009 iniciamos o Curso/Oficina de Formação Gerencial para os membros do Colegiado Ampliado administrado pela diretora da MPMB com encontros quinzenais. Os principais objetivos do curso foram: aprimorar e homogeneizar os conhecimentos teóricos dos participantes em gestão hospitalar, motivar os alunos para uma participação efetiva no gerenciamento, elaborar coletivamente as principais ferramentas de gestão e aperfeiçoar a organização dos processos de trabalho. Durante os encontros quinzenais foram administradas aulas teóricas com exposições dialogadas e trabalhos em grupo com elaboração coletiva de material em oficinas de trabalho. No intervalo entre estes encontros os participantes realizavam as tarefas de dispersão, quando aplicavam os conhecimentos adquiridos ou colhiam opiniões e propostas do conjunto dos trabalhadores da Maternidade

para subsidiar e enriquecer os trabalhos. Nas Oficinas de Trabalho foram elaborados coletivamente o Planejamento Estratégico, Planejamento Operacional, os Desenhos dos Processos de Trabalho de todos os setores e os Indicadores. Este curso teve duração de um ano e dois meses divididos em seis módulos:

- 1º Módulo - Gestão Participativa e Liderança - Março de 2009;
- 2º Módulo - Planejamento Estratégico - Abril e Maio de 2009;
- 3º Módulo - Planejamento Operacional - Junho a Setembro de 2009;
- 4º Módulo - Gestão de Processos - Outubro a Dezembro de 2009 e Fevereiro a Março de 2010;
- 5º Módulo - Alinhamento de Indicadores - Abril de 2010 e
- 6º Módulo - Ferramentas de gestão - Maio de 2010

Além de alcançar os objetivos propostos, este trabalho possibilitou maior integração e amadurecimento do Colegiado Ampliado. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Gerenciar sem planejar é aparentemente possível quando apenas se administra o cotidiano e planejar permite melhor aproveitamento dos recursos e do tempo para alcançar os objetivos desejados. Conscientes de que o planejamento estratégico possibilita construir a governabilidade e a viabilidade para que o plano possa ser colocado em prática e é também uma arte de relacionar-se com o outro, procurando vencer as resistências e conquistar apoio e colaboração iniciamos o Planejamento Estratégico e Operacional da Maternidade em abril de 2009. (ADRIANO; SANTOS; FERREIRA, 1998).

A Visão, a Missão, os Valores, as Diretrizes, os Objetivos Estratégicos e seus indicadores e o Plano de Ação com as atividades, tarefas, cronogramas e responsáveis, foram elaborados coletivamente pelo Colegiado Ampliado ao longo do Curso de Formação Gerencial e discutidos amplamente com todos os trabalhadores em “rodas de conversa” por plantão. O Planejamento Estratégico foi entregue a Secretária Municipal de Saúde em solenidade no dia 8 de maio de 2009, quando a Maternidade completava 15 anos de existência. (Quadro 2).

A Missão da Maternidade ficou assim estruturada: *“Oferecer assistência hospitalar de qualidade, integral e humanizada a gestante, parturiente e puérpera de risco habitual e ao seu recém-nascido, respeitando os princípios do SUS.”* (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009).

A Visão elaborada: *“Ser reconhecida pelos usuários, funcionários e nacionalmente como uma Maternidade que Valoriza o Trabalhador, realiza Gestão Participativa e*

*possibilita a Família vivenciar uma Experiência Feliz e Segura do Parto/Nascimento*". (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009).

Esta visão norteou a elaboração das seis Diretrizes da Gestão da Maternidade: a) oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social com as diretrizes da Clínica Ampliada; b) valorizar o trabalhador como sujeito possibilitando o diálogo e compartilhamento das idéias e propostas resultando em maior satisfação e realização profissional; c) organizar os processos de trabalho visando à qualidade do atendimento; d) integrar a Maternidade junto com as demais Unidades da Rede de Atenção a Saúde do SUS Betim; e) otimizar os recursos financeiros.

DIRETRIZ	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
1-Oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Implantar Modelo Assistencial que tenha como diretrizes: Acolhimento, vínculo, protagonismo do sujeito, responsabilização, trabalho em equipe, integralidade do cuidado e resolutividade.</li> <li>b) Implementar a comunicação e a educação em saúde para usuários e sua rede social</li> <li>c) Implantar todos os dispositivos da Política Nacional de Humanização ao Usuário</li> <li>d) Reativar os grupos de trabalho de Humanização da MPMB</li> <li>e) Implantar o "Programa alimentação saudável para a usuária"</li> <li>f) Implementar os programas já existentes (Visitação, Nascer Cidadão, Amigo da Criança, Maternidade Segura, Galba Araújo, etc)</li> <li>f) Implantar Ouvidoria Interna na MPMB</li> </ul>
2-Valorizar o Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Melhorar qualidade da alimentação</li> <li>b) Aprimorar a Gestão do Trabalho na Maternidade</li> <li>c) Implementar a comunicação interna e a educação permanente</li> <li>d) Aprimorar a Gestão Participativa</li> <li>e) Implantar um programa de aprimoramento das relações interpessoais entre trabalhadores</li> <li>f) Implantar no Grupo de Trabalho da Humanização, o Grupo de Valorização do Trabalhador</li> <li>g) Aprimorar a segurança externa e interna da Maternidade</li> <li>h) Aprimorar a ambiência no local de trabalho</li> </ul>
3-Organizar os processos de trabalho visando a qualidade do atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Implementar os Protocolos Clínicos</li> <li>b) Implementar os POPs (Procedimento Operacional Padrão) e rotinas</li> <li>c) Elaborar e implantar o Regimento Interno da Maternidade</li> <li>d) Implementar as comissões obrigatórias internas da Maternidade</li> <li>e) Implantar a Metodologia do Sistema de Gestão da Qualidade</li> <li>f) Implantar Gestão de Risco</li> </ul>
4-Integrar efetivamente a Maternidade na rede assistencial de Betim	<ul style="list-style-type: none"> <li>g) Incorporar tecnologias de informação e comunicação em saúde.</li> <li>h) Implantar dispositivos que qualifique a abordagem oferecida pelos trabalhadores na assistência à usuária e seus familiares</li> <li>i) Implementar o fluxo de encaminhamentos e transferências</li> <li>j) Implantar o programa "A Caminho de Casa" juntamente com a rede</li> <li>k) Implementar a participação da Maternidade nos Comitês Municipais afins</li> <li>l) Aprimorar o relacionamento com os profissionais da rede, principalmente com o HPRB</li> <li>m) Participar da implantação dos protocolos das Linhas de Cuidados da Mulher e da Criança municipais para unificação de condutas-Possibilitar que a Maternidade seja um dos Observatórios em relação as demais unidades da Rede Municipal de Saúde que com ela se relaciona</li> </ul>
5-Adequar a infra-estrutura para oferecer atendimento de qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Renovar o parque tecnológico</li> <li>b) Implantar a manutenção preventiva e corretiva</li> <li>c) Reformar a Maternidade adequando a infra-estrutura conforme a ANVISA</li> </ul>



conforme as normas da ANVISA	d) Adequar e garantir o abastecimento de insumos de acordo com as necessidades
6-Otimizar os recursos financeiros	a) Implantar Central de Custos da Maternidade b) Implantar kits de procedimentos c) Implantar Kit roupa d) Implantar a dispensação da dose individualizada de medicamento e) Reduzir desperdícios f) Aumentar o faturamento g) Implantar/implementar projeto do MS que possibilitem o repasse da verba h) Buscar parcerias com entidades filantrópicas

Tabela 1 - Diretrizes e Objetivos da MPMB  
Fonte: MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009.

Gestão Participativa pressupõe descentralizar o poder, delegar atribuições e delimitar níveis de governabilidade e para isto foi necessário organizar os arranjos institucionais como acima descrito, porém a gestão participativa acontece principalmente na capilaridade das relações e atitudes cotidianas. Nas comissões internas, na ouvidoria, no direito ao acompanhante, nos encontros educativos para usuários e trabalhadores, na elaboração coletiva dos protocolos clínicos, nas rodas de estudo e de conversa, nas posturas de incentivo à formação de coletivos, à escuta, à valorização do saber do outro, são também espaços de participação e gestão. Na gestão participativa o “como fazer” é tão importante quanto “o que fazer”. Neste sentido os gerentes se preocupam em inovar cotidianamente construindo soluções criativas para os desafios que emergem da metodologia do trabalho.

### 6.5 Primeira diretriz-modelo assistencial

A assistência a usuária implica a articulação permanente de algumas iniciativas contempladas no Modelo Assistencial da Maternidade (Figura 4). Implantar a Clínica Ampliada como uma nova proposta de concepção, arranjos, processos, posturas e valores conforme elaborada por Campos sintetiza os objetivos propostos para assistência na Maternidade. (CAMPOS, 2007). Diretrizes como o acolhimento, vínculo, protagonismo do sujeito, responsabilização, trabalho em equipe, integralidade do cuidado e resolutividade, “amplia” a participação da usuária no seu processo de produção de saúde como também aumenta o grau de satisfação do trabalhador.



Figura 4- Modelo assistencial da maternidade pública municipal de Betim  
Fonte: MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010

Os principais dispositivos deste Modelo Assistencial pressupõem a elaboração de fluxos e protocolos multiprofissionais, a organização da informação e da comunicação hospitalar, a implantação de programas que estimulem a clínica ampliada/ clínica do sujeito, oferecimento de educação permanente e infra-estrutura para o trabalho.

Este esforço de gestão repercuti e se revela nas ações propostas e desenvolvidas nos programas em andamento:

a) Acolhimento à Mãe Adolescente que tem como objetivo conhecer a realidade da gravidez na adolescência na Maternidade, garantir alta hospitalar segura para a mãe adolescente e seu bebê e oferecer um atendimento interdisciplinar diferenciado, com foco específico no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho e nas relações familiares, buscando intervir na perspectiva de minimizar as dificuldades inerentes a esta situação, para que sua vivência da maternidade seja mais saudável e harmônica;

b) Programa “Bem Vindo Acompanhante”, destinado a acolher os acompanhantes das usuárias, com o objetivo de divulgar as regras de funcionamento da maternidade municipal e os serviços por ela prestados;

c) Oficinas de Terapia Ocupacional com as mães dos recém-nascidos/lactentes retidos no berçário;

d) Reuniões com pais de bebês do berçário e enfermaria mãe canguru;

- e) Programa “Visitação” que organiza a visita à Maternidade das gestantes que realizam Pré natal nas Unidade Básicas de referência;
- f) Programa “Nascer Cidadão” que viabiliza um transporte diário para os pais irem até o cartório registrar seus filhos;
- g) Projeto “Nascer” que visa a prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDs, Hepatite B e da Sífilis congênita;
- h) Programa “Atendimento à Mulher Vítima de Violência” que tem como objetivo oferecer à mulher vítima de violência sexual um atendimento integral e humano;
- i) O programa “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” que visa manter o título de hospital amigo da criança e as práticas que estimulam o aleitamento materno;
- j) Reunião diária com as mães e pais do alojamento conjunto;
- k) Programa das “Doulas Comunitárias”, mulheres da comunidade que são capacitadas para realizarem voluntariamente o acompanhamento e cuidado das gestantes em trabalho de parto juntamente com a equipe de enfermagem e a equipe médica;
- l) Programa “A Caminho de Casa” que possibilita alta hospitalar segura e responsável através de várias atividades, dentre elas, a comunicação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Betim e dos municípios da microrregião sobre a admissão da paciente e o procedimento realizado na Maternidade, possibilitando que realizem atividades que assegurem a puericultura e a assistência de puerpério mantendo a qualidade da assistência;
- m) O Projeto de “Cuidados Favorecedores do Desenvolvimento do Recém Nascido Pré Maduro” no berçário, que engloba aspectos como: controle de luminosidade e ruído, manejo da dor, posicionamento, “banho de fralda”, “confeção do ninho”;
- n) Corrida de Leito multiprofissional com elaboração do Projeto Terapêutico Singular de frequência semanal realizados no Berçário e Alojamento Conjunto para pacientes com casos clínicos complexos que exigem abordagem multiprofissional. Projeto Terapêutico é um plano de cuidado integral do usuário discutido por uma equipe interdisciplinar responsável pela assistência. (CAMPOS; AMARAL, 2007).

## 6.6 Valorização do trabalhador

Podemos afirmar que a Gestão Participativa tem grande potencial para valorizar o trabalhador a medida que possibilita o diálogo e compartilhamento das idéias e propostas , consolidando o senso de pertencimento e de co-responsabilidade resultando em maior

satisfação e realização profissional. Portanto, todos os esforços para implantação e manutenção da gestão participativa em curso significam também um investimento na pessoa, no sujeito.

A reconstrução da noção de Sujeito ou a constituição concreta de Coletivos, ambos, dependem, em larga medida, da democratização destas possibilidades de autoria (...). A constituição de um Sujeito depende, portanto, de seu empenho com a produção de Obras, individuais ou coletivas. (CAMPOS, 2007, p.55).

A diretoria, no início de 2009 em reunião do Colegiado Ampliado, solicitou aos participantes que analisassem o que cada profissional, com seu conhecimento, sua aptidão e sua criatividade, poderia oferecer para melhorar a qualidade de vida e de trabalho dos demais. Daí surgiram vários programas:

- a) A fisioterapeuta iniciou o “Grupo de Ginástica Laboral”;
- b) A nutricionista implantou o Programa de “Alimentação Saudável: saúde e qualidade de vida”;
- c) A psicóloga e a assistente social, organizaram a “Hora do Encontro”, que tem como objetivo fortalecer as relações interpessoais e, conseqüentemente melhorar o ambiente de trabalho; criar um espaço para alívio de tensões e busca do auto conhecimento e motivar o trabalhador para a compreensão da importância de sua implicação no processo de assistência da Maternidade;
- d) O Programa “Saúde e Coerência”, também coordenado pela assistente social e psicóloga, visa apoiar os trabalhadores tabagistas (11% dos funcionários da Maternidade) a deixarem de fumar através de grupos de convivência;
- e) O Programa “Fala Cidadão” organizado pela coordenadora do grupo de trabalho da humanização, tem como objetivo aprimorar um espaço de diálogo e escuta interna na instituição entre trabalhador, usuários e a gestão integrado a Ouvidoria do SUS Betim;
- f) O Programa “Passeio Familiar” tem como objetivo aumentar o entrosamento entre os funcionários.
- g) O “Grupo Teatral” formado por alguns trabalhadores já realizaram cinco peças abordando temas diversos ligados a realidade do trabalho na Maternidade. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010a).

Inaugurado em junho de 2010, o Núcleo de Educação e Pesquisa – NEP da Maternidade, em local reformado da antiga lavanderia, que foi terceirizada, propiciou espaço importante para reuniões e rodas de estudos com usuários e trabalhadores e tem como

finalidade: coordenar as atividades de educação permanente para os trabalhadores e as atividades de educação popular com as usuárias, sua família e com a comunidade local, organizar estágios, internatos e residências, estimular atividades científicas, coordenar a elaboração e a discussão dos protocolos clínicos e garantir infra-estrutura necessária de um centro de estudos com biblioteca gráfica e virtual além de tele educação. (Figura 5).

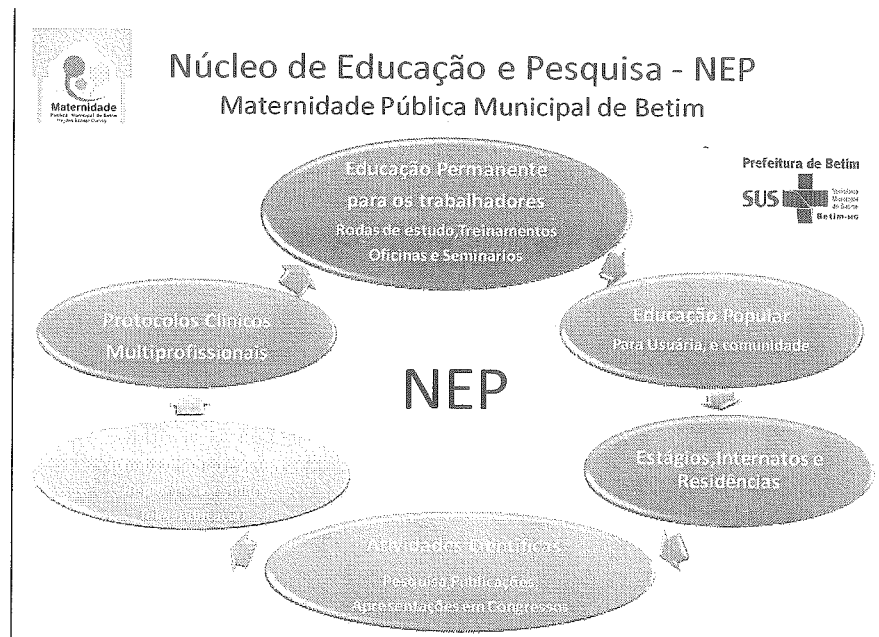


Figura 5 - Núcleo de Educação e Pesquisa- NEP  
Fonte: MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM 2010

Várias reuniões com os trabalhadores foram realizadas, por plantão, por categoria ou por setor quando foram pactuados o cumprimento de carga horária e atribuições, reestruturado as escalas de plantão baseadas em novos critérios, discutido problemas e propostas de trabalho e normas de conduta como cumprimento de carga horária e atrasos. Um estudo minucioso para elaboração do diagnóstico foi realizado para avaliar o número de profissionais encontrados e comparados por setor e por categoria com um padrão necessário. A partir de então foi possível solicitar a contratação de novos profissionais, liberar extensões de jornada ou horas extras mediante justificativas e encaminhar ao nível central os profissionais que estavam alocados na Maternidade, mas que realizavam atividades em outras unidades. Foi solicitado ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho uma vistoria para reavaliar os direitos de todos os trabalhadores da Maternidade em relação à insalubridade e periculosidade. O setor da Gestão do Trabalho foi sendo gradativamente organizado, elaborando pastas funcionais para cada trabalhador com unificação dos dados e pastas com folhas de pontos, para melhorar o atendimento ao funcionário, possibilitar o controle das

pactuações realizadas como o cumprimento da carga horária, horas extras, atrasos e faltas e possibilitar advertências em caso de não cumprimento, em consonância com o manual elaborado, de acordo com o estatuto do Servidor e após discussão com a Superintendência da Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal.

A gestão do trabalho na Maternidade é subordinada a Superintendência da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, portanto sob impacto das decisões tomadas por esta superintendência e pelo governo municipal. Uma greve de trabalhadores do setor saúde por melhores salários foi deflagrada no ano de 2010. Os funcionários da Maternidade participaram muito ativamente. Algumas reivindicações foram atendidas, como incentivos financeiros para profissionais médicos da urgência incluindo a maternidade, incentivo de distancia e incentivos de dedicação integral, porém o aumento almejado, não foi possível obter, pois segundo o governo municipal acarretaria no descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita o gasto de pagamento de pessoal para o máximo de 53% dos gastos totais. Em 2010, foi iniciado pela Secretaria de Saúde, um processo de regionalização da abrangência da Maternidade, após estudos das médias de permanência, taxas de ocupação e da produtividade, que passou a atender não apenas gestantes do município como também da microrregião de Betim, aumentando o número de procedimentos em de acordo com a capacidade instalada. Em 2011, o Plano de Cargos, Contribuições e Vencimentos (PCCV) do setor saúde foi igualado ao do setor de educação que impossibilita a pontuação de progressão na carreira em caso de atividades educativas realizadas durante o expediente de trabalho. Também em 2011 houve contenção de despesas com restrição de horas extras e contratos temporários o que ocasionou desfalques de profissionais nas escalas de plantões. Todos estes acontecimentos provocaram desgaste na relação entre os trabalhadores e gestores de desafiante superação. O Colegiado Gestor e o Ampliado realizaram reuniões de avaliação do cenário a fim de nortear as condutas estratégicas.

### **6.7 Organização dos processos de trabalho**

Os desenhos dos processos de trabalho de todos os setores de apoio e das linhas de cuidado da Maternidade foram elaborados pelo Colegiado Ampliado durante as oficinas do Curso de Formação Gerencial em 2009. Em uma instituição hospitalar os setores funcionam interdependentes como um sistema único integrado, portanto a pactuação inter setores torna-se importante ferramenta para qualificação do trabalho, como por exemplo: o setor do

alojamento conjunto pactuou com a rouparia a entrega das roupas limpas para as mães e os recém nascidos antes do banho matinal, o bloco cirúrgico negociou local e hora para entrega de material pela central de materiais esterilizados com objetivo de não prejudicar as cirurgias, a farmácia solicitou horário máximo para prescrições médicas afim de não atrasar a dispensação de medicamentos, e por aí vai! Em seguida foram elaborados em cada setor e linha de cuidado da Maternidade os Fluxogramas Descritivos, representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho, com riqueza de detalhes que permite conhecer o modo como as ações em saúde são produzidas no interior do hospital, ou seja, na micropolítica do processo de trabalho, possibilitando a identificação de “nós” que interferem na concretização de ações que priorizam a qualidade da assistência. (MERHY; *et al*, 2007).

Em seguida foram discutidas as metas e os resultados desejados por setor e elaborado indicadores. Os gerentes das linhas de cuidado e de apoio monitoram estes indicadores gerenciais, pois em uma gestão descentralizada o gerente deve ter autoridade e governabilidade sobre os processos, assumir as responsabilidades sobre os resultados e ser cobrado por eles pela diretoria. A partir de maio de 2010 todos os gerentes das linhas de cuidado e apoio tinham suas metas pactuadas com a diretoria.

O setor de bioestatística elabora o Boletim Informativo da Maternidade que foi reestruturado para conter além de indicadores de produção apresentar indicadores retirados do censo diário, indicadores estratégicos, gerenciais e operacionais a fim de respaldarem as tomadas de decisões. A divulgação mensal dos dados aos trabalhadores é realizada através de murais e reuniões específicas. Como os processos não são informatizados, foi necessário para elaboração destes novos indicadores, a organização das atividades do trabalho para coleta dos dados, capacitação dos profissionais envolvidos e monitoramento da qualidade destes indicadores pelos gerentes.

Para alcançar as metas pactuadas, era necessário reorganizar as atividades em cada setor. Com este objetivo, foram elaboradas as Tabelas de Gerenciamento de Processos. A partir de então, foram construídos protocolos, instruções técnicas de trabalho, regimentos, capacitações e mudanças dos processos de trabalho em todos os setores.

As instruções técnicas de trabalho, protocolos e rotinas foram discutidos em rodas de estudo com os trabalhadores envolvidos, aprimorados pelos participantes, colocados em prática, elaborados reajustes e finalmente validados. Assim garante um aprendizado coletivo, valoriza as experiências individuais e possibilita maior compromisso com as mudanças pactuadas.

A partir das Instruções Técnicas de Trabalho da enfermagem e dos protocolos clínicos, foram implantados os KITS medicamentos para doses individualizadas em abril de 2010 e os KITS procedimentos e KITS rouparia em dezembro de 2010. Esta nova organização diminuiu os estoques de materiais, medicamentos e roupas nos setores, evitou desperdícios e melhorou os processos de trabalho. Toda infra-estrutura de espaço físico como a reforma e integração da farmácia com o almoxarifado e reforma da rouparia e de equipamentos como as seladoras, plásticos, estantes, caixas boxes e armários foram providenciados. Os profissionais envolvidos dos setores de farmácia, almoxarifado e enfermagem, foram capacitados nas “rodas de estudo”. O setor da farmácia continua com o trabalho de reorganização objetivando implantar todas as atividades planejadas como mostra a Figura 6, a seguir:

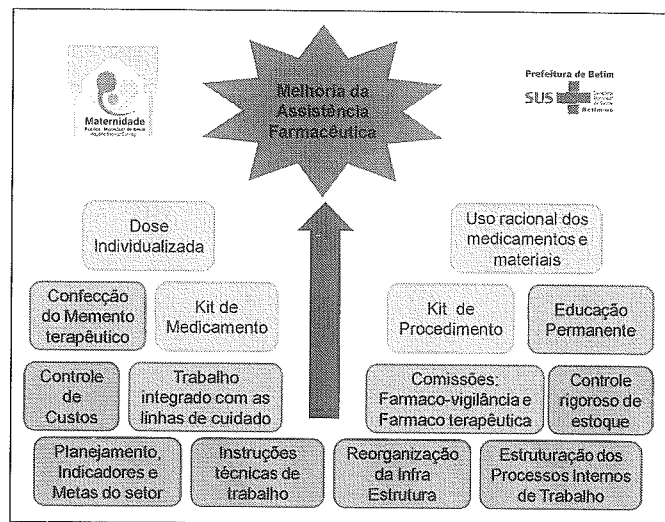


Figura 6 - Melhorias da Assistência Farmacêutica  
Fonte: MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010

### 6.8 Integração da maternidade com as demais unidades da rede SUS Betim

Rede assistencial aqui entendida como conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado município ou região. A construção de uma rede na saúde implica não somente na oferta de serviço, mas na qualidade do relacionamento entre estes serviços capazes de assegurar a integralidade do cuidado. (BRASIL, HumanizaSUS, 2009).

Entendendo a Maternidade como um dos pontos de atenção da rede SUS Betim responsável pelas Linhas de Cuidado da mulher e da criança, faz-se necessário um trabalho conjunto e integrado com todas as unidades envolvidas nesta assistência. Este esforço de integração e qualificação do cuidado é coordenado pelas referências técnicas municipais da atenção a saúde da mulher e da atenção a saúde da criança ligadas a Superintendência da



Assistência a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Com o objetivo de preparar a mãe e seu recém nascido para retornarem ao domicílio sem prejuízo da qualidade e da continuidade do tratamento, garantindo o cuidado e a assistência necessários, o Colegiado Gestor elaborou uma proposta de um programa intitulado *A Caminho de Casa*. As atividades programadas incluídas são:

- a) Preenchimento completo do sumário de alta, da caderneta do recém nascido e autorização de alta;
- b) Comunicação da alta para a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou equipe da Estratégia do Programa da Saúde da Família (EPSF) a qual pertence;
- c) Encaminhamento para especialista da Rede SUS, e para o programa Serenar, atendimento por equipe multiprofissional ao recém nascido de alto risco, quando necessário;
- d) Disponibilização de medicamentos até consulta pós-hospitalar;
- e) Contato telefônico com a equipe de saúde da UBS ou do EPSF ao qual a paciente esteja vinculada para discutir condutas ou solicitar a presença à Maternidade, quando necessário, de um integrante da equipe de saúde;
- f) Realização do *Check-List* para alta da Maternidade, confirmando a participação em atividades educativas, entrega de impressos, receituários, orientações, encaminhamentos e exames.

Este programa foi muito bem aceito pelos profissionais e referências técnicas e hoje está em pleno funcionamento nas duas maternidades do município e com abrangência microrregional. O Programa "Visit'Ação" que também facilita a integração, foi reestruturado e possibilita que a gestante, durante o pré-natal nas Unidades Básicas de referência, conheça as estruturas e as atividades da Maternidade através de uma visita orientada por profissionais.

O trabalho conjunto entre as referências técnicas municipais da atenção a mulher e da criança, diretores e gerentes das unidades resultou na implantação de vários outros programas que possibilitam maior entrosamento das unidades de assistência, como o Programa "A Caminhando para a Maternidade" que organizou critérios e fluxos de integração em rede com vinculação das gestantes a Maternidade de referência; incorporou o programa "Visit'Ação" para microrregião ; incentivou atividades educativas e garantiu transporte seguro para o momento do parto. Foi possível a elaboração de critérios e fluxos de encaminhamentos como também a organização das "Fichas Observatório", implantadas nas Maternidades para avaliar a qualidade do pré-natal das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e identificação de efeitos sentinelas e implantadas nas UBS para monitoramento da qualidade assistencial das maternidades. Estas atividades serão ampliadas com a efetivação da Rede Cegonha em Betim,

programa do Ministério da Saúde que incentiva a formação de uma rede de atenção integral a saúde da gestante e do recém nascido.

Profissionais da Maternidade participam ativamente dos comitês de Mortalidade Materno e infantil do município como também do comitê Perinatal, possibilitando avaliação e decisões conjuntas para diminuição da mortalidade desta população no município.

### **6.9 Adequação da infra-estrutura conforme as normas da ANVISA**

Como já descrito anteriormente, a Maternidade em janeiro de 2009 se encontrava em precárias condições de infra-estrutura considerando a estrutura predial, equipamentos, mobiliário, instrumentais, enxoval de roupas e material de consumo.

O Colegiado Gestor coordenou juntamente com a Equipe de Obras da Secretaria Municipal de Saúde a reforma em todos os setores da Maternidade conforme orientação da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, como listado abaixo.

- Reforma de todo o telhado e troca do policarbonato
- Revestimento dos reservatórios e caixas d'água
- Revisão da instalação elétrica
- Iluminação externa
- Troca de todas as telas e toldos das janelas
- Construção do muro lateral
- Troca dos portões de acesso
- Colocação da rede de informática
- Reforma da rede de esgotos
- Pintura interna e externa de toda a Maternidade
- Reforma e ampliação dos abrigos para Lixo hospitalar
- Construção do necrotério com local de oração
- Nova instalação para o abrigo de gás
- Itens de segurança contra incêndios como nova tubulação de água e instalação de hidrantes e bombas de incêndio

- Reforma dos banheiros dos funcionários e das usuárias com novos piso de cerâmica, vasos sanitários, chuveiros, portas dos boxes, lavatórios com torneiras adequadas, instalação de porta sabão e papel.
- Reforma do Bloco Obstétrico com nova pintura, piso, portas, prateleiras e bancadas
- Redimensionamento dos espaços internos de trabalho dos diversos setores com colocação de prateleiras e bancadas
- Troca de pisos de algumas enfermarias e setores
- Instalação de lavatórios em todas as enfermarias com porta sabão e porta papel toalha
- Reforma da cozinha com piso de cerâmica, azulejos nas paredes, sala da nutricionista, quarto de despensa e instalação de nova caixa de gordura
- Construção de uma copa ao lado do refeitório
- Reforma do setor de suprimentos com unificação do setor de farmácia com almoxarifado,
  - Desativação da lavanderia e adaptação para o Núcleo de Educação e Pesquisa
  - Ampliação e reforma da rouparia e instalação de prateleiras e bancadas

Durante a reforma a equipe responsável se preocupou em aprimorar a ambiência, mantendo a harmonia das cores suaves nos diversos ambientes, implantando sinalizações de fluxo colorido no chão, em placas orientadoras e nas portas dos setores, instalando murais com estruturas padronizadas e banners colocados em locais estratégicos diminuindo a poluição visual. Os jardins internos foram revitalizados. Quadros artísticos ornamentais com temas infantis, pintados em madeira por uma técnica de enfermagem, foram colocados nas portas das enfermarias. Todo o trabalho foi dirigido para que a Maternidade ficasse segura, bonita, limpa, confortável e acolhedora.

Os instrumentais cirúrgicos foram totalmente substituídos com reserva técnica, colchões foram trocados, vários equipamentos adquiridos como o novo Ultrassom com Doppler, cardiocógrafa, sonares, aparelhos para fototerapia, berços aquecidos, equipamentos para o laboratório e outros. A diretoria elaborou uma tabela para Controle Mensal dos Processos de Compras contendo o número e data do memorando de solicitação, especificação do material/equipamento e setor da Secretaria Municipal de Saúde onde se encontra o processo de compras na data de pesquisa, para poder acompanhar e cobrar agilidade nesses processos, quando necessário.

O setor de manutenção foi reestruturado com novos equipamentos, teve aumento no seu quadro de funcionários e organizou seu processo de trabalho possibilitando, portanto a implantação da manutenção predial e de equipamentos de forma preventiva e corretiva.

No início de 2009, a Maternidade não possuía o Alvará Sanitário. A diretoria solicitou a Vigilância Sanitária Municipal, subordinada a Superintendência Municipal da Vigilância da Saúde, uma visita técnica a Maternidade com o objetivo de apontar todas as irregularidades observadas a fim de orientar a reforma, aprimorar o diagnóstico da realidade para elaboração do Planejamento Estratégico da Maternidade e conseguir o Alvará Sanitário. A Vigilância Sanitária Municipal elaborou o Termo de Obrigação a Cumprir (TOC) com sessenta e quatro (64) irregularidades apontadas e um prazo de correção para cada uma delas. A diretoria elaborou uma ferramenta de planejamento e “monitoramento por cores” das ações solicitadas pelo TOC para acompanhar o cumprimento do cronograma de correção das irregularidades observadas.

Em dezembro de 2010, a Maternidade conquistou seu Alvará Sanitário entregue em solenidade específica para a ocasião com a presença da Diretora da Vigilância Sanitária Municipal, da Secretária Municipal de Saúde, trabalhadores e gerentes da Maternidade.

#### **6.10 Otimização dos recursos financeiros**

Organizar os processos de trabalho para implantação das doses individualizadas de medicamentos, dos KITS procedimentos, KITS medicamentos e KITS rouparia objetivou a redução dos estoques de materiais médico hospitalar e roupas nos setores, como também a padronização com uso racional do material diminuindo o desperdício. O investimento na infra-estrutura e nos processos de trabalho para o preenchimento e dispensação individualizada das almotolias com sabão líquido e álcool possibilitou maior controle das datas de vencimento e a diminuição dos gastos com os diluentes utilizados. Portanto, a organização do setor de suprimentos, possibilitou a diminuição da utilização indevida de materiais e o desperdício, colaborando para redução dos gastos.

Ao controlar o uso abusivo de horas extras, ao normatizar e pactuar o uso dos telefones, ao reestruturar toda rede elétrica, ao trocar as lâmpadas amarelas incandescentes pelas brancas frias, ao instalar a manutenção preventiva predial e de equipamentos, ao calcular as dietas e refeições diárias e monitorar o lixo orgânico produzido pelo excesso de alimentação descartado, ao realizar uma grande campanha contra o uso do copo descartável e

distribuir um copo de plástico biodegradável para que cada funcionário possa utilizá-lo durante o trabalho, foi possível reduzir gastos.

A implantação da Central de Custos está em processo de organização. A metodologia já foi escolhida, as tabelas e planilhas organizadas, porém a falta de informatização da Maternidade dificulta a implantação eficaz. A Secretaria Municipal de Saúde de Betim comprou a instalação do Sistema M.V. que tem um módulo capaz de estruturar integralmente a Central de Custos, por isto foi decidido esperar a implantação deste sistema, programado para curto prazo.

Com a implantação da coleta seletiva de lixo hospitalar, uma das atividades do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde da Maternidade, elaborado e coordenado pela Comissão Interna de Gestão de Resíduos, possibilitou a administração da venda de resíduos recicláveis como o papel, papelão, recipientes de plástico e latinhas de refrigerantes. O Grupo de Trabalho de Humanização realiza periodicamente um bazar interno de roupas, sapatos e bijuterias usadas. O dinheiro arrecadado dos dois grupos é utilizado principalmente para incrementar as atividades dos mesmos.

### **6.11 Desafios e resultados**

Um Modelo de Gestão Participativo, estruturado por Linhas de Cuidados e Apoio com gerenciamento único, não pressupõe coordenação por categorias profissionais. Acreditamos que o gerenciamento único possibilita integração das equipes e das atividades. Evitar o fracionamento dos processos deve ser uma preocupação que se inicia com a implantação de novos arranjos gerenciais e perpassa pelos processos finalísticos assistenciais estruturados com equipes e ações interdisciplinares. Desconstruir esta concepção fracionada de coordenação por categoria gera conflitos com os interesses corporativistas. Sensibilizar os diversos atores com relação aos benefícios do gerenciamento único tanto para a gestão quanto para a qualificação das ações assistenciais, é um esforço que se faz necessário cotidianamente.

Apesar da participação nas decisões ser uma reivindicação comum dos trabalhadores, nota-se uma dificuldade na apropriação destes espaços de participação, quando convidados pelo Gestor, no entanto, várias foram as atividades realizadas para motivação e convite à participação como encontros, oficinas, reuniões por setores com material didático específico para apresentação e discussão do Modelo de Gestão Participativo, e sobre a importância e atribuições dos Colegiados.

Gerenciar também é mediar conflitos, desejos e necessidades e algumas vezes tornam-se necessário impor autoridade. O desafio de gerenciar diversos interesses e poderes que se embaralham no cotidiano da instituição, não é tarefa fácil e o desgaste torna-se maior quando os gerentes e diretoria são antigos trabalhadores da mesma instituição, como no caso da Maternidade. Gestão participativa pressupõe redistribuição de poder, com aumento de autonomia dos trabalhadores e dos usuários, ao mesmo tempo o trabalho institucional exige cumprimento de normas e de deveres. Equilibrar todos estes fatores é um dos grandes desafios gerenciais.

Transformar profissionais de saúde sem experiências anteriores de gestão em gerentes competentes foi outro desafio, pois além do saber técnico administrativo, os gerentes, atuantes em um modelo de gestão participativa, devem ter um alinhamento de valores que estimulem posturas de incentivo à grupalidade, à escuta, ao planejamento coletivo, à valorização do saber do outro e ao aperfeiçoamento da habilidade de manejar relações de conflito. Uma das atribuições da diretora foi o de apoiar e incentivar os gerentes nestas funções cotidianas.

Socializar estas habilidades é uma forma concreta para diminuir a distancia entre governantes e governados, bem como para assegurar a formação de compromisso entre o interesse público (expresso em necessidades sociais) e o privado (expresso pelos trabalhadores). (CAMPOS, 2007, p 43).

As análises de fatos e situações vivenciadas pelos gerentes como também os estudos e discussões de textos afins realizados durante as reuniões semanais do Colegiado Gestor, colaboraram para o alinhamento de valores acima citados. Lidar com as diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe, é um aprendizado coletivo. Na medida em que os gerentes foram reconhecendo as peculiaridades de cada um dentro do processo, o Colegiado Gestor da Maternidade foi se constituindo em um grupo mais amadurecido e mais preparado para enfrentar novos desafios.

Desde a finalização do planejamento, são realizadas avaliações periódicas das atividades através do monitoramento de indicadores e análises de cumprimento das tarefas programadas. Estas avaliações são discutidas e analisadas no Colegiado Gestor e no Ampliado, que por algumas vezes realizaram ajustes necessários, e em seguida são divulgadas entre os trabalhadores.

Em novembro de 2010, cumprindo uma das atividades do planejamento estratégico, a diretoria elaborou, divulgou e distribuiu um questionário auto-aplicável para todos os 280 funcionários da maternidade, sem que fosse necessária a identificação. Sessenta e cinco por

cento (65%) dos questionários foram respondidos e validados. Uma das perguntas realizadas foi sobre o grau de satisfação em trabalhar na Maternidade. Pudemos observar que 54% dos funcionários incluídos na pesquisa, responderam ser ótimo a bom o grau de satisfação. Se for considerado o grau médio como favorável, 88% dos trabalhadores que responderam o questionário sentem satisfação no trabalho.

Um dos grandes objetivos da gestão é o de qualificar a assistência, satisfazendo as necessidades da mulher, do seu bebê e de sua família no momento do parto e nascimento. A Prefeitura Municipal de Betim encomendou uma pesquisa de satisfação do usuário do SUS Betim ao Instituto VER, que foi realizada em agosto de 2010. O Índice de Satisfação da Usuária da Maternidade foi de 98%. (BETIM, Pesquisa Qualitativa da Saúde em Betim, 2010a).

#### 6.12 Prêmio Sérgio Arouca

A partir do relato desta experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim, a mestrande escreveu um artigo que concorreu a 4ª Edição – 2011 do Prêmio Nacional Sérgio Arouca de Gestão Participativa, uma iniciativa da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Este artigo foi **premiado em 1º lugar** como Experiência Exitosa em Gestão Participativa em Municípios com mais de 50.000 habitantes e intitulado "Gestão Participativa na Maternidade Pública de Betim: Produzindo Saúde, Sujeitos e Coletivos". Esta premiação foi entregue a mestrande pelo Ministro da Saúde em cerimônia realizada dia 03/12/2011, durante a 14ª Conferencia Nacional de Saúde.

## 7 ARTIGO DO RESULTADO DA PESQUISA

**AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO  
HOSPITALAR PARTICIPATIVA NO ÂMBITO DO SUS:  
produção de saúde, sujeitos e coletivos.**

**EVALUATION OF A PARTICIPATORY HOSPITAL  
MANAGEMENT EXPERIENCE IN THE NATIONAL HEALTH  
SERVICE 'SUS': production of health, individual and collective.**

Adriana Diniz de Deus<sup>1</sup>

Elza Machado de Melo<sup>2</sup>

Declaramos que não houve financiamento para realização desta pesquisa, nem tão pouco houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

<sup>1</sup>Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Médica ginecologista e obstetra da Prefeitura Municipal de Betim – MG. Endereço: Rua João Inácio da Silva 363, Ingá, CEP 32604-462, Betim, MG, Brasil. E-mail: [adrianadedeus@oi.com.br](mailto:adrianadedeus@oi.com.br)

<sup>2</sup>Doutora em Medicina Preventiva e Social pela UFMG. Professora da Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Endereço: Rua Alfredo Balena 190, sala 810, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [elzamelo@medicina.ufmg.br](mailto:elzamelo@medicina.ufmg.br)



## Resumo

Trata-se de estudo de caso com objetivo de avaliar a experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim–MG, de 2009 a 2011, por meio de análise de intervenção, que investiga se objetivos e metas propostos pela experiência foram alcançados. A metodologia consistiu de análise documental e grupos focais. A análise pautou-se na hermenêutica crítica. A maternidade adotou, no período estudado, um modelo de gestão entrelaçado ao modelo de cuidado, com criação de espaços de escuta e de responsabilização pelos processos de trabalho. Este estudo mostrou que, apesar dos limites, conseguiu-se implantar e conduzir estruturas e processos, revelando tendência para alcançar o que foi proposto.

**Palavras-chave:** Gestão Hospitalar; Avaliação em Saúde; Humanização da Assistência.

## Abstract

This article is a case study to evaluate the management experience of Municipal Public Motherhood of Betim – MG, between 2009 and 2011, by means of intervention analysis, that investigates whether objectives and goals proposed by the experience were achieved. The methodology consisted of document analysis and focus groups. The data analysis was guided on critical hermeneutics. The Motherhood adopted, during the study period, a management model interlaced to the care model, generating spaces of listening and accountability for the work processes. This study showed that, despite the limitations, it was found that deploy and conduct structures and processes, revealing a tendency to reach goals.

**Keywords:** Hospital Management; Health Evaluation; Humanization of Assistance.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem se observado grandes mudanças nas orientações políticas, nas formas de financiamento e nas diretrizes em relação à organização das redes de serviço e do modelo de gestão e atenção adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal modelo entendido como identificação dos traços principais de uma racionalidade que combina estruturas e tecnologias orientadas para as ações de saúde (PAIM, 2008).

Acompanhando o processo de organização de um novo modelo de atenção à saúde, fundado na concepção de um sistema integrado de serviços que deve interligar ações de prevenção, promoção e reabilitação com a atenção curativa e ter na atenção básica de saúde o centro deste sistema e a porta de entrada preferencial (PAIM, 2008), o hospital tem sido alvo de notórias mudanças, tanto nos aspectos referentes à redefinição do seu papel neste sistema de atenção à saúde, como na sua reorganização interna de trabalho, com o surgimento de novos modelos de gestão hospitalar (BRAGA NETO; COL, 2008).

Existe consenso em relação à necessidade do aprimoramento da gestão, da organização e do modo de funcionamento dos hospitais brasileiros, porém há uma variedade de caminhos sugeridos. A maioria das experiências é balizada por teorias, metodologias e técnicas administrativas que visam à eficiência e eficácia com utilização de mecanismos poderosos de controle dos processos de trabalho, avaliação de resultados com base na acreditação hospitalar e separação entre quem planeja e quem realiza as atividades com nítida centralização normativa e descentralização executiva. (AZEVEDO; COL, 2010).

Porém, vários autores como Campos (2007), Merhy (2007), Cecílio (2003), dentre outros, reconhecem que esse pensamento gerencial hegemônico apresenta dificuldades para dar conta dos complexos desafios da gerência hospitalar, principalmente por tentar controlar o trabalho com métodos disciplinares, que não consideram as questões subjetivas e intersubjetivas que o permeiam e o constituem como “espaço de relação que se produz no encontro de sujeitos” (MERHY; ONOKO, 1997, p. 132).

Nesses espaços de interação, nos quais o profissional de saúde detém um alto grau de capacidade decisória, sustentada no saber técnico e onde o desempenho do gerenciamento disciplinar mostra-se insuficiente, abrem-se possibilidades para a adoção de outras estratégias pautadas na construção de novos valores e no estabelecimento de novas relações entre trabalhadores e usuários, tais que resultem na defesa da vida dos indivíduos e das populações (MERHY, 2007). A gestão, portanto, além de utilizar ferramentas e metodologias administrativas, passaria a considerar as relações e os interesses do conjunto de indivíduos e

grupos envolvidos nos serviços de saúde (AZEVEDO; COL, 2010).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008) propõe, por um lado, a utilização de dispositivos como as linhas de cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003), que valorizam a integração do hospital na rede de atenção e aprimoram a integralidade do cuidado e, por outro, a clínica ampliada, com a organização de equipes de referência e de matriciamento, e a elaboração de projetos terapêuticos interdisciplinares (CAMPOS; AMARAL, 2007). Propõe, também, um modelo de gestão estratégica pautado na gestão colegiada em todos os níveis de serviços, que, seguindo o conceito da cogestão (CAMPOS, 2007), amplia a capacidade dos trabalhadores, usuários e gestores para instituírem compromissos e atuarem na micro e macropolítica existentes na complexa tarefa de gerenciar o hospital (AZEVEDO; COL, 2010).

Inúmeras dificuldades são encontradas no cotidiano do gerenciamento dos serviços hospitalares, devido a sua complexidade e ao enraizamento das práticas constituídas. Implantar modelos, programas ou ações condizentes com as diretrizes políticas e dispositivos preconizados pelo Sistema Único de Saúde, principalmente aqueles relacionados à efetividade do serviço, à gestão participativa e à valorização dos sujeitos envolvidos, são alguns dos desafios encontrados (BRAGA NETO; COL, 2008). Portanto, torna-se importante avaliar e analisar práticas dentro dos serviços de saúde que resultem no conhecimento dos limites, desafios e potencialidades, que consolidem modos de organizar tanto a atenção como a gestão e contribuam para o projeto democrático do SUS. “A construção conceitual e prática de um novo modelo é um desafio estratégico, diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS” (CAMPOS, 2003, p. 109).

Este trabalho teve por objetivo avaliar a experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim – MPMB, nos anos de 2009 a 2011, cuja escolha se deu pelo fato de que, neste período, a direção se propôs a implantar um novo modelo de gestão, orientado por objetivos que traduzissem para o cotidiano da organização hospitalar, as diretrizes e políticas do modelo de atenção e gestão hospitalar do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Humanização, segundo as proposições da teoria elaborada por Campos e outros autores (CECÍLIO; MERHY, 2003; MERHY; ONOKO, 1997).

A cidade de Betim, que em 2010 contava com uma população de 378.089 habitantes (IBGE, 2010), localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. A Maternidade Pública Municipal de Betim Haideé Espejo Conroy é uma instituição pública de administração direta em funcionamento desde 08/05/1994, destinada ao atendimento do parto de risco habitual. Possui 55 leitos e, em 2010, com um quadro de 280 trabalhadores, realizava

896 atendimentos e 341 internações por mês (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa avaliativa com enfoque teórico metodológico da pesquisa qualitativa em saúde, numa perspectiva crítico-reflexiva (MINAYO, 2008). Constitui estudo de caso, cujo objetivo foi avaliar a experiência de gestão da Maternidade por meio de análise da intervenção, isto é, analisar se os recursos e as atividades realizadas alcançaram seus objetivos planejados ou demonstraram tendências para alcançá-los sendo adequadamente conduzidos (HART, 2002). A pesquisa qualitativa foi escolhida por ser coerente com a natureza do objeto em questão e por possibilitar a compreensão das diferentes maneiras pelas quais os trabalhadores e gerentes revestiam de significado e formavam seus pontos de vista em relação aos vários aspectos da experiência vivida. (FLICK, 2009).

Os procedimentos metodológicos utilizados para a obtenção do material empírico foram: a análise de vinte e sete documentos institucionais que “devem ser vistos como uma forma de contextualização da informação e analisados como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos” (FLICK, 2009, p. 234); e a realização de grupos focais, pois para além do que possibilitam as técnicas individuais, propiciam, na perspectiva do Interacionismo Simbólico, a valorização da comunicação e interação grupal (FLICK, 2009).

Foram organizados quatro grupos focais, com duração em média de uma hora e meia cada um, realizados na própria instituição, em novembro de 2012, com o total de trinta participantes. Dois grupos (G1, G2) foram formados por trabalhadores das diversas categorias profissionais. Outro grupo (G3) foi formado por trabalhadores que participam do Colegiado Ampliado. Por último, formou-se um grupo (G4) de gerentes da maternidade, integrantes do Colegiado Gestor.

A escolha dos integrantes dos grupos, realizada de maneira intencional, considerou a habilidade do indivíduo de participar e contribuir com o conteúdo da discussão (FLICK, 2009). Foi utilizada a saturação teórica como fundamento para definição do número de grupos focais, tendo por referência o estágio em que o acúmulo subjetivo em relação aos objetivos já possibilitava a compreensão do objeto pesquisado, dentro dos limites do estudo.

Para análise dos dados dos grupos focais trabalhou-se com base nos pressupostos da

hermenêutica dialética por possibilitar interpretar os dados, buscando a lógica interna dos fatos e dos relatos, situando-os no contexto dos atores e articulando-os com os objetivos do estudo, com a base teórica adotada (MINAYO, 2008).

Essa associação de procedimentos metodológicos com a utilização da análise documental e dos grupos focais com olhares de diferentes sujeitos aprimora a fidedignidade da pesquisa e permite abordar o objeto em seus diversos ângulos, ou seja, incorpora “os vários pontos de vista, garantindo a diversidade de sentidos expressos pelos interlocutores, fugindo à ideia de verdade única”. (MINAYO, 2012, p. 625)

Cumpriram-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme o parecer da comissão julgadora do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente deste estudo, como determinado pela Resolução nº 196/1996, do CNS (BRASIL, 1996).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após estudo dos dados coletados nessa pesquisa, emergiram três categorias de análise: qualidade do cuidado, gestão participativa e produção de sujeitos, a partir das quais se fez a discussão.

### Qualidade do cuidado

O Modelo de Cuidado foi implementado em março de 2010 com suas diretrizes, ferramentas e ações centradas nas usuárias (Figura 1).



Figura 1- Modelo Assistencial da MPMB.  
Fonte: Relatório de Gestão da MPMB 2009/2010

A Maternidade possui uma história de caminhada nesta perspectiva da qualificação da assistência, portanto, coube à gestão estudada retomar e aprimorar algumas propostas que foram perdidas nos últimos anos e implantar outras novas, sistematizando-as em um modelo único (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Os participantes da pesquisa foram unânimes em reconhecer a qualidade do cuidado oferecido pelas equipes multiprofissionais, tanto no que diz respeito à competência técnica, aos programas da política de humanização implantados (BRASIL, 2008) e ao acolhimento respeitoso e atencioso. “É um tratamento excelente, a equipe é muito bem preparada, muito boa” (G1). “Em termos de humanização, eu não tenho nada a reclamar daqui, eu acho o projeto de atendimento muito bom. A Maternidade é nota 10 em relação a isto” (G1).

As falas revelam uma concepção de que o cuidado com a saúde da usuária é responsabilidade de todas as categorias, ou seja, todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, entendida aqui no seu conceito amplo (MERHY, 2007), como espaço onde se opera o ‘trabalho vivo em ato’, ligado ao campo das relações, no qual o vínculo, a responsabilização e o acolhimento fazem parte do arsenal terapêutico (CAMPOS, 2003). “Quando ela [usuária] é bem recebida ali, ela passa daqui pra lá mais tranquila, né. E também aqui dentro com as meninas da enfermagem e com as doulas que dão um grande apoio, em um ambiente acolhedor” (G2). “Às vezes você chega lá na enfermaria, já me aconteceu, da paciente estar chorando e eu saí da copa e perguntei: o que é que aconteceu? E houve um desabafo ali, sabe? Então, não tem muita diferença de ser médico, enfermeira não. Acho que isso é qualidade, né?” (G2).

Essa confiança dos trabalhadores na qualidade do cuidado oferecido é demonstrada quando eles utilizam os serviços oferecidos ou os indicam a parentes e amigos. “Eu trabalho aqui há dezesseis anos. Fui mãe e fui avó aqui, posso falar como funcionária e como usuária. Eu acho que melhorou muito sim o atendimento” (G1). “[...] quando um colega vem ganhar neném com a gente, é porque confia no trabalho da gente. Ele confia no trabalho que ele faz” (G2).

Segundo os profissionais, a população reconhece a qualidade da atenção oferecida na Maternidade, uma vez que procura o atendimento mesmo sendo de outros municípios e de outra área de abrangência. “[...] tanto que, às vezes tem paciente que nem é pra vir pra cá, que é de Contagem, que é de Belo Horizonte, que é do Regional, que é paciente de alto risco, né, mesmo assim querem vir pra cá porque alguém falou. É referência” (G1).

Vem crescendo, nesses últimos anos, a opinião de profissionais e gestores da área da saúde de que o gerenciamento de um hospital, em virtude de sua característica e

complexidade, deva ser balizado por teorias, metodologias e técnicas administrativas, com a finalidade de qualificar os processos de trabalho e a atenção (BRAGA NETO; COL, 2008). Os documentos e os depoimentos evidenciam um gerenciamento mais profissionalizado, que utiliza estratégias e dispositivos originários de diversas abordagens conceituais, porém imersos em processos coletivos capazes de envolver gerentes e trabalhadores.

Foram elaborados a partir de 2009: os fluxos descritivos analíticos (MERHY, 2005), os produtos, as metas, os indicadores de resultados e as tabelas de gerenciamento com indicadores de processos de todos os setores das linhas de cuidado e de apoio; as Instruções Técnicas de Trabalho (ITT); os protocolos clínicos; os KITS de medicamentos, de procedimentos e de rouparia; o Manual de Normas Internas dos Direitos e Deveres dos Trabalhadores; o Regimento Interno da Maternidade; a organização das comissões hospitalares; a ‘Semana da Organização’ com investimentos na melhoria da ambiência em todos os setores; a implantação do Censo Hospitalar com a reorganização do Boletim Informativo de Indicadores e sua divulgação para trabalhadores e usuários (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Eu entendo que nesse período houve uma preocupação com a qualidade na saúde. Teve toda uma discussão e eu vi muito avanço [...] os serviços pararam para pensar cada processo de trabalho em fluxos. E a gente montou o caminho que a gestante faz dentro da maternidade pra que desse caminho a gente pudesse detectar tudo o que precisava melhorar, o que estava bom, o que tava ruim; foi quando a gente fez o curso de formação gerencial. [...] hoje tem controle maior e as pessoas usam mais os dados para avaliar e planejar. Hoje tem essa monitoria (G3).

Em 2009, a Vigilância Sanitária Municipal elaborou o Termo de Obrigação a Cumprir (TOC), com sessenta e quatro irregularidades apontadas, assim, a diretoria da Maternidade construiu um “plano de ação e monitoramento por cores” para realizar e acompanhar o cumprimento das correções necessárias. Em dezembro de 2010, a Maternidade conquistou seu Alvará Sanitário entregue em solenidade específica (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Os trabalhadores da Maternidade reconhecem o empenho da gerência no investimento em infraestrutura, o que, para eles, resultou na melhoria das condições de trabalho e gerou um sentimento de valorização por parte do trabalhador. “[...] duas coisas positivas foram o empenho de conseguir os materiais, os instrumentos pra gente trabalhar e nossa gerente ter essa garra de estar buscando as melhores maneiras e condições da gente trabalhar” (G1). No entanto, frequentemente, esse empenho perdia potência na lentidão dos processos de compras. Muito se tem discutido sobre a inadequação dos modelos de administração direta para gestão

de hospitais (BRAGA NETO, COL, 2008; CAMPOS, 2007). A rigidez na execução orçamentária, a burocracia dos processos de investimentos e as grandes dificuldades na administração de pessoal foram alguns dos problemas encontrados.

Segundo os trabalhadores, houve melhorias na organização interna da gestão do trabalho. “Um ponto positivo foi a clareza nas definições das funções das linhas de cuidado, da função de cada funcionário. [...] Então assim, esse apoio, esse suporte, em função da organização [da gestão do trabalho] foi um ponto positivo” (G1).

### Gestão participativa

O Modelo de Gestão Participativa, conforme figura 2, foi implantado na Maternidade no início de 2009.

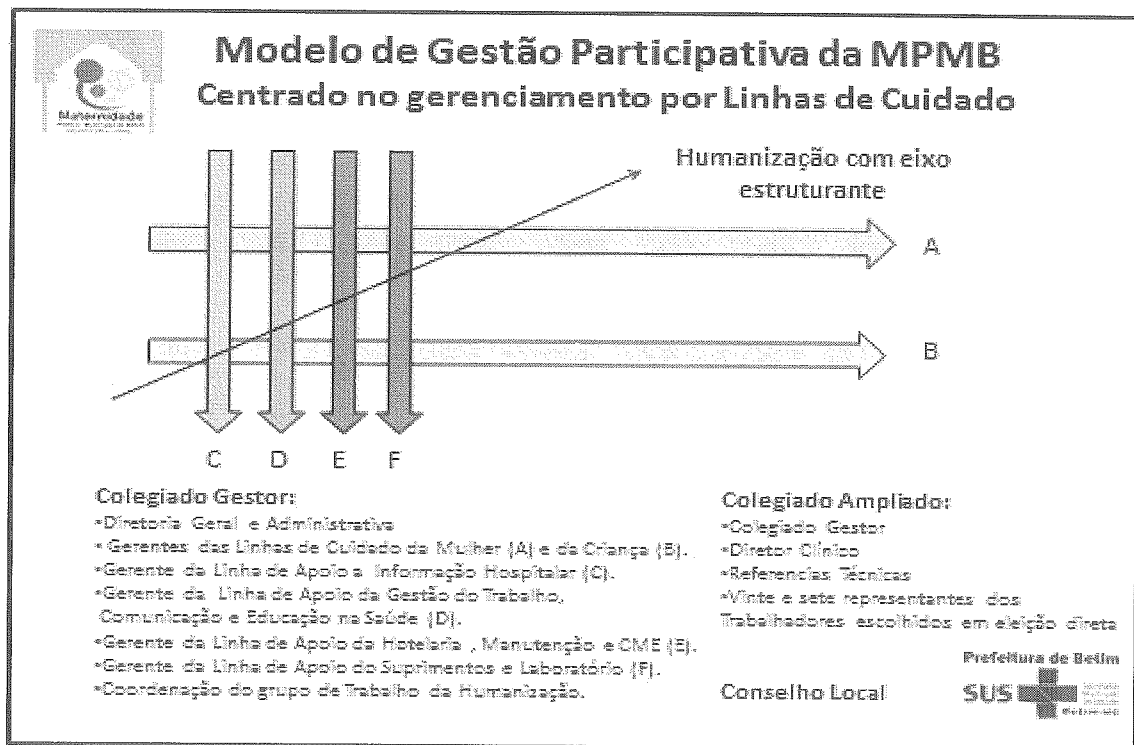


Figura 2- Modelo de gestão participativa da MPMB.  
 Fonte: Relatório de Gestão da MPMB 2009/2010

Os gerentes das Linhas de Cuidado da Mulher e da Criança se responsabilizavam pelo trabalho de assistência, pela gestão dos profissionais que atuavam na respectiva linha e pela interligação com a assistência realizada fora da maternidade. Os gerentes das Linhas de Apoio coordenavam as atividades dos profissionais da sua linha assegurando a infraestrutura necessária. O Colegiado Gestor, com suas reuniões semanais de caráter deliberativo, tinha



como atribuição a negociação permanente, possibilitando contratos entre os gerentes das linhas de cuidado e de apoio e a diretoria. O Colegiado Ampliado, de caráter consultivo e deliberativo, realizava reuniões mensais e era responsável por elaborar o planejamento de gestão da MPMB, discutir problemas, organizar estratégias para suas soluções e acompanhar sua execução. Gerentes e representantes dos trabalhadores e usuários participavam do Conselho Regional de Saúde, no qual discutiam soluções para os problemas de saúde da região (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

A metodologia elaborada para a formação do Colegiado Ampliado, por votação direta de representantes por setores, foi considerada como um fator que motivou os trabalhadores, ampliou a participação e distribuiu responsabilidades. “Houve uma votação, cada setor elegeu um funcionário que queria que fosse o seu representante [...] foi uma das coisas muito bonitas que aconteceu aqui, porque deu voz ativa, colocou todos os funcionários num mesmo nível de responsabilidade.” (G2). “Na verdade, eu trabalho aqui há muito tempo, tinha coisas que aconteciam e que eu nem sabia que tinha. E foi através dos colegiados, dos trabalhos em grupo, misturando os colegas, que as coisas passaram a acontecer” (G3)

Para os gerentes, o Colegiado Gestor possibilitou o compartilhamento dos problemas e a proposição de soluções conjuntas. Os momentos frequentes de avaliação e a metodologia das reuniões semanais colaboraram para formação, entrosamento da equipe e para o crescimento pessoal. “O que ajudou muito esse grupo foi a união. Mesmo nos momentos difíceis, mesmo nas discussões, às vezes um não concordando com o que o outro queria, no final, a gente estava unido” (G4). “Pessoalmente, eu vi que a gente cresce muito com o grupo. É muito bom porque você vai percebendo as qualidades de cada um e você vai tendo coragem também pra colocar em prática as coisas, isso é bom e vê que você dá conta também” (G4).

A participação dos trabalhadores no Colegiado Ampliado foi diminuindo a partir de 2011. Vários foram os motivos apontados nas falas dos trabalhadores: dificuldade em participar das reuniões marcadas fora do horário de serviço; impossibilidade de sair do plantão devido à alta demanda ou por falta de apoio dos colegas; falta de uma política de incentivo aos participantes; insuficiente implicação de alguns representantes dos trabalhadores com o projeto proposto; desapontamento com os cortes realizados pela Secretaria de Saúde; não valorização das falas dos trabalhadores durante as reuniões; frustração devido a não realização de todas as atividades planejadas e falta de objetividade e de encaminhamento das decisões discutidas (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2011). Como observado também em outros estudos (CECÍLIO, 2010), alguns trabalhadores não reconheciam os colegiados como espaços efetivos de participação e decisão. Houve

dificuldades de articulação entre os trabalhadores representantes que participavam do Colegiado Ampliado e seus representados, além da difícil comunicação das decisões tomadas tanto no Colegiado Ampliado quanto no Colegiado Gestor, para o conjunto dos trabalhadores. Apesar das tentativas de construir análises e soluções compartilhadas, os gerentes e trabalhadores consideram que o Colegiado Gestor não foi capaz de articular estratégias que possibilitassem solucionar esses problemas e manter a participação desses integrantes (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2011). “Teve uma avaliação do colegiado em 2011. Foram discutidos os maiores problemas que nós encontramos, né, o problema de comunicação, da representatividade, da informação. Aí faltou prosseguimento do trabalho, faltou reunião pra tratarmos destes assuntos de maior relevância” (G3)

Um Curso/Oficina de Formação Gerencial, de 14 meses de duração, foi oferecido pela diretoria em 2009, para os quarenta e sete membros do Colegiado Ampliado, utilizando-se de metodologias diversificadas e criativas. Com essa iniciativa, pretendia-se aprimorar os conhecimentos teóricos em gestão hospitalar dos participantes, motivar os trabalhadores para uma participação efetiva no gerenciamento, elaborar coletivamente as principais ferramentas de gestão e aperfeiçoar a organização dos processos de trabalho (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010). Na construção da democracia institucional é fundamental que se amplie a capacidade de gestão para o conjunto de pessoas e não a restrinja à alta direção. A socialização dessa habilidade diminui a distância entre gestores e trabalhadores e favorece a pactuação de compromissos (CAMPOS, 2007). “Ela [diretora] fez os cursos pra uma maior orientação, pra que essas pessoas fossem capacitadas, uma preparação pra que aqueles que estavam começando a participar, tivessem noção do que ia discutir.” (G2).

O Planejamento Estratégico e Operacional foi elaborado pelo Colegiado Ampliado durante o curso de Formação Gerencial, aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, posteriormente, discutido com os demais trabalhadores em ‘Rodas de Conversa’ por plantão (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010). A elaboração conjunta do planejamento contribui com o diálogo e com o compartilhamento das ideias e propostas, consolida o senso de pertencimento e de corresponsabilidade e gera maior satisfação e realização pessoal (CAMPOS, 2007).

O Colegiado Ampliado soube fazer discussões dos principais problemas pra que a gente depois, junto com eles, criasse propostas. Claro que com isso a gente foi entendendo no mesmo instante as etapas de gerenciamento, né, de como fazer isso, ensinando a eles também. E implicando a todos na questão da construção do Planejamento Estratégico que iria ser cumprido ao longo desses anos. (G4)

“Ser reconhecida pelos usuários, funcionários e nacionalmente como uma Maternidade que valoriza o trabalhador, realiza gestão participativa e possibilita à família vivenciar uma experiência feliz e segura do parto/nascimento” (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010) foi a visão que norteou a elaboração das sete Diretrizes da Maternidade: a) implantar a gestão participativa; b) oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social; c) valorizar o trabalhador; d) organizar os processos de trabalho; e) adequar a infraestrutura conforme as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); f) integrar efetivamente a Maternidade na rede assistencial; g) otimizar os recursos financeiros. A partir dessas diretrizes foram planejadas trinta objetivos estratégicos e cento e cinquenta e quatro atividades (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Avaliações periódicas das atividades do Planejamento Estratégico 2009/2012 foram realizadas por meio do monitoramento de indicadores e análises de cumprimento das tarefas programadas. Em dezembro de 2011: 66% das atividades planejadas tinham sido cumpridas, 20% estavam em andamento e 14% estavam programadas. Estas avaliações foram discutidas e analisadas no Colegiado Ampliado e em seguida divulgadas entre os trabalhadores (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2011).

A democracia institucional depende da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhado, que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público quanto capacidade reflexiva e autonomia dos trabalhadores (CAMPOS, 2007). Foram implantados dispositivos de participação para possibilitar encontros entre sujeitos, melhorar a integração interpessoal e incentivar análises da realidade. Dentre estes: A Hora do Encontro; Ginástica Laboral; Passeio Familiar; Alimentação Saudável: Saúde e Qualidade de Vida; Saúde e Coerência; Fala Cidadão; Grupo de Teatro; Grupo de Educação Ambiental; Grupo de Eventos; Núcleo de Educação Permanente; Aprimoramento na comunicação interna; Gestão porta aberta e o Grupo de Trabalho da Humanização. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Os trabalhadores reconhecem que essas atividades melhoraram o relacionamento entre colegas, o entusiasmo e a motivação. “Foi um período de muita participação. E isso deu muita movimentação interna, pôs muitas meninas pra frente, então foi importante. A gente aprendeu muita coisa, a gente conseguiu passar muita coisa” (G1). Porém, a partir de 2011, quando a SMS determinou cortes de pessoal, alguns desses grupos de trabalho foram extintos. “Começou muito bem, todo mundo empolgado. Mas com o tempo, eles foram cortando as horas extras, as extensões de jornada, então não tinham mais como promover aquilo” (G1).

Para além dos arranjos institucionais e dispositivos de participação, a gestão participativa acontece principalmente na capilaridade das relações e atitudes cotidianas. Gerenciar de um modo mais amplo do que o pautado no saber técnico administrativo e na atuação em resposta a demandas urgentes, pressupõe uma postura de incentivo à formação de coletivos, de escuta, de valorização do saber do outro, logo, a habilidade em manejar relações de conflito, mediar desejos e necessidades e, obviamente, exercer adequadamente a autoridade. (CAMPOS, 2007). “[...] essa é uma gestão mais trabalhosa. Você fazer uma gestão participativa é uma gestão que você tem que saber lidar com visões diferentes, com opiniões diferentes, ter que lidar com o gerenciamento de conflito” (G4).

Os trabalhadores e gerentes reconhecem que houve dificuldades no desempenho dessas funções por parte de alguns gerentes (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2011) “Cada gerente é de uma forma, uma te recebe, outra te escuta, outras não querem nem saber do seu problema” (G1). Ao longo do tempo, alguns gerentes se tornaram líderes das equipes que coordenavam. “Então, depois dessa questão da gestão participativa, a nossa gerência mudou. Ela tem boa vontade de nos ouvir e tá trazendo a discussão feita no colegiado” (G1). O gerenciamento se tornou um aprendizado diário, um esforço cotidiano de reflexão da prática.

Como em outros trabalhos (CECÍLIO; TANIELLA, 2004), aqui também se observa que os gerentes dispendem a maior parte do tempo na solução de problemas, ‘apagando incêndios diários’, restando pouco tempo para o planejamento e o monitoramento das ações na unidade sob sua responsabilidade, como também para o incentivo ao trabalho coletivo. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2011).

Na trajetória desta experiência em análise, notam-se duas etapas distintas: a primeira durante os anos de 2009 e 2010 de intensa participação e construção coletiva; a segunda, a partir de 2011, quando ocorreram mudanças conjunturais que interferiram na gestão interna da Maternidade, inclusive, a saída da diretora geral, que assumia também a função de apoiadora, e sua substituição por um dos gerentes do Colegiado Gestor. Segundo Campos (CAMPOS, 2007), o apoiador da gestão participativa exerce função gerencial complementar de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, que deve ser realizada de uma maneira interativa e democrática, reconhecendo a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, procurando estabelecer relações construtivas, articulando os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores, gerentes e usuários. Pelos depoimentos dos participantes, essa mudança trouxe impacto inicial para o processo em curso. “Eu acho que o grupo estava indo, mas não estava maduro suficiente para andar sozinho.

Então, a saída dela [diretora] aconteceu na adolescência do grupo, sabe, que não tinha ainda uma maturidade pra dar continuidade e manter a atividade.” (G3).

No início de 2011, a Prefeitura Municipal enfrentou a insatisfação dos trabalhadores com a reestruturação do Plano de Cargos, Contribuições e Vencimentos (PCCV), além de ter passado por restrições financeiras e dificuldades com o cumprimento da lei de responsabilidade fiscal. Portanto, foi preciso realizar cortes de pessoal na MPMB, cortes de serviços, diminuição das horas extras e das extensões de jornada, ocasionando desfalques de profissionais nas escalas de serviço, afetando a qualidade da assistência e do ambiente organizacional e conseqüentemente a gestão participativa (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2011). “Acabaram com as extensões, muita gente ficou muito chateada com os cortes do PCCV. Levamos um choque grande. Estas atitudes da prefeitura repercutiram muito aqui dentro. Ficamos muito desmotivados e atrapalhou a participação dos funcionários nas atividades.” (G3). Algumas ações planejadas não puderam ser executadas e outras tiveram que ser desativadas, gerando sentimento de frustração nos trabalhadores e nos gerentes. “As pessoas esperavam que nós pudéssemos cumprir tudo aquilo que a gente tinha acordado com o colegiado [...] elas tiveram muita expectativa no início e a gente teve problema ao caminhar.” (G4).

A SMS tinha como uma das suas diretrizes a gestão participativa, oferecendo, inclusive, apoio e estímulo à direção da Maternidade, durante a fase inicial da organização do modelo de gestão (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010). Porém, segundo a opinião dos gerentes, a SMS não conseguiu, principalmente a partir de 2011, acompanhar o trabalho interno da Maternidade, não soube lidar com as suas especificidades, como também não aprimorou metodologias capazes de atuar mais democraticamente nas decisões cotidianas. “A gente estava sendo muito desrespeitado [pela SMS] enquanto gestores. E no momento que a gente mais precisou, veio determinações de cortes de cima pra baixo” (G4). Isto dificultou o trabalho do colegiado gestor que, por sua vez, não teve a habilidade de encaminhar aos trabalhadores e ao Colegiado Ampliado as discussões sobre esses conflitos com a SMS e sobre as decisões referentes aos cortes financeiros, o que, posteriormente, foi considerado pelos próprios gerentes um erro estratégico, pois desestimulou os trabalhadores e desacreditou a gestão participativa (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2011). “Mas tomar certas decisões da forma que a gente fez [sem discutir com o Colegiado Ampliado] ficou parecendo que a gente é que estava sendo desrespeitoso com eles [trabalhadores]. Então assim, muito difícil esse momento pra gente, foi muito dolorido” (G4). “Acho que isso foi um erro nosso, a gente ficou uns quatro

meses sem reunir, a gente não tinha coragem de reunir porque a gente não dava conta de encarar o grupo de novo” (G4).

O gerenciamento tem a difícil função de articular as questões de governo, com a condução da organização e as necessidades e desejos dos vários atores em cena. (AZEVEDO; COL, 2010). Como observado, em muitas situações essa função ‘sanduíche’ é geradora de angústia. “Eu acho que a coisa mais difícil foi que a gente tava sendo cobrado pelos trabalhadores, e sendo cobrado pela secretaria. Então, eu acho que o grupo se sentiu assim, encurralado” (G4). Além disto, gerenciar os diversos interesses, afetos e poderes que se embaralham no cotidiano da instituição não é uma tarefa fácil e o desgaste torna-se maior quando os gerentes e diretoria são antigos trabalhadores da mesma instituição, como observado nesta experiência. “E às vezes, você atendia um, mas tava prejudicando o outro. Então, a gente tinha que explicar as nossas atitudes e mostrar de uma forma respeitosa como resolver em favor de um bem comum, porque a nossa visão às vezes era diferente do trabalhador” (G4).

Uma parcela de trabalhadores, desde o início da gestão, não se apropriou dos espaços de participação, alguns por pertencerem ao grupo político de oposição à gestão municipal; outros, por indiferença, desinteresse, comodidade, incredulidade na proposta ou descrença na sua própria capacidade de colaborar com a gestão. “Então eu dizia, não vou entender o que eles estão falando, essas coisas lá de nível superior e tal, então eu não quis participar” (G2). “Tinha pessoas que poderiam ter participado mais, mas por causa da questão política não iam, isso também dificultou” (G2). “A gente acha muito mais tranquilo que a pessoa que está na direção traga tudo pronto. Acatar do que tomar decisão. Porque aí depois de qualquer coisa a gente fala: está vendo, foi ela” (G2).

Vários autores (CECÍLIO; TANIELLA, 2004; CARAPINHEIRO, 1998) abordam as dificuldades da categoria médica em realizar trabalho interdisciplinar e de ocupar espaços de participação na gestão dos serviços de saúde. Na MPMB não foi diferente.

“A representatividade que a gente tem de médicos no colegiado ampliado é mínima. É uma equipe difícil de ser atingida. Os médicos não sabem o que e como estamos trabalhando. Existe um mundo além daquele quarto que os médicos não conhecem, não conhecem o resto da maternidade. Eles só ficam ali, só se concentram ali, festejam ali, não sabem que tem um mundo aqui fora. É uma coisa impressionante! Tanta coisa acontecendo aqui e eles simplesmente não se importam. [...] a gente não conseguiu atingir efetivamente a equipe médica, mostrar a que viemos. A [diretora] fez reunião até dentro do quarto dos médicos com o cavalete (risos), já que eles não saem do quarto, nós fomos até o quarto deles, né?” (G4).

Os depoimentos dos trabalhadores apontam qualidades na gestão participativa,

qualificando-a inclusive como direito de cidadania. Para eles, a participação propicia um sentimento de pertencimento, aumenta o grau de adesão e execução das atividades planejadas e qualifica o trabalho. “A gestão participativa eu acho que é uma questão de educação, que começa lá na escola [...] É uma questão de cidadania” (G2). “E isso teve efeito pro usuário, por que quando a gente sente fazendo parte, a gente acolhe melhor o usuário, tem mais vontade de fazer as coisas. Eu quero fazer o melhor porque eu também faço parte” (G2).

Para os gerentes, a gestão participativa possibilita a diversidade de pontos de vista, provocada pelos espaços de escuta, nem sempre tranquilos, entre pessoas que ocupam diferentes postos de trabalho, ampliando o diagnóstico da situação e apontando melhores soluções para os problemas. “Quem está lá atendendo, tem uma visão diferente de quem está gerenciando, de quem está na portaria e às vezes aparecem soluções de problemas de pessoas que você não imaginava, por isto assim, tem um lado muito bom, muito gratificante” (G4).

### **Produção de sujeitos**

Na racionalidade gerencial hegemônica observa-se uma nítida separação entre o trabalho criativo, intelectual, de planejar, de conceber ideias e de decidir, realizado pela alta direção; e o trabalho alienado de mera execução das atividades, exercido pelos trabalhadores.

Essa racionalidade apoia-se em arranjos organizacionais de disciplina e controle, que educam os trabalhadores para submissão, conformismo, e para suposição de que não detêm saber e capacidade suficiente para contribuir na gestão das instituições, restringindo espaços de manifestação das subjetividades, aproximando as pessoas à condição de objeto (CAMPOS, 2007).

“Ah, mas eu dizia: não vou dar conta disso, é muito assunto que eu não vou entender. Muitos pensaram assim, e muitos não acreditaram nessa capacidade, nesse poder de ser sujeito, né, acabam muitas vezes na crítica, porque as pessoas não entendem, ou entendem, mas não acreditam que isto pode fazer a diferença” (G2).

Esta experiência de gestão propôs reorganizar, de modo participativo, as práticas gerenciais, contribuindo dessa forma para a produção de sujeitos (CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2003), aqui entendidos como aqueles capazes de descobrir significados, criar sentidos, elaborar conceitos, ideias e atuar no mundo de maneira ativa e reflexiva (CHAUÍ, 1994). “[...] teve um momento de reflexão sim. Pra todo mundo teve essa marca, que teve alguém que fez você pensar que as coisas podem ser vistas por outra forma, que você pode contribuir e se quiser pode fazer” (G2). Nota-se que houve um grande esforço por parte da

gerencia em propiciar práticas voltadas para ampliar a capacidade de análise das pessoas e sua compreensão da realidade, promovendo autonomia na gestão das suas próprias vidas e das instituições onde atuavam. Capacidade de análise entendida como análise do contexto, análise dos próprios interesses e desejos e análise das propostas de intervenção. Análise para possibilitar maior iniciativa e atuação no mundo, seja por meio da política, da gestão de organizações ou do cuidado com a própria saúde (CAMPOS, 2003).

Ela [uma trabalhadora que participou do colegiado ampliado] é uma pessoa realmente importante, mas pra ela isso mexeu na autoestima, gente, isso melhorou a vida dela também, entendeu, a vida dela particular mudou pela autoestima que tudo isso levou a ela, sabe. Eu acredito que mexeu com todos nós (G2).

“Então isso mexe com as pessoas, mexe com essa questão de ser sujeito e você começa a pensar assim: eu posso com as minhas atitudes mudar alguma coisa. A gestão participativa faz isso, né?” (G2).

Observa-se nos depoimentos, de trabalhadores e gerentes, que este processo coletivo, para aqueles que participaram, possibilitou o exercício da *práxis*, “atuar segundo finalidades, construindo o sentido e o significado para a ação, agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto” (CHAUÍ, 1994), contribuindo para o crescimento pessoal.

Acho que de uma forma indireta, as pessoas já falaram sobre isto. De como modificaram a visão das coisas e como houve enriquecimento pessoal, sobre a importância do seu trabalho e do trabalho do outro, né. Eu vejo que nessa questão do ganho pessoal é impressionante! Quem participou participando mesmo, eu não tenho dúvida que teve enriquecimento pessoal. Essa é a parte melhor (G3).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a experiência de gestão da MPMB, que apostou no modelo de gestão participativa, articulado ao modelo de cuidado, gerador de espaços de escuta, troca de informações, planejamentos, decisões, compromissos e de corresponsabilização pelos processos de trabalho e seus resultados. Acreditando que nesses espaços expressam-se desejos, afetos, interesses e poderes, capazes de produzir sujeitos mais autônomos e mais comprometidos com os interesses coletivos. No curto espaço de tempo, apesar dos limites e dos inúmeros desafios, verificou-se que essa gestão conseguiu implantar e conduzir as estruturas e processos, revelando tendência de alcançar os objetivos propostos. Pode-se concluir que o modelo adotado propiciou um cuidado de saúde humanizado e de maior qualidade; ampliou a participação dos profissionais na gestão e promoveu maior interação entre eles; estimulou a *práxis* da autonomia e, por decorrência, contribuiu para o desenvolvimento da democracia institucional, todos esses sendo, sem dúvida, fatos de grande relevância para o sistema de saúde e para a população. Não por acaso, esta experiência obteve reconhecimento nacional ao ser classificada em primeiro lugar da sua categoria para o Prêmio Nacional Sérgio Arouca/Experiências Exitosas em Gestão Participativa, oferecido pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em 2011.

Esta gestão constituiu, certamente, uma oportunidade ímpar de aprendizagem para todos que se envolveram cotidianamente no projeto coletivo. A avaliação e a sistematização dessa experiência contribuíram, por sua vez, para ampliar e divulgar o conhecimento e promover a reflexão crítica sobre o modo de operar, 'o como fazer'. Por fim, a experiência e sua avaliação, no conjunto, representam exemplos de concretização de propostas de gerenciamento dos serviços de saúde, segundo aspectos como gestão participativa, valorização dos sujeitos envolvidos e assistência qualificada, que contribuem para a radicalização do projeto democrático do SUS.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

Este estudo avaliou a experiência de gestão da MPMB, que apostou no modelo de gestão participativa, articulado ao modelo de cuidado, gerador de espaços de escuta, troca de informações, planejamentos, decisões, compromissos e de corresponsabilização pelos processos de trabalho e seus resultados. Acreditando que nesses espaços expressam-se desejos, afetos, interesses e poderes, capazes de produzir sujeitos mais autônomos e mais comprometidos com os interesses coletivos. No curto espaço de tempo, apesar dos limites e dos inúmeros desafios, verificou-se que essa gestão conseguiu implantar e conduzir as estruturas e processos, revelando tendência de alcançar os objetivos propostos. Pode-se concluir que o modelo adotado propiciou um cuidado de saúde humanizado e de maior qualidade; ampliou a participação dos profissionais na gestão e promoveu maior interação entre eles; estimulou a *práxis* da autonomia e, por decorrência, contribuiu para o desenvolvimento da democracia institucional, todos esses sendo, sem dúvida, fatos de grande relevância para o sistema de saúde e para a população. Não por acaso, esta experiência obteve reconhecimento nacional ao ser classificada em primeiro lugar da sua categoria para o Prêmio Nacional Sérgio Arouca/Experiências Exitosas em Gestão Participativa, oferecido pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em 2011.

Esta gestão constituiu, certamente, uma oportunidade ímpar de aprendizagem para todos que se envolveram cotidianamente no projeto coletivo. A avaliação e a sistematização dessa experiência contribuíram, por sua vez, para ampliar e divulgar o conhecimento e promover a reflexão crítica sobre o modo de operar, 'o como fazer'. Por fim, a experiência e sua avaliação, no conjunto, representam exemplos de concretização de propostas de gerenciamento dos serviços de saúde, segundo aspectos como gestão participativa, valorização dos sujeitos envolvidos e assistência qualificada, que contribuem para a radicalização do projeto democrático do SUS.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L.; GRABOIS, V. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. Política, planejamento e Gestão em Saúde, ABRASCO. V.1, supl.1 p 95-116, 2010.

BETIM. Secretaria Municipal de Planejamento. *Pesquisa Qualitativa da Saúde em Betim*. Instituto VER, 2010 a.

BETIM. Secretaria Municipal de Planejamento. *Plano plurianual de Betim de 2009 a 2013*. Betim, 2009.

BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de Saúde 2010/2013*. Betim, 2010

BRAGA NETO, F. C. ; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 18, p. 665-704.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre a Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev., 2006. Disponível em:  
URL:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATA SUS/MS/2009). *Crescimento populacional em 2009b*. Disponível em:  
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>> Acesso em: 20 de julho de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.600, de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 130, 08 de Julho de 2011, Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Resolve aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria a NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 134, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996, Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. *Bioética* 1996; 4 (2suppl): 15-25p.1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º SAS/MS 650, de 05 de Outubro de 1997. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília/DF, Nº 193 de 06 de Outubro de 2011, seção 1, páginas 69/73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: redes de Produção de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009<sup>a</sup>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS. Documento Base para Gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da Gestão do trabalho e da Educação em saúde. *Curso de Formação de Facilitadores da Educação Permanente em Práticas de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p 131, 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev.2007

CAMPOS, Gastão W. S.; AMARAL, Márcia A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 849-859, julho/agosto 2007.

CAMPOS, Gastão W. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão W. *Um método para análise da co-gestão de coletivos*. 3.ed.. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. ; MERHY, Emerson Elias. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010.

CECÍLIO, L. C. O.; TANIELLA, C. M. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CHAULÍ, M. *Convite a Filosofia*. A Preocupação com o conhecimento. São Paulo. Editora Ática cap.1; p.117 a 119, 1994.

DONABEDIAN A. *The quality of medical care*. Science 1978; 200:856-64

FLEURY, S.; OUVÉRNEY, A.M. Política de Saúde : uma política Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 1, p. 23-64

FLICK, U. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Tradução Joice Elias Costa.- 3. ed.-Porto Alegre: Artmed, p.403, 2009

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 18ª edição, 1988.

GONÇALVES, E. L. Org. *Gestão hospitalar: administrando o Hospital Moderno*. São Paulo: Saraiva, 2007, 319p

HARTZ, Z.M.A, Org. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Edufba; 2002.

HECKERT,A.L.C;PASSOS,E.;BARROS,M.E.B. *Um seminário dispositivo:a humanização do Sistema único de Saúde (SUS) em debate.Interface- Comunicação, Saúde e Educação*,Fundação UNI/UNESP v.13, supl.1, p.493-502,2009.

INDICADORES de Saúde de Betim 2010. Boletim informativo do Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) da SMS. Betim, 2010a.

INDICADORES gerenciais. *Boletim Informativo da Maternidade Públicas de Betim*. Betim, 2010b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010. População de Betim em 2010*. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_minas\\_gerais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_minas_gerais.pdf). >Acesso em: 15 jul. de 2011.

LOBATO,L.V.C.;GIOVANELLA,L. Sistemas de Saúde : origem , componentes e dinâmica. In:GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 3, p. 107-140.

MALIK,A.M.; SCHIESARI, L.M.C.*Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde.Saude e Cidadania*. São Paulo: Fundação Perirópolis, v 3, p227, 1998

MASSUDA, A.; CAMPOS, G.W.S. *El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de La Universidad Estadual de Campinas (HC-Unicamp)*. Salud Colectiva. Buenos Aires; 6(2): p.163-180, 2010

MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM. Diretoria da Maternidade. *Colegiado Gestor Relatório de Gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim 2009 e 2010*. Betim, 2010.

MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM. Colegiado Ampliado da Maternidade Planejamento Estratégico da Maternidade Pública Municipal de Betim 2009/2012. Betim, 2009.

MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM. Colegiado Gestor. *Livro de Ata das Reuniões do Colegiado Gestor 2007 e 2008*. Betim, 2008.

MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM. Diretoria da Maternidade. *Modelo de gestão participativa da maternidade municipal de Betim, 2009 a*.

MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM. Diretoria da Maternidade.  
*Planejamento do Núcleo de educação e Pesquisa da Maternidade para 2010 a 2012*, 2010 a.

MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM. Diretoria da Maternidade.  
*Planejamento da Farmácia da MPMB para 2010 a 2012*, 2010 b.

MAZZOTTI, A. J. A.; Gewandsznajder, F. *O Método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa*. São Paulo: editora Pioneira Thomson Learning 2ª edição, 2002

MENDES, E.V. *Os grandes desafios do SUS. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), Casa da Qualidade Editora*, 2001. Tomos I e II

MERHY, E.E ; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. JUNIOR, H.M.M. *O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007, 293p.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 3ª edição, p 189, 2007

MERHY, EMERSON ; ONOKO, ROSANA. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. *Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências*. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 18, p. 665-704.

NOGUEIRA, L. C. *Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde*. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003, 136p.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. "O Sistema Único de Saúde SUS". In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 12, p. 435-472.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. A gestão espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza (org). *Saúde Paidéia*: Huceitex, 2003.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 15, p. 547-573.

PASCHE, D.F. *Gestão e subjetividade em saúde*. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Campinas. 2003

VASCONSELOS, E. M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; p 334, 2009.

YIN, R. K. *Estudos de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Ana Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Brookman, 2010. 248 p.



## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM OS TRABALHADORES

1- Como vocês avaliam a experiência de Gestão Interna da Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB) no período de 2009 a 2011 em relação aos seguintes aspectos:

- Crescimento pessoal;
- Sua capacidade de análise da realidade;
- Relações interpessoais no trabalho;
- Possibilidade de intervenção na realidade do trabalho (protagonismo no trabalho);
- Criatividade no trabalho;
- Grau de comprometimento com o trabalho
- Sentimento de valorização;
- Sentimento de pertencimento

2- Quais foram as principais dificuldades e desafios que vocês sentiram em relação a gestão interna da MPMB neste período de 2009 a 2011?

3- Quais foram as principais estratégias utilizadas pelos trabalhadores, pela gestão interna e pela secretaria municipal de saúde, para superar as dificuldades e desafios encontrados?

4- Quais foram os principais pontos positivos (fatores facilitadores) em relação a gestão interna da MPMB neste período de 2009 a 2011?

5- Como avaliam a Influência das Políticas e Programas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde na gestão estudada?(Tipos de influências exercidas, fatores facilitadores, fatores dificultadores, incentivos, apoio financeiro, político e técnico)

6- Como avaliam a Influência das Políticas e Programas e Decisões da Prefeitura Municipal de Betim e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim na gestão estudada?(Tipos de influências exercidas, fatores facilitadores, fatores dificultadores, incentivos, apoio financeiro, político e técnico)

## APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM OS GERENTES

1- Como vocês avaliam a experiência de Gestão Interna da Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB) no período de 2009 a 2011 em relação aos seguintes aspectos:

- Crescimento pessoal;
- Sua capacidade de análise da realidade;
- Relações interpessoais no trabalho;
- Possibilidade de intervenção na realidade do trabalho (protagonismo no trabalho);
- Criatividade no trabalho;
- Grau de comprometimento com o trabalho
- Sentimento de valorização;
- Sentimento de pertencimento

2- Quais foram as principais dificuldades e desafios que vocês sentiram para gestão da MPMB neste período de 2009 a 2011?

3- Quais foram as principais estratégias utilizadas pela gerencia da MPMB para superar as dificuldades e desafios encontrados?

4- Quais foram os principais pontos positivos (fatores facilitadores) para a gestão interna da MPMB neste período de 2009 a 2011?

5- Como avaliam a Influência das Políticas e Programas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde na gestão estudada?(Tipos de influências exercidas, fatores facilitadores, fatores dificultadores, incentivos, apoio financeiro, político e técnico)

6- Como avaliam a Influência das Políticas e Programas e Decisões da Prefeitura Municipal de Betim e da Secretaria Municipal de Saúde de Betim na gestão estudada?(Tipos de influências exercidas, fatores facilitadores, fatores dificultadores, incentivos, apoio financeiro, político e técnico)

### APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) senhor (a), convidamos V. Sa. a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim: produção de saúde, sujeitos e coletivos”, que tem como objetivo avaliar a experiência de gestão entre o período de 2009 a 2011. A pesquisa é desenvolvida no Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG, pela mestranda Adriana Diniz de Deus, e orientada pela Professora Doutora Elza de Melo. Sua participação é voluntária e a entrevista será gravada e posteriormente transcrita. A sua identificação será mantida sob sigilo e os resultados serão utilizados somente para fins científicos, por meio de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, tendo sido aprovado. Informamos que você poderá solicitar as informações que desejar da pesquisadora, a qualquer momento do estudo e ainda cancelar sua participação a qualquer instante, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho, bem como solicitar informações adicionais. Essa participação não trará nenhum ônus e nenhum benefício financeiro a você.

Eu, \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_, declaro que obtive de forma voluntária esse TCLE para participação nesse estudo e fui esclarecido (a) sobre a finalidade da pesquisa e concordo em participar da entrevista solicitada, sabendo que meu nome será mantido em sigilo e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

---

**Entrevistado**

---

**Adriana Diniz de Deus - Pesquisadora**

---

**1. Contato COEP/UFMG:**

Av. Presidente Antonio Carlos, 667 –  
Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala  
2005/Campus Pampulha CEP: 31270-901.  
Belo Horizonte-MG.  
Telefone: 31-34094592  
Email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

Drª Elza Machado de Melo

Faculdade de Medicina da UFMG  
Av. Alfredo Balena, 190 /SI 701 – Stª  
Efigênia.  
CEP: 30.130-000 - Belo Horizonte/MG  
Telefone: (31) 3409

**2. Contato das pesquisadoras:**

Adriana Diniz de Deus  
Rua João Inácio da Silva – bairro Ingá  
Betim, Minas Gerais  
Telefones: (31) 35319735 ou 99595378E-  
mail: [adrianadedeus@oi.com.br](mailto:adrianadedeus@oi.com.br) Profa.

