



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira

Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades públicas

Andréia Maria Thurler Fontoura

Rio de Janeiro

Abril / 2017



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira

Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades públicas

Andréia Maria Thurler Fontoura

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Rosa Maria de Araujo Mitre

Co-orientadora: Cynthia Magluta

Rio de Janeiro

Abril / 2017

CIP - Catalogação na Publicação

Fontoura, Andréia Maria Thurler.

Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades públicas / Andréia Maria Thurler Fontoura. - Rio de Janeiro, 2017.
79 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Rosa Maria de Araujo Mitre.
Co-orientadora: Cynthia Magluta.

Bibliografia: f. 61-63

1. Gestão em Saúde. 2. Cogestão. 3. Maternidade. I. Título.

Dedico este trabalho a todos aqueles que sonham e lutam diariamente
por um mundo mais solidário e cuidador e por uma saúde pública
potente e para todos!

AGRADECIMENTOS

Nesses agradecimentos percorrerei pessoas e coletivos que estão em mim e me constituem hoje...

Agradeço àqueles que me deram a vida e que me ensinaram a lutar por ela... Meus pais!

Agradeço a meu irmão que me inspira com sua trajetória e me incentiva sempre!

Agradeço ao meu amor que teve paciência e me apoiou, desde o início!

Agradeço aos coletivos pelos quais passei que me impulsionaram tanto na vida – Coletivo Nacional de Humanização/MS, Coletivo PNH Sudeste, Coletivo PNH RJ, Apoiadores IFF e tantos outros.

Agradeço a Serafim Santos pela confiança e provocações e a Fábio Alves que compartilhou comigo um período de muitas intensidades no trabalho de apoio institucional.

Agradeço à coordenação do mestrado, Maria e Cynthia, que conduziram e sustentaram toda essa caminhada.

Agradeço a todos os professores que cruzaram o meu caminho, desde o início da vida acadêmica, me tocando com o seu saber, despertando minha curiosidade... Especialmente, agradeço aos professores do mestrado que construíram uma relação amorosa e potente para o aprendizado e descobertas.

Agradeço a Aline e equipe da Secretaria Acadêmica por todo o suporte e atenção, sempre com disponibilidade e delicadeza!

Agradeço às minhas orientadoras – Rosa com sua doçura e acúmulo em pesquisa e Cynthia com sua objetividade e bagagem em gestão – que juntas conseguiram provocar em mim deslocamentos e estranhamentos tão necessários para a pesquisa!

Agradeço a minha banca composta por pessoas tão caras ao meu percurso e que aceitaram compartilhar comigo desse momento tão importante e significativo.

Agradeço a minha turma querida de mestrado que conseguiu dar continente a todas as emoções e sentimentos que permeiam um processo como esse.

Agradeço aos hospitais e gestores que me receberam e me acolheram, possibilitando este estudo.

Muito obrigada a todos os amigos que, mesmo distantes, compartilham desse momento!

RESUMO

O presente trabalho buscou discutir os desafios do processo de Cogestão em saúde e, nesse cenário, pensar como a Cogestão vem sendo exercida em maternidades públicas. Para isso, objetivou analisar os processos de cogestão em maternidades públicas na percepção dos gestores, buscando identificar seus arranjos e estratégias, entender o papel dos gestores e investigar o colegiado como dispositivo de compartilhamento e construção coletiva.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada de junho a setembro de 2016, em 02 maternidades públicas do Rio de Janeiro, com diferentes arranjos de gestão. Os participantes foram gestores de diferentes níveis no exercício da função há, pelo menos, seis meses. Na coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada e a observação participante do cotidiano desses gestores. Utilizamos a análise de conteúdo, de modalidade temática, para a interpretação dos dados, que foram organizados a partir das questões do roteiro de entrevista, em eixos temáticos.

Foram encontrados quatro eixos temáticos - formação e trajetória profissional dos gestores; papel do gestor; Cogestão; e, arranjos e estratégias de Cogestão. Os gestores destacaram ausência de ofertas de formação em gestão e que assumiam essa função a partir de um destaque como técnicos e com pouco acesso a instrumentos que fortalecessem sua prática. Foi identificado que possuem um papel de fomento e operacionalização dos colegiados, atuando como mediadores. A Cogestão foi compreendida como uma forma de pensar a gestão em bases mais democráticas, porém ainda reduzida à divisão de tarefas gerenciais e à ampliação da comunicação. O colegiado foi destacado como principal dispositivo de compartilhamento, capaz de ativar as relações e grupalidades, mas produzindo ainda poucos efeitos na ampliação da tomada de decisão.

A partir da potência encontrada no campo estudado, torna-se fundamental garantir algumas estratégias para sustentação deste modelo, tais como: o apoio institucional, a oferta de oportunidades de formação para os gestores e a qualificação das oportunidades de fortalecimento dos colegiados. Uma mudança como essa no modo de fazer gestão exige uma sustentação a longo prazo do modelo, visto que a produção teórica sobre o modelo participativo é recente e apesar de sua potência, o pouco tempo de experimentação parece ainda não interferir nas práticas de forma sustentável e contínua.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde; Cogestão; Maternidade.

ABSTRACT

This study intended to discuss the challenges of the Health Co-Management process and how it has been practiced in public maternity hospitals. Besides the purpose of this study was to analyze the co - management processes in such hospitals in the perception of managers, aiming to identify their arrangements and strategies, to understand their roles and to investigate the collegiate as a device for sharing and collective construction.

It is a qualitative research, carried out from June to September of 2016, in two public maternity hospitals of Rio de Janeiro, with different management arrangements. The participants were managers of different hierarchy levels in this position for at least six months. In the data collection, semi-structured interviews and participant observations of the daily life of these managers were used. It was used the content analysis of thematic modality for data interpretation, which were organized from the interview script, in thematic axes.

Four thematic axes were found - training and professional development of the managers; manager role; Co-management; and, co-management arrangements and strategies. Interviewed managers highlighted the absence of management trainings and low availability of tools to improve their practices; and that they assumed this position because of good technical performance. It was identified that they have a role to promote collegiate and to make it works, acting as mediators. Co-management was understood as a way of thinking management on a more democratic basis, but still reduced to the division of managerial tasks and the expansion of communication. The collegiate was highlighted as the main sharing device, capable of activating relations and groups, but still producing few results in the expansion of decision making.

According to the results, it is very important to guarantee some strategies to develop this model, such as: institutional support, provision of training for managers and qualification of opportunities for strengthening the collegiate. Such a change in the way of management requires a long-term support of the model, since the theoretical production on the participative model is recent and, despite of its power, the little experimentation time seems still not to interfere in the practices in a sustainable basis.

KEY WORDS: Health Management; Cogestión; Maternity.

“Isto é um sonho, bem sei, mas quero continuar a sonhar.”
Nietzsche

SUMÁRIO

CAP. I – INTRODUÇÃO	09
CAP. II – JUSTIFICATIVA	12
CAP. III – OBJETIVOS	16
CAP. IV – REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1. A gestão em Saúde	17
4.2. A cogestão e os coletivos	20
CAP. V – PERCURSO METODOLÓGICO	24
5.1. Campo de estudo	25
5.1.1 O campo	26
5.1.1.1 O campo de pesquisa	29
5.1.2 O campo II	30
5.1.2.1 O campo de pesquisa – a maternidade	32
5.2. Participantes	33
5.3. Coleta de dados	34
5.4. Análise e interpretação dos dados	35
5.5. Questões éticas	36
CAP. VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1. Formação e trajetória profissional dos gestores	37
6.2. O gestor e suas experiências	42
6.3. A Cogestão para os gestores	49
6.3.1. O processo de implantação da Cogestão	49
6.3.2. O que os gestores entendem por Cogestão	52
6.4. Arranjos e estratégias de Cogestão	57
CAP. VII – Considerações Finais	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	69

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

O trabalho ao se fazer de forma coletiva desafia e busca superar o modelo taylorista, hegemônico no campo da gestão. Modelo este que produz suas marcas ainda hoje, desafiando gestores, profissionais e todos os envolvidos a construir um modo de gerenciar de forma mais compartilhada e participativa, buscando qualificar o alcance da missão institucional.

A Administração Científica do Trabalho, colocada por Taylor, mostra-se na busca pela padronização, controle do trabalho implicando numa organização em etapas altamente específicas, como peças de uma máquina que se articulam para colocá-la em funcionamento. Além de conceber uma clara dissociação entre quem programa o trabalho e quem o executa. O desafio, portanto, seria possibilitar a articulação dessas etapas, através da gestão deste processo de forma coletiva, articulando quem planeja e quem executa¹.

As imagens impactantes do filme “Tempos modernos”ⁱ revela tal estrutura que faz do trabalhador mais um fragmento da máquina, tornando-se também máquina.

O trabalho no campo da saúde também reflete tal lógica. Os serviços de saúde têm se comportado como organizações hierarquizadas, com a decisão centralizada, com processos especializados, fragmentados, estruturados por funções e centrados basicamente em três corporações².

Tal cenário coloca desafios que confrontados com os princípios do SUS e a perspectiva de democratização, participação e controle social, exige para além das estratégias gerenciais inovadoras, o compromisso de favorecer acesso a um cuidado de qualidade e um ambiente de trabalho que resgate a corresponsabilidade de todos os envolvidos. A literatura tem indicado a adoção de dispositivos para se criar um modelo de gestão que reflita tais princípios e ultrapasse o método taylorista de gestão, garantindo a qualificação das ofertas em saúde³.

Neste sentido o Ministério da Saúde (MS) vem estimulando que os serviços de saúde utilizem este modo de gerir, principalmente no campo materno-infantil, a partir da Rede Cegonha (RC). A RC está articulada com a Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS (PNH) e suas diretrizes⁴, dentre estas a

ⁱ Filme do cineasta Charlie Chaplin em que o seu personagem “O Vagabundo” tenta sobreviver no mundo moderno e industrializado. EUA, 1936.

cogestão, que é tomada como conceito-chave neste trabalho.

Diante disso, Campos³ nos coloca algumas questões: como combinar criatividade com responsabilidade e comprometimento profissional? Como efetivar espaços coletivos de gestão dos processos de trabalho que radicalize ações em saúde integrais, interprofissionais e cogeridas? Como reorganizar o hospital em torno de unidades de produção (UP)ⁱⁱ de forma disruptiva com certos posicionamentos corporativos e relações de poder estabelecidas, rompendo com tal lógica hegemônica de fragmentação e colocando em cena e em análise o processo de trabalho e produção de saúde?

A partir dessas questões, destacamos as contribuições sistematizadas na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) como um vetor de força que recorre à Análise Institucional e também provoca e é provocada por diversos atores dos campos da saúde e da gestão, como Gastão Wagner¹, Emerson Merhy et al.⁶, Carlos Matus⁷ e Henry Mintzberg e Quinn⁸. Esses autores serão colocados aqui em diálogo, com suas aproximações e distanciamentos, para pensarmos os desafios atuais do campo da gestão em saúde e quais as estratégias que vêm sendo criadas para enfrentá-los e produzir uma saúde mais universal, equânime e integral.

Nesse cenário, os colegiados são apontados como instrumentos potentes para a experimentação de uma organização das equipes mais interdisciplinar e corresponsável¹. Os colegiados proporcionam o exercício de uma ação política no sentido de coletivamente e nos movimentos grupais acompanhar os desenhos possíveis de existência, de fazer profissional e de produção de uma saúde pública mais efetiva. Ação que vai do macro ao micro, da gestão às relações entre trabalhadores no exercício de sua autonomia e na construção de suas práticas.

Nesse pensar a gestão em saúde, destacamos algumas questões norteadoras no presente trabalho:

- Que estratégias são construídas para tornar a gestão mais participativa e inclusiva?
- O colegiado é utilizado como instrumento? Com que atributos (atores,

ⁱⁱ “Unidade de Produção é um agrupamento de serviços e/ou unidades dentro de um mesmo espaço de gestão, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementariedade. Objetiva reduzir a fragmentação das ações, maior articulação operativa entre as diferentes profissões e especialidades, possibilitar a cada profissional visão ampliada da finalidade do seu trabalho e buscar maiores eficiência e eficácia” (Amaral; Campos, 2011⁵).

composição, periodicidade, funcionamento, formas de decisão)?

- Como os colegiados colaboram para a conformação de equipes gestoras, capazes de intervir e enfrentar os problemas do campo da saúde, de forma protagonista?
- O que auxilia o gestor a se deslocar de uma posição de chefia para uma posição mais de liderança e apoio às equipes?
- Como a Cogestão é exercida e efetivada pelos gestores de **maternidades públicas**?

Então, a partir da discussão da Gestão em Saúde marcada atualmente por um exercício de participação e inclusão social e seus arranjos, como os colegiados, buscamos, no presente trabalho, abordar o seguinte objeto: **a cogestão em maternidades públicas**.

CAPÍTULO II – JUSTIFICATIVA

O objeto deste trabalho surge a partir de minha experiência como apoiadora institucional de serviço do Ministério da Saúde (MS). Experiência que reflete uma trajetória profissional no âmbito do SUS que começa numa formação em Psicologia. Formação marcada por uma reformulação curricular que permitiu uma abertura da clínica para além do consultório particular e da prática psicanalítica e o encontro com autores fundamentais nessa abertura, como Felix Guattari, Gilles Deleuze, Suely Rolnik, Cecília Coimbra e Regina Benevides, dentre outros e com os grupos e instituições, espaços fundamentais de criação.

Trago marcas de um percurso profissional trilhado no campo do trabalho em saúde, quer numa Prefeitura do interior, quer numa cooperativa de saúde, quer de forma mais solta em vivências psicodramáticas realizadas no SUS.

Como psicóloga assistencial no Instituto Nacional de Câncer (INCA), me deparo com a Política Nacional de Humanização (PNH) que me alegra ao perceber muitos dos conceitos da academia em ação como política pública, intervindo no modelo de saúde construído e efetivado nas práticas dos serviços. E nesse caminhar a *função apoio* vai se delineando a partir da experiência atual como *apoiadora institucional*ⁱⁱⁱ no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ) que dialoga com a experimentação de dispositivos possíveis para o fortalecimento das boas práticas ao parto e nascimento, objeto da Rede Cegonha/MS.

Compartilhamos a compreensão de Gomes (2004)¹⁰ quando destaca os desafios da assistência perinatal no setor público brasileiro que refletem uma fragmentação e separação presentes em diversos níveis: entre aqueles que formulam as normas e aqueles que gerenciam os serviços; entre os diferentes prestadores (federais, estaduais, municipais, universitários, filantrópicos e conveniados); entre os diversos elementos que compõem a assistência perinatal (pré-natal, assistência ao parto puerpério e neonatal); entre os níveis de complexidade (alto risco e risco

ⁱⁱⁱ “A função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção” (Santos-Filho; Barros; Gomes, 2009⁹).

habitual); entre a capital e o interior. Além da necessidade da revisão das práticas assistenciais baseada em evidências científicas e nos direitos humanos.

No percurso das políticas públicas para a saúde das mulheres, podemos observar tentativas de superar tal fragmentação e uma lógica programática frente aos problemas de saúde. Aposta-se em políticas, como a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher), que busquem um olhar mais integral e singular, abarcando os diversos aspectos e necessidades das mulheres, a partir de sua inserção social, racial, sexual e política (mulheres negras, indígenas, lésbicas, moradoras do campo etc.)¹¹.

Destacamos também o PQM (Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste), estratégia criada pelo Ministério da Saúde/MS (2009/2011) para alterar práticas de trabalho e qualificar a assistência obstétrica e neonatal tendo, dentre suas diretrizes, a cogestão e a articulação de redes de cuidado e espaços cogestivos como os fóruns perinatais. Nesse rastro, é lançada em 2011 a Rede Cegonha como estratégia do MS para fortalecer alguns pontos da PNAISM referentes ao eixo obstétrico, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. E, desta forma, reduzir a mortalidade materna e infantil no seu componente perinatal.

A Rede Cegonha prevê, em seu Manual Prático de Implementação (2011)¹², “[...] fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento”.

Tal premissa ratifica a relevância atual de se analisar como vem sendo “gestada” as maternidades e que estratégias seus gestores e trabalhadores vêm construindo para lidar com os desafios apresentados. Com isso, a aposta no estudo de um modelo de gestão participativa e compartilhada para subsidiar as ações do MS na qualificação de práticas de saúde mais comprometidas com a garantia do SUS e de uma saúde pública de qualidade para todos.

Podemos observar a necessidade cada vez maior e mais presente nos últimos anos de se pensar em arranjos que favoreçam o diálogo entre os diversos atores envolvidos direta ou indiretamente como tema da saúde perinatal e a construção de perspectivas e propostas comuns. Falamos, então, de arranjos de gestão e de organização dos serviços e equipes que sejam mais participativos e solidários e que possam transformar tais questões em desafios para todo o grupo, num olhar mais ampliado e integrado do sujeito que demanda as ações de saúde.

Observamos também uma indicação cada vez mais forte para a participação e controle social que coloca em cena uma produção ativa de cidadania e um resgate de aspectos éticos, estéticos e políticos da gestão pública. Aqui, recorremos a Suely Rolnik¹³, para pensarmos uma ética da afirmação da vida; uma estética no sentido de uma criação constante de formas de ser e estar no mundo; e, a política como forma de resistência a certos modos instituídos. Nesse sentido, a gestão também inclui uma dimensão de cuidado e de produção de subjetividade que ao ser incluída pode se traduzir numa grande possibilidade de produção de sentido e de efetiva interferência nas práticas de saúde e de cidadania.

No campo acadêmico, nos últimos 10 anos, a partir de pesquisa à base de dados SCIELO Brasil, encontramos 230 artigos sobre o tema da Gestão em Saúde e ao refinarmos a busca com a inclusão alternada dos descritores hospitalar, hospital, maternidade, cogestão e gestão participativa, obtivemos 16 artigos. Destes, temos 5 artigos com um foco no apoio institucional regional, 5 com abordagem da cogestão a partir de experiências em hospitais, 3 com foco na atenção básica e 3 que discorrem teoricamente sobre a cogestão.

Na pesquisa à base Lilacs, a partir dos descritores cogestão administrativa e maternidade, encontramos 17 trabalhos. Na consulta a base Scopus, com os descritores modelos organizacionais e maternidade ou planejamento participativo ou participação nas decisões, encontramos 9 trabalhos.

Observamos, então, uma baixa produção de textos que discutam experiências de maternidades e um foco em experiências regionais que refletem uma ênfase atual do MS nas regiões de saúde.

Isso também se corrobora, se nos debruçarmos em produções do MS e em

especial naquelas da PNH disponíveis na Rede Humanizadas, grande observatório de experiências do trabalho em saúde no SUS. Observamos na série Cadernos Humanizadas 4 textos com experiências, sendo 2 em maternidades. A título de ilustração, o mesmo acontece ao pesquisarmos, na Rede Humanizadas, posts com experiências de cegestão. Das 1.135 que aparecem, apenas 87 referem-se a maternidades.

Então, justifica-se e torna-se relevante um estudo que busque aprofundar as diversas estratégias em exercício pelas maternidades para a efetivação de um modelo de gestão participativa e compartilhada, tendência atual no campo da gestão em saúde.

Deste modo, o presente estudo poderá fundamentar e apoiar o MS nas suas ações de fortalecimento e qualificação desse modelo de gestão e de seus dispositivos, subsidiado pela Política Nacional de Humanização (PNH), mas também presente em diversas outras políticas ministeriais e redes temáticas, como a Rede Cegonha, foco do presente estudo.

Assim, as questões apresentadas me moveram para uma pesquisa de mestrado que pudesse potencializar e qualificar ainda mais as ações no campo do parto e nascimento, conforme os princípios do SUS, principalmente, no que diz respeito aos dispositivos de cegestão.

CAPÍTULO III – OBJETIVOS

GERAL:

- Analisar os processos de cogestão em maternidades públicas do RJ, na percepção dos gestores.

ESPECÍFICOS:

- Identificar os arranjos e estratégias de cogestão desenvolvidos em maternidades públicas;
- Entender o papel dos gestores no processo de cogestão em maternidades públicas;
- Identificar os espaços de compartilhamento da gestão e os atores envolvidos; e
- Investigar o colegiado como dispositivo de compartilhamento e construção coletiva em maternidades públicas.

CAPÍTULO IV – REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. A Gestão em Saúde

Para se pensar a Cogestão em maternidades públicas, vale localizar o panorama vigente nas organizações de saúde, em especial os hospitais, e como estes vêm se organizando para atender a sua missão de cuidado.

Ao olharmos o contexto atual dos hospitais públicos no Brasil, podemos destacar que as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico produzem uma demanda por serviços cada vez mais complexos. A intensificação do uso de novas tecnologias e medicamentos de forma muitas vezes acrítica, um modelo assistencial que ignora a integralidade do cuidado e uma racionalização das práticas médico-hospitalares também aparecem como fortes fatores de fragmentação da atenção à saúde¹⁴.

Somado a isso, nos deparamos com um cenário de grandes desafios para a gestão desses serviços que se expressam por erros nos diagnósticos e tratamentos atrelados a ausência de ações de monitoramento; centralidade na doença e o emprego hegemônico de tecnologias duras, além de um grande foco na padronização e controle rígidos. Isso produz uma redução do objeto da clínica e a perda da dimensão cuidadora da atenção à saúde, associado às produções de uma sociedade contemporânea marcada pelo individualismo, desvalorização da vida e banalização da dor e sofrimento alheios¹³.

Apoiados em Amaral e Campos⁵, ressaltamos ainda como um fator importante de análise de cenário, a centralidade do fator humano na gestão das organizações de saúde e seu importante grau de autonomia. Isso se destaca ainda mais no setor público em que observamos uma organização do trabalho com baixo controle e excessiva divisão em tarefas fragmentadas, separação entre planejamento e execução, centralização das decisões e multiplicidade de níveis gerenciais.

Para esses autores, as práticas de saúde deveriam combinar a responsabilidade sanitária com o reconhecimento dessa autonomia característica do trabalho médico, mas também da equipe de saúde, que possui uma parte apoiada em rotinas, mas

também envolve decisões profissionais mais baseadas na experiência do que em padrões e protocolos.

Ainda segundo esses autores, o modelo de gestão predominante no sistema público brasileiro refletiria a organização mecanicista, que apresenta uma estrutura piramidal. Este tipo de estrutura, caracterizada pela centralização das decisões, funções gerenciais mais voltadas para o controle da execução de atividades especializadas do que para a avaliação dos resultados e alcance dos objetivos e metas, acaba impossibilitando a articulação entre uma autonomia relativa e a responsabilidade sanitária e gerencial.

Seguindo nessa caracterização das organizações de saúde e seus efeitos sobre o modelo de gestão, podemos recorrer a Mintzberg e Quinn⁸ e suas organizações profissionais. Ele aponta que estas também traduzem uma autonomia profissional como característica principal e, por isso, apresentam processos dependentes das habilidades e práticas de seus profissionais, o que acarreta uma perda de poder dos níveis gerenciais para o nível mais operacional.

Com isso, podemos dizer que tais organizações apresentam características peculiares como uma primazia do operacional a partir de unidades independentes, diferenciadas e especializadas. Destaca-se também a ausência de linha hierárquica rígida com preponderância do aspecto relacional já que suas atividades baseiam-se principalmente nas experiências dos profissionais. Isso produz um menor poder de controle dos gerentes sobre os processos organizacionais, com exceção do econômico, destacando diferenças entre a lógica do universo médico e administrativo que podem gerar problemas de coordenação¹⁵.

Associando as ideias de Artmann¹⁵ com Mintzberg e Quinn⁸, entendemos que tais características produzem uma diferenciação entre o mundo administrativo e assistencial, com uma prática decisória incremental. Tais características podem provocar, muitas vezes, a tomada de decisões em função da pressão momentânea dos vários atores, mas sem uma perspectiva mais coletiva e institucional.

Diante desse cenário, Azevedo et al.¹⁴ nos apresentam duas tendências nas abordagens de gestão hospitalar. A primeira que se baseia na racionalização das práticas médico-hospitalares por meio da qualificação, padronização e controle dos processos de trabalho e que se expressam nas práticas de Acreditação e

Contratualização. E outra baseada na modernização gerencial do hospital a partir de uma perspectiva mais dialógica e comunicativa. Apoia-se na mobilização dos coletivos de trabalho em torno de um projeto de qualificação da atenção, com ênfase nos aspectos microssociais e relacionais/intersubjetivos. Valoriza ainda, a ampliação da clínica e a centralidade do sujeito nas práticas de saúde.

Levando em consideração o cenário apresentado das organizações de saúde, neste trabalho, caminharemos pelas correntes presentes na segunda abordagem para aprofundarmos suas possibilidades de lidar com os impasses presentes no campo da gestão em saúde. Porém, faremos isso não numa lógica de oposição entre tais correntes, mas buscando, a partir desse aprofundamento, ressignificar os diversos processos de controle, padronização e monitoramento presentes e necessários ao trabalho em saúde. Ressignificar o modo de fazer, de forma que tais processos tenham sentido para os diversos atores envolvidos e também produzam sentido para o trabalho em saúde¹⁶.

Para tal, escolhemos trabalhar com as ideias de autores como Gastão Wagner¹ e Emerson Merhy et al.⁶, dentre outros, que fundaram um modo de se pensar e de se fazer a gestão e a atenção que têm como elemento central a defesa da vida na sua possibilidade de criação constante. Essas ideias dialogam com os processos de qualificação e possibilitam seu redesenho. Essa possibilidade de refazer constante é o que marca esse modo de gerir, onde a gestão decide, mas dialoga; efetiva ações, de forma compartilhada e corresponsável.

Nesse rastro, localizamos a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) com seus princípios que marcam diversas outras políticas instauradas no Ministério da Saúde (MS), como a própria Rede Cegonha e sua política de atenção perinatal. Ao olhar para as experiências do “SUS que dá certo”, a PNH aponta algumas diretrizes e dispositivos para se repensar o trabalho em saúde. Esta coloca como princípio a inclusão dos diversos atores que participam deste campo (gestor, trabalhador e usuário), dialogando de forma transversal e intersetorial, e entendendo que as alterações provocadas na forma de se fazer gestão produzem sujeitos e interferem no cuidado produzido e ofertado.

4.2. A Cogestão e os coletivos

A Cogestão é aqui tomada como diretriz de democratização institucional e corresponsabilização, entendida como um modelo inclusivo que motiva pactos coletivos a partir do reconhecimento de cada um dos atores envolvidos no alcance dos objetivos e metas acordados.

Para entendermos de que democracia falamos, recorremos a Campos¹: “[...] a democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões”.

Assim, a Cogestão proporciona o exercício de uma ação política no sentido da ressignificação do trabalho a partir de suas três finalidades apontadas por Amaral e Campos⁴: produzir a saúde como valor de uso, ou seja, produzida a partir de diversas concepções e olhares de seus diversos atores, incluindo aí os usuários; trabalho como realização e relação social e, por isso, atendendo a necessidades e desejos dos trabalhadores; e, o trabalho contribuindo para a reprodução social das organizações.

Estes autores também destacam arranjos (instrumentos permanentes) e dispositivos (instrumentos de caráter disparador de processos, mas temporários) para a Cogestão. A unidade de produção (UP) se conforma como um desses, sendo “[...] um agrupamento de serviços e/ou unidades dentro de um mesmo espaço de gestão, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade”⁵. A UP busca reduzir a fragmentação a partir do momento que articula os diversos saberes profissionais em torno de um objetivo comum, produzindo maiores eficiência e eficácia.

Os colegiados também são apontados como dispositivos de negociações e pactuações coletivas. Estes se constituem como espaços deliberativos multiprofissionais para a definição de diretrizes, prioridades e metas das equipes, assim como de avaliação de resultados e indicadores do trabalho e fluxos internos. Oferecem oportunidade de trocas entre os envolvidos para a construção de encaminhamentos coletivos, além do exercício da democratização das relações institucionais. Como nos coloca Campos¹:

Na prática, ninguém, nenhum agente isolado, produz democracia. A democracia é uma reforma social, produto da práxis de grupos sujeitos e produtora de sujeitos. Não há democracia sem a intervenção deliberada de sujeitos concretos. A democracia é, pois, um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado: rodas.

Campos remete-se ao conceito de *grupo sujeito*, originariamente desenvolvido por Sartre, para se opor ao de *serialidade*. Guattari, posteriormente, retoma o conceito e traz o grupo sujeito como aquele capaz de lidar de forma autônoma com as instabilidades de sua história e contexto.

Assim, Campos¹ nos aponta um novo perfil gerencial que inclua a função apoio institucional para incrementar a capacidade de criação da gestão e dos coletivos. Isso é reforçado por Oliveira¹⁷, ao qual recorreremos para elucidar tal função.

A função do apoiador seria procurar construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores, a partir da consideração de ofertas e demandas colocadas por esses e outros atores ao coletivo, partindo tanto de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo, e nesse movimento produzir, com o coletivo, processos de escuta, de análise, de construção de textos coletivos, de definição de tarefas, redes de responsabilização e avaliação.

Campos¹⁷ entende o apoio como um modo que reconhece as diferenças de papel, poder e conhecimento, mas procura estabelecer relações potentes entre os distintos sujeitos em relação, articulando os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. E assim, ele associa o apoio ao exercício de alguma forma de Cogestão. Como “[...] um processo social e subjetivo em que pessoas ampliam a capacidade de compreenderem-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, ampliando, em consequência, a possibilidade de agir sobre essas relações”¹⁸.

Ele também destaca como uma das funções do apoio contribuir ativamente para a criação de espaços coletivos, nos quais a análise de situações, incluindo as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimento, e a tomada de decisão sejam possíveis. Nesta lógica o coletivo é entendido para além da oposição entre dimensões individuais e sociais¹⁹.

Recorrendo ao conceito de prática, forjado por Foucault²⁰, opera-se uma revolução no modo de pensar a história e problematizar as tradicionais oposições. Prática e relação se aproximam e operam como produtoras de sentido. São as práticas datadas historicamente e produzidas nas relações estabelecidas em cada época, cultura, família que conferem esse caráter histórico aos indivíduos e sociedade¹⁹.

Diante do exposto acima, podemos dizer que tal função é apresentada como um vetor de sustentação aos coletivos, mas também de propulsão de ganhos de autonomia e capacidade dos trabalhadores exercerem suas atividades. Nesse sentido, poderia vir a contribuir e ofertar elementos que aumentem a capacidade de analisar e intervir das equipes.

Falamos, assim, da produção de autonomia dos sujeitos e coletivos e para tal alguns fatores são apontados como importantes como a instrumentalização e apropriação da organização por seus atores internos, mobilização do papel de liderança e qualificação dos processos de comunicação¹⁵.

Com relação à liderança, Matus⁷ nos fornece subsídios para pensar a partir de seu conceito de *capacidade de governo*. Para ele, a *capacidade de governo* é um tipo especial de capital intelectual que somente se desenvolve quando é exigida pelas regras do jogo político e mediante práticas sistemáticas que exijam cobrança e prestação de contas por desempenho. Tal capacidade se expressa a partir da concepção das regras sociais que definem o tipo de jogo no qual participamos, da concepção do projeto de governo que explora as características do modelo de sistema social; e a direção e a orientação da condução do jogo. O autor aponta uma deficiência em se concentrar, muitas vezes, apenas na terceira, ou seja, pensar essa capacidade de governar apenas a partir de características da direção, esquecendo-se do contexto social e político em que tais relações são exercidas.

Com isso, Matus⁷ destaca a importância da formação do líder que hegemonicamente centra-se em seus dotes naturais. Seu capital intelectual se constitui, muitas vezes, por meio de uma prática política amadora e artesanal, sendo esta ainda a principal escola do líder. O autor destaca que estudar a prática política diária de um líder pode ser um caminho interessante para compreender seu estilo de fazer política.

Porém, aponta-se também a necessidade de identificar instrumentos necessários e importantes para ampliar tal capacidade de governar. No caso da saúde, nosso objeto de estudo, estase daria no universo descrito com seus desafios e possibilidades. Diante disso, torna-se fundamental para a qualificação das práticas de gestão e atenção em saúde, aprofundarmos as potências dos instrumentos apresentados de cogestão, como as UP, os colegiados e o apoio institucional, além de investigar que outros dispositivos vêm sendo experimentados pelos gestores de maternidades públicas.

CAPÍTULO V – PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho visou analisar os processos de Cogestão desenvolvidos em maternidades públicas do RJ, através da identificação dos arranjos e estratégias construídos pelos gestores junto às suas equipes. Buscou compreender ainda as percepções dos gestores sobre tal modelo e como suas práticas o refletem, de que forma e através de quais instrumentos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que buscou entender o significado do processo de cogestão para as pessoas que vivenciam esta experiência²¹. Foi feito um estudo exploratório que buscou uma abordagem do fenômeno pelo levantamento de informações que pudessem levar o pesquisador a conhecer mais a seu respeito, desenvolvendo e modificando conceitos e ideias. Isso é realizado especialmente quando há poucas informações disponíveis sobre o tema ao qual se relaciona o objeto de estudo²².

O grande objetivo da pesquisa qualitativa é buscar o processo de construção do objeto para determinado sujeito ou grupo social, destacando a relevância da perspectiva do entrevistado. É importante que possamos nos surpreender com o campo e o que ele nos coloca de inovação e não olhemos para ele apenas para confirmar determinada hipótese ou teoria. Assim, o pesquisador estabelece uma relação com os sujeitos de sua pesquisa em ação, em relação na vida real, o que nos coloca o desafio de um distanciamento e um estranhamento para que nossas ideias e valores não acabem norteando e direcionando essa relação.

Passador²³ associa o distanciamento à empatia, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, mas sem fazer juízo de valor, e entende o estranhamento como a possibilidade de questionar o fenômeno, por mais familiar que lhe pareça.

O distanciamento não diz respeito a uma distância física, mas sim subjetiva (...) Isso permite que se observe o mundo através dos olhos do outro, possibilitando a compreensão de seu ponto de vista em relação à sua realidade. (...) Já o estranhamento procura garantir a compreensão do outro sem a interferência e o uso de concepções culturais alheias ao seu universo particular. (...) Estranhar é manter a possibilidade de questionar e interrogar, pois é manter o objeto observado sistematicamente desconhecido - só é possível conhecer aquilo que ainda não se conhece pois o já conhecido não será investigado.

O enfoque qualitativo defende que é necessário compreender as interpretações que os atores sociais possuem do mundo, pois são estes que motivam o comportamento que cria o próprio mundo social. Compreensão que envolve o olhar para a singularidade do indivíduo, mas também para o contexto no qual este se insere²⁴.

Gondim²⁵ destaca os critérios de qualidade deste tipo de pesquisa que apontam para a compreensão de uma realidade particular, a autorreflexão e a ação emancipatória, tornando-se um instrumento de transformação social.

5.1. Campo de Estudo

O campo do estudo abrangeu maternidades públicas do Rio de Janeiro que foram expostas à proposta da Rede Cegonha (RC) tendo esta a cogestão como uma de suas diretrizes. Isto inclui a oferta de recursos e instrumentos diversos para estimular as maternidades na experimentação de um novo modelo de cuidar e gerir. No Estado do Rio de Janeiro, foram identificadas 14 maternidades pela Rede Cegonha, dentre as quais 06 foram consideradas prioritárias para redução da mortalidade materna por concentrarem mais de 15 óbitos maternos por ano.

Tomando como base esse recorte da Rede Cegonha, o campo foi composto inicialmente por 3 maternidades públicas do Rio de Janeiro, da região metropolitana I^{iv}, expostas às propostas da Rede Cegonha, há pelo menos 1 ano e, com diferentes arranjos de gestão, independente das diferentes esferas de governo (municipal, estadual e federal).

Diante de um cenário do estado do RJ de algumas maternidades geridas por OSS (organizações sociais de saúde), o presente estudo buscou observar os diferentes modos de gestão exercidos em cada maternidade, a partir dos diferentes contextos. Assim, duas das maternidades consideradas prioritárias pela RC fizeram parte desse estudo, além de mais uma que é o campo atual de trabalho da pesquisadora.

^{iv} O Primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado do Rio de Janeiro (2001) definiu as nove Regiões de Saúde (RS) do RJ, sendo elas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana.

A região metropolitana I (Metro I) foi a priorizada por abrigar cerca de 61,50% da população do Estado, com altas densidades demográficas, constituindo-se em espaço de pressão social em virtude de um crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento das necessidades básicas da população, apesar da grande concentração de equipamentos de saúde e ofertas de cuidado. A Metro I é composta por 12 municípios: Rio de Janeiro, São João de Meriti, Nilópolis, Mesquita, Belford Roxo, Magé, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Itaguaí, Seropédica, Queimados e Japeri.

Foi feito um contato inicial com a direção das maternidades para apresentação da pesquisa e seus objetivos, identificação do desenho organizacional de cada maternidade e suas gerências para realização das entrevistas, além de seus espaços de gestão para a realização da observação participante.

Apesar da aprovação da pesquisa nas 3 maternidades, não foi possível realizar a pesquisa em uma das consideradas prioritárias pela RC em função da dificuldade de comunicação com a mesma, além de transições políticas internas e externas, que nos levaram a optar pela retirada deste campo. Desta forma, o campo foi realizado em apenas 2 maternidades.

5.1.1. Campo I

Trata-se de um Instituto Nacional, localizado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, mas que atende, em sua maioria, pacientes das diversas localidades do Rio de Janeiro e do Brasil.

Nasceu como um abrigo para unir mães e seus bebês nas enfermarias, tornando-se mais tarde uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Foi também reconhecido como hospital de ensino e como centro nacional de referência pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (ME).

Desde 2012, passou por um processo ampliado de reformulação de seu modelo de gestão e reorganização de seus processos de trabalho, tendo as diretrizes e dispositivos da PNH como estratégias de qualificação de seu modelo de gestão e atenção, através de uma parceria firmada de apoio institucional com o MS

(DAPES/PNH). Nesta instituição, os trabalhadores escolhem seus dirigentes através de eleições, o que a distingue de outras instituições públicas.

A área de atenção à saúde foi redesenhada em 5 grandes áreas temáticas (mulher, gestante, recém-nascido, criança e cirurgia) compostas por 22 UP gerenciadas por duplas multiprofissionais e colegiados gestores. O instituto possui 119 leitos com uma qualificada estrutura de suporte logístico-operacional, atendendo pacientes oriundos do Rio de Janeiro e de outras regiões brasileiras.

A área de ensino se reorganizou em três eixos formativos que incorporam o papel de interferir nas práticas públicas de saúde a partir da formação de quadros, produção de conhecimento e apoio técnico para o Sistema Único de Saúde (SUS):

- **Graduação e lato sensu** que ofertam oportunidades de capacitação profissional e de qualificação do modelo de atenção no SUS através de 35 cursos de especialização, capacitação profissional em serviço e atualização que, somados aos programas de residência (médica e multiprofissional), resultaram numa média de 560 egressos/ano.
- **Stricto sensu** – realiza as importantes funções de formar docentes e pesquisadores e gerar novos conhecimentos com foco nos grupos mais vulneráveis no que se refere à saúde pública, além de pesquisas em áreas com interface clínica e ao desenvolvimento de tecnologias e diretrizes clínicas.

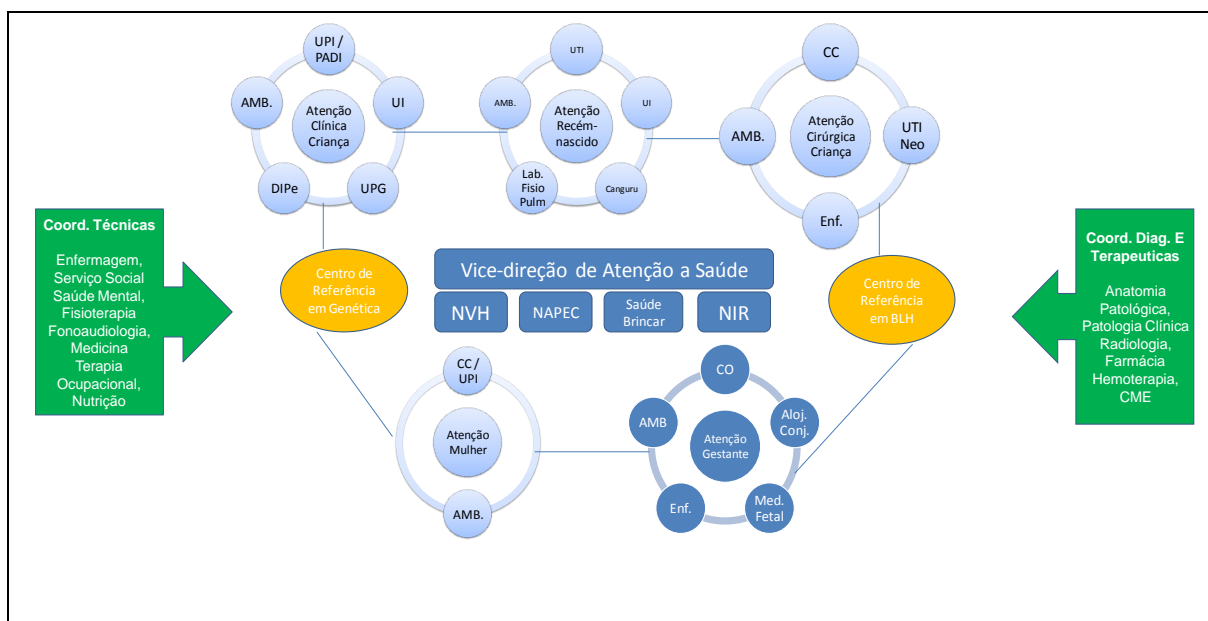
A pesquisa articulada à assistência e ao ensino desenvolve atividades de geração, difusão e aplicação de novos conhecimentos em ciência e tecnologia, fomentando a criação de subsídios para a formulação de políticas públicas e o constante aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu redesenho buscou a identificação dos processos de sustentação para o planejamento, desenvolvimento, qualificação, avaliação e inovação das pesquisas na interlocução com seus campos assistenciais, no sentido de fornecer subsídios para que tais campos possam identificar a sua produção de conhecimento e como essa produção impacta nas necessidades atuais da saúde pública.

Com um foco cada vez maior de articulação e integração de suas ações em seus diversos eixos de atuação (atenção, ensino, pesquisa e gestão), assim como externamente junto à rede de saúde, o Instituto acumula uma caminhada na efetivação

de uma prática em saúde integral e humanizada, a partir de movimentos de mudança de modelos e paradigmas que demonstram o modo de fazer com todas as suas incongruências, ambiguidades e processos de resistência que mobilizam as equipes e profissionais na construção de estratégias provisórias e adequadas a cada momento do processo. Assim, nos mostra que pautar-se em trocas e compartilhamentos equivale a nos distanciarmos de modelos prontos e ideais e nos aproximarmos dos desafios que a realidade nos coloca de forma viva e mutante, da prática diária e em construção dos profissionais e equipes de saúde.

E apoiar tal processo foi sustentar tais movimentos, grupos e coletivos, com toda a sua potência, mas também resistências, recuos e repetições e estar agora como pesquisadora num campo tão próximo me recoloca novos desafios.

Figura 1 – Desenho esquemático da vice direção de atenção à saúde.



Fonte: Desenho elaborado durante o apoio institucional realizado pela pesquisadora.

Nessa linha, a Área de Atenção clínico-cirúrgica a Gestante atende gestantes com alto risco fetal através de suas unidades:

- Medicina Fetal;
- Enfermaria com 12 leitos;
- Alojamento Conjunto com 14 leitos;

- Centro Obstétrico, com 3 PPP e 2 salas cirúrgicas;
- Pré-natal.

5.1.1.1. O campo de pesquisa

Começo as minhas incursões resgatando a personalidade que nomeia este campo, um médico filantropo preocupado com o aleitamento materno, principalmente no caso das operárias, além da aproximação das mães e crianças nas internações.

Isso nos remete ao seu contexto histórico, virada do séc. XIX para o XX, em que a mortalidade infantil era um problema de saúde pública e a associação entre a Medicina e a filantropia foi a base para a formulação de políticas públicas de assistência a infância²⁵.

Nessa perspectiva, a filantropia na sociedade brasileira nesse período seria revestida de uma *utilidade* social, e os filantropos poderiam ser considerados como *reformadores sociais* – que tinham como público-alvo os operários ou o trabalhador pobre²⁵.

Não se tratava mais de uma instituição privada exercendo uma função pública, mas da delimitação da atuação de cada uma das esferas envolvidas, cabendo ao Estado as ações mais gerais e à filantropia as ações mais pontuais. Segundo Sanglard e Ferreira²², este era o pensamento de médicos da época, que defendiam a atuação da filantropia em determinadas situações. Era esse modelo de assistência que deveria ser levado a cabo.

Em seus escritos, este médico demonstrava sua preocupação com a mudança da prática da mulher de elite de não aleitar seus filhos por vaidade e com o alimento do filho da trabalhadora pobre – esse com maior risco de óbito pela má alimentação. Defendia o *consultório de lactantes*, espaço onde seria realizada a educação das jovens mães e o acompanhamento da criança em fase de amamentação.

Esse resgate nos coloca a marca do contexto da época junto à moralização das famílias, principalmente as mais pobres, mas também algumas ações importantes que

nortearão as políticas e as boas práticas na saúde da criança, como o aleitamento materno e a presença dos pais na internação.

Podemos dizer que tal percurso confere a instituição uma marca clínico-social, colocando-se como referência no campo da saúde pública a mulher, criança e adolescente, com profissionais com grande parte ou todo o seu percurso profissional na instituição e com grande implicação e envolvimento com a mesma e com o trabalho.

5.1.2. Campo II

Hospital especializado da rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro, localizado na CAP 3.3^v, referenciado a partir da atenção primária (Clínicas da Família ou Centros Municipais de Saúde), conforme a necessidade de cada patologia a ser tratada.

Inaugurado em 2003, além da maternidade, dispõe de clínica médica, cirúrgica-geral, UTI Neonatal, ambulatório de especialidades e de uma ala destinada aos pacientes de saúde mental.

^v O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas Programáticas de Saúde (A.P.), cada uma com a sua coordenação (CAP): CAP 1.0 (Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama); CAP 2.1 (Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal); CAP 2.2 (Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel); CAP 3.1 (Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral); CAP 3.2 (Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho); CAP 3.3 (Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre); CAP 4.0 (Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena); CAP 5.1 (Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar); CAP 5.2 (Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba); CAP 5.3 (Paciência, Santa Cruz e Sepetiba).

A partir do movimento do Estado e dos municípios de buscar uma gestão privada do serviço público por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS)^{vi}, este hospital enfrentou, em 2015, uma série de escândalos relacionados a OSS, com prisões de gestores e reportagens na mídia, além de apresentar um alto número de mortes maternas, o que produziu um movimento de resposta pela comunidade. Tal cenário marca as falas dos entrevistados e o movimento atual da instituição de reconstrução de sua imagem frente à sociedade.

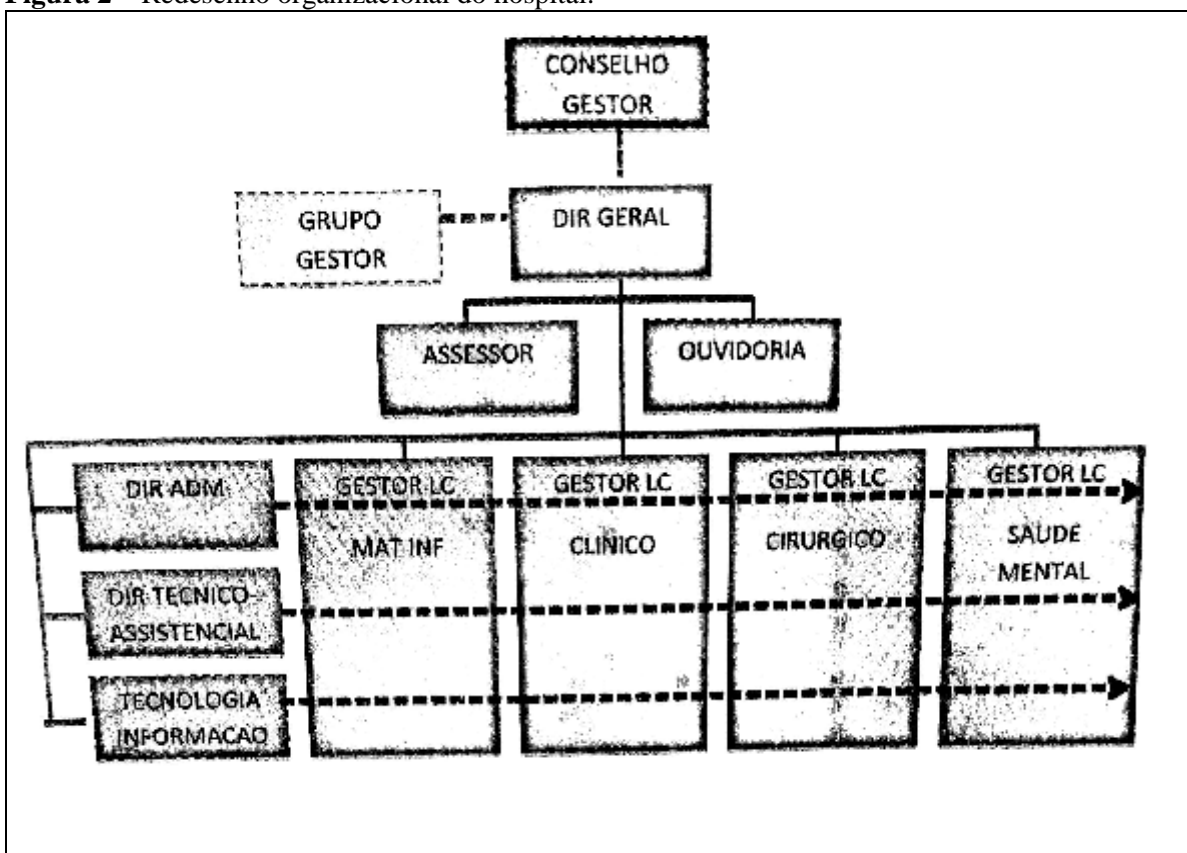
No final de 2015, em caráter emergencial, entra no hospital uma outra OSS com uma proposta de gestão compartilhada, além da sua expertise em comunidades vulneráveis. Segundo o seu site, esta é uma organização sem fins lucrativos, que atua na formação de comunidades seguras e sadias em territórios vulneráveis, tendo como missão promover a saúde, a cultura de paz e viabilizar a inclusão social. Tais características aparecem no discurso dos participantes como um ponto positivo para o hospital, no seu momento de resgate de sua imagem institucional e qualificação de suas práticas.

Em 2016, começa um processo de discussão e redesenho do hospital em linhas de cuidado, sendo quatro:

- Materno-infantil;
- Clínica;
- Cirúrgica; e
- Saúde mental.

^{vi} Vale ressaltar que a relação da maternidade com a OSS e suas implicações não foi objeto de análise deste estudo.

Figura 2 – Redesenho organizacional do hospital.



Fonte: Desenho fornecido pela gestão da maternidade

5.1.2.1. O campo de pesquisa – a Maternidade

A Maternidade possui: 28 leitos de enfermaria; 32 leitos de Alojamento Conjunto; 20 leitos de UTIN / UCINCO e 5 UCINCA.

Nessa instituição, resgatando os personagens que nomeiam o hospital e sua maternidade, podemos observar uma linha político-social forte. De um lado, temos um homem, médico, secretário de saúde por três administrações. De outro, uma mulher, negra, escrava, que com seu companheiro, tornaram-se importantes símbolos da resistência dos negros contra a escravidão, pois foram líderes da maior rebelião de escravos já ocorrida na região do Vale do Café, em 1838²⁷.

E isso se reflete na observação do campo, pois se trata de uma maternidade localizada próxima a várias comunidades dessa região, na qual a violência, a discriminação e o preconceito racial constituem uma realidade para as mulheres que buscam a maternidade e para sua equipe de saúde. Do mesmo modo, os escândalos políticos também aparecem compondo, assim, o contexto deste campo que busca rever

suas práticas e seu modelo de gestão com uma proposta de inclusão das usuárias e seus movimentos sociais, através de um espaço colegiado com a comunidade.

5.2. Participantes

Os sujeitos da pesquisa foram gestores das maternidades públicas selecionados em diferentes níveis gerenciais e com exercício nessa função há, pelo menos, 6 meses. Foram escolhidos prioritariamente gestores de processos assistenciais finalísticos. Em função de um contexto de transição institucional da gestão de uma das maternidades, tivemos três gestores que estavam há apenas 3 meses na gestão, mas que pela posição estratégica para o estudo foram mantidos na amostra.

Com esse recorte, priorizamos a direção geral, diretores clínicos e de enfermagem, gestores da maternidade, assim como os gestores intermediários, responsáveis pelas unidades assistenciais, da internação ou do pré-natal, de acordo com as características do processo de gestão de cada instituição. Ao todo participaram 16 gestores, sendo basicamente, em termos de formação, médicos e enfermeiros com apenas um fisioterapeuta. Em termos de idade, pudemos observar profissionais com idades entre 28 e 68 anos sendo que a grande maioria se encontrava em torno dos 40 anos. O tempo de formado variava entre 5 e 39 anos. Em relação ao tempo na instituição variou entre 3 meses e 30 anos, já na função de gestor, a variação foi de 3 meses a 9 anos.

Quadro 1 – Perfil dos participantes da pesquisa.

	Campo I	Campo II
Profissão / Função	04 diretores gerais 06 enfermeiras 04 obstetras 01 pediatra/neo 01 fisioterapeuta	
Idade	28 anos – 68 anos	
Tempo de formado	5 anos – 39 anos	
Tempo na instituição	3 meses - 30 anos	
Tempo na função	3 meses - 9 anos	

5.3. Coleta de Dados

Para a exploração dessa temática, foi necessário identificar instrumentos que pudessem auxiliar a alcançar nosso objetivo e a pesquisa qualitativa nos apresentou algumas possibilidades dentre as quais priorizamos a entrevista e a observação participante.

Segundo Bauer e Gaskell²⁴, a entrevista busca uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos fornecendo, assim, subsídios para a compreensão das relações entre os sujeitos e suas experiências.

Com isso, utilizamos a entrevista semiestruturada, baseada num roteiro em anexo (Anexo 1), no qual construímos um conjunto de questões sobre o tema para nortear o encontro e a conversa com os participantes, o que não excluiu momentos em que o entrevistado foi incentivado a falar livremente sobre assuntos que foram surgindo como desdobramentos da questão principal. O pesquisador estabeleceu assim um diálogo em que buscou identificar as ideias, opiniões e vivências do participante sobre o objeto do presente estudo para, a partir daí, estabelecer conexões, aproximações e diferenças que pudessem ajudar a compreender a temática investigada²².

Já, a observação participante visa compreender as pessoas e as suas atividades no contexto da ação e usualmente se complementa com a entrevista semiestruturada ou livre, além de outras técnicas como a análise documental²⁸. No presente estudo, buscou-se a observação participante do cotidiano dos gestores das maternidades para ampliar e complementar os dados levantados nas entrevistas, além de poder auxiliar na própria identificação dos entrevistados em campo.

Para Gomes²⁹, a observação participante caracteriza-se por uma relação estabelecida com os observados no seu ambiente social, servindo para compreender uma organização específica ou um problema, levantando hipóteses. Ele destaca o aspecto relacional e todas as suas implicações e desafios, pois o observador sendo parte do contexto de observação, produz e sofre influências do mesmo. O instrumento utilizado na observação participante foi o diário de campo no qual o pesquisador registrou sistematicamente suas impressões do campo, conversas, informações, comportamentos, manifestações, dentre outros.

No presente estudo, a observação participante priorizou o cotidiano dos gestores da maternidade, incluindo os espaços colegiados ou coletivos de gestão da maternidade. Pretendeu-se assim acompanhar as formas de encaminhamento dos problemas e tomada de decisão vivenciados na maternidade, com a construção de um diário de campo para o registro desses momentos, a partir do roteiro de observação em anexo (Apêndice 2).

Além desses instrumentos, recorremos a fontes documentais como atas de reuniões de equipes, de colegiados ou de outros espaços de gestão nas maternidades, quando se fez necessário ou foi disponibilizado pela instituição participante.

As entrevistas foram gravadas, com autorização do entrevistado, e posteriormente integralmente transcritas. No total, foram realizadas 16 entrevistas, que compuseram aproximadamente 11 horas de gravação e mais de 198 páginas de transcrição.

5.4. Análise e interpretação dos dados

Para a análise e interpretação dos dados produzidos, utilizamos a análise de conteúdo, de modalidade temática. A análise de conteúdo nos permite reconstruir indicadores e cosmovisões, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos e compará-los entre grupos²⁴.

Segundo Gerhardt e Silveira²², ela possui algumas características metodológicas: objetividade, sistematização e inferência. Este tipo de análise visa obter indicadores, a partir de procedimentos sistemáticos, que permitem inferir conhecimentos.

Para Minayo³⁰, “[...] a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Tal modalidade nos fornece subsídios para a organização e tipificação do material de campo, perfazendo a transição entre a empiria e a elaboração teórica²¹. A partir da leitura e releitura do material de campo, esse foi agrupado a partir de estruturas de relevância trazidas pelos entrevistados considerados como unidades de análise, referenciais de codificação ou categorias. O material foi separado por temas que se destacaram e nos ajudaram a compreender o fenômeno.

Num primeiro momento, foram organizadas todas as respostas dadas pelos participantes em uma tabela, na qual a coluna representava a questão do roteiro de entrevista e as linhas os diferentes entrevistados. O objetivo era agregar todas as respostas de uma dada pergunta mantendo um arquivo com identificação dos entrevistados caso fosse necessário comparar diferentes visões das unidades.

Num segundo momento, buscou-se identificar as unidades de análise (UA) e organizá-las em eixos temáticos.

5.5. Questões Éticas

O presente projeto seguiu as diretrizes para a pesquisa com seres humanos propostas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa, segundo os seguintes pareceres: nº1. 557.848 do dia 23/05/2016; nº 1.615.304 do dia 30/06/2016; nº 1.639.796 do dia 18/07/2016.

Por se tratar de um projeto de mestrado profissional ofertado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Fernandes Figueira, não houve nenhum apoio financeiro e/ou patrocínio a pesquisadora para a realização de seu campo, assim como qualquer subsídio para os participantes. Dessa forma, não houve nenhum conflito de interesses. Não houve também nenhum custo de participação neste estudo assim como nenhuma forma de pagamento, sendo a participação totalmente voluntária.

Seguindo os referenciais da bioética, os participantes da pesquisa foram esclarecidos dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e convidados a participar, podendo recusar-se. Somente após isso, a pesquisa foi iniciada com a assinatura dos Termos de Anuência e de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto para as entrevistas quanto para a observação participante (Apêndices 3 e 4).

Foram respeitadas a autonomia e privacidade dos participantes, tanto na realização da entrevista e observação, quanto na análise e publicação dos dados. Para isso, foi negociada com cada instituição a cessão de espaço adequado para a realização das entrevistas. A confidencialidade dos dados, assim como o anonimato dos sujeitos, também foi preservada.

CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de conteúdo do material produzido nas entrevistas, identificamos alguns eixos temáticos que serão desenvolvidos nesse capítulo.

6.1. Formação e Trajetória Profissional

Nesse eixo de análise, exploraremos a formação e a trajetória profissional dos gestores de maternidades buscando entender como esse lugar de gestor se constrói e quais os aspectos que marcam tal construção.

Todos os entrevistados relataram ter uma formação clínico-assistencial. Entretanto, poucos tiveram uma formação específica na área de gestão, assim como destacaram que, de forma geral, eram poucas as oportunidades institucionais oferecidas nesse campo. Com isto, muitos ocupavam o lugar de gestor sem uma formação específica e sem acesso a instrumentos de gestão que fortalecessem a sua prática.

“... inicialmente você é gestor sem ter nenhum tipo de formação.... (..) E aí você não tem muito espaço para a gestão, você não tem ferramentas de gestão, você fica muito desamparado como gestor.” (G8)

Destaca-se então uma formação técnico-assistencial que, na visão dos entrevistados, não forneceu subsídios para a prática como gestor.

“... porque o gestor normalmente é apontado como alguém tecnicamente eficiente e aí não quer dizer que vai ser um gestor eficiente, as referências são mais técnicas do que objetivamente por características... né... de ser um bom gestor.” (G8)

Este aspecto aponta para uma perspectiva do senso comum destacada por Motta³¹ baseada em características pessoais para a sustentação da função de gerência. Porém, podemos dizer que os gestores já problematizam tal perspectiva, apesar desta parecer ainda marcar as instituições de saúde. Ela já foi apontada e problematizada em estudos anteriores que corroboram que muitos gestores assumem a função a partir de um destaque técnico, de sua prática clínica. Deparam-se com os aspectos gerenciais apenas quando assumem a função de gestão, desempenhando-a a partir do próprio cotidiano, sem muitas oportunidades de formação específica. A formação técnica torna-se importante, mas não suficiente, contrariando a ideia de que um especialista possa necessariamente ser eficaz na gestão baseado apenas nos seus conhecimentos técnicos^{31,32}.

Binsfeld³³ ilustrou muito bem isso em sua discussão sobre a definição do perfil assistencial dos hospitais federais do Rio de Janeiro baseada e influenciada pelo saber médico deixando de fora outros fatores importantes relativos à rede de saúde, sua conformação e necessidades.

Isso se reflete quando olhamos para as titulações desses participantes, pois compondo esse perfil de gestores, destacamos formações com especializações diversas desde residência, incluindo o mestrado. Podemos destacar ainda que dois gestores tinham doutorado e um com pós-doutorado, em especialidades clínicas. Apenas dois gestores especializaram-se em Administração Hospitalar, Gestão e Economia da Saúde e direcionaram sua trajetória para o campo da gestão. Para estes, foi possível perceber que seus percursos tinham singularidades. Um deles percorreu uma trajetória marcada pela inserção num modelo político militante no contexto do SUS e o outro por um caminhar pela iniciativa privada que lhe confere uma visão corporativa do negócio. Além deles, outra entrevistada buscou um MBA em Gestão em Saúde como instrumento para qualificar a sua prática como gestora.

Quadro 2 – Formação dos gestores.

Formação clínica	
Maior titulação	Nº de sujeitos
Residência	4
Especialização	6
Mestrado	3
Doutorado	1
Pós-doutorado	1
Formação em gestão	
Maior titulação	Nº de sujeitos
Especialização	2
Mestrado	1

O modelo de aprendizado da prática clínica – aprender a partir da observação da prática de outro considerado um exemplo – pareceu funcionar como um paradigma também para o aprendizado na área de gestão. Nas trajetórias dos entrevistados, a prática e a experiência de outros profissionais, assim como das equipes dos quais esses gestores participavam, foram destacados como exemplo para a construção de seu próprio fazer profissional como gestor. Esse modelo de aprendizado ainda foi reforçado pela pouca oferta de formação nesse campo e de oportunidades de reflexão sobre as práticas de gestão correntes.

Alguns entrevistados vivenciaram um movimento de treinamento e transição na gestão, destacando-o como um diferencial. Porém, isso pareceu ainda ser uma realidade distante da grande maioria e pouco problematizada nas falas.

“Foi ela quem me treinou para substituí-la, não da forma que nós esperávamos que ela sáísse de lá, mas ela foi uma pessoa que manteve um treinamento para que eu fosse, realmente, sua substituta (...) na verdade ela também recebeu um treinamento para isso e me treinou desta maneira...” (G13)

Com relação à trajetória profissional, na grande maioria dos entrevistados, esta os conduziu ao lugar de gestão, sendo que este percurso se diferenciou entre as duas instituições. Numa delas, observamos um percurso por parte da maioria dos entrevistados que denotou uma implicação e uma escolha por aquela instituição específica. Muitos iniciaram seu percurso nesta, ainda na formação, como residente, e

deram continuidade como profissional. Isto apontou para uma imbricação entre a história da instituição e a história do profissional na instituição. Além disso, estes profissionais assumiram o lugar de gestores muito em função desse engajamento na instituição, muitas vezes, substituindo os gestores anteriores que saíram, demonstrando uma certa continuidade institucional, relacionada a confiança e competência. Entretanto, nas duas instituições houve relatos de valorização do percurso e dedicação.

“Trabalhei como plantonista durante alguns anos, sempre fazendo muito ambulatório. Fazia plantão e ambulatório. Sempre gostei muito da parte ambulatorial, até que, quando a antiga chefe se aposentou, eu assumi essa função e vim, integralmente, para gerenciar... Mas já estava aqui há bastante tempo...” (G3)

“Foi minha primeira experiência de gestão, mas eu não tinha nenhuma formação, eu era um médico dedicado que fui ficando, e, como me interessava pelo hospital, fui levado a essa condição.” (G10)

Muitas vezes, a transição para o papel de gestor ocorreu por estarem mais próximos ao dia-a-dia do serviço ou ao gestor anterior, o que entendiam como facilitador de uma continuidade dos projetos e ações. A perspectiva dos entrevistados sugeriu um processo naturalizado, ou seja, quase óbvio, sem estranhamentos, questionamentos ou escolhas. Alguns chegaram a qualificar como herança, pelo fato de receberem a gestão do outro por identificação e para dar continuidade a determinado projeto e modo de funcionamento.

“Então, eu tinha mais presença, mais atividade ... e aquilo foi meio que uma herança, mesmo. Como eu estava aqui há mais tempo e com um senso, também, de organização, era a pessoa que poderia substituí-la naquele momento. (...) não foi uma coisa programada, mas meio que herança, mesmo. Eu era a pessoa que estava com maior disponibilidade para aquele cargo, naquele momento... E foi assim.” (G3)

Entretanto, o risco disso seria este processo produzir uma certa cristalização das ações e manutenção de um poder institucional, sem espaço para questionamentos e dificultando processos de mudanças.

“Eu acho que o desafio é o dia em que eu não estiver nessa posição, como as coisas vão caminhar. (...) Ninguém nem cogita, não tem essa história “Ah, vamos mudar a chefia”..., não existe isso aqui, ninguém nem toca no assunto, ninguém nem... Ah, vamos ver, vamos mudar, não... não tem isso aqui... é ad eternum...” (G2)

Por outro lado, parte dos gestores percebeu que assumir a gestão poderia se constituir como oportunidade de mudanças no projeto assistencial. Como este estudo se deu em maternidades, há que se considerar que parte dos sujeitos compartilhou uma militância em saúde e no SUS que apareceu com um engajamento político, principalmente vinculado ao modelo humanizado de atenção ao parto e nascimento.

“[...] a minha vontade de ser um agente transformador, junto com a equipe desse momento – o nascer – é muito importante.” (G10)

A partir do relato dos sujeitos sobre seus percursos de formação e profissional, podemos tecer o terreno em que as experiências de cogestão se desenhavam nas instituições pesquisadas.

Um achado trazido pelos gestores ao descreverem seus percursos foi que o modelo clínico direcionava o fazer gestão, com poucas oportunidades de aprendizado e de problematização das práticas nesse campo. Este ponto é uma desvantagem, segundo Motta³⁰, por reduzir a gestão ao saber de uma determinada profissão, quando a gestão exige maior amplitude e lateralidade do pensamento.

Isso nos fornece o contexto para pensar as ofertas de formação para gestores em saúde. Dussalt³³ aponta que esta formação deve abarcar aspectos técnicos e instrumentais, mas também aspectos relacionais, que contemplem o desenvolvimento de habilidades associadas a análise de problemas, adaptação a novas realidades e trabalho em equipe.

Este autor também reforça que é importante o conhecimento e o entendimento da organização e do que os profissionais fazem e, principalmente, como o gestor reconhece e potencializa o fazer da equipe, já que o trabalho em saúde se faz coletivamente e não só pelo gestor.

Outro resultado que podemos destacar neste eixo foi a herança como marca na transição desses gestores. O que reforça uma certa manutenção institucional que nos faz pensar em efeitos desfavoráveis para uma proposta de gestão participativa, na qual as duas instituições se inseriam. Modelo este de gestão que mobiliza esforços num processo de democratização institucional com a equalização dos poderes e saberes na instituição³.

Vale ressaltar que mesmo que ambas as instituições estivessem adotando modos diferentes de lidar com a escolha e transição dos gestores, não necessariamente aqueles sujeitos que vivenciavam uma exposição maior a um processo dito mais democrático de eleição, demonstraram formas de ultrapassar as marcas dessa herança institucional e assim potencializar o processo eleitoral como um dispositivo de democratização das relações.

Eleição que em si não necessariamente garante a democracia como exercício de poder que envolve acesso, inclusão e tomada de decisão¹. Mas que, pelo contrário, pode ser uma forma de reconstrução de uma dominação ameaçada por práticas contestatórias. Conforme aponta Miguel³⁴, a “[...] eleição promove a ilusão de que o conflito político se resolve num único dia e que, pelo mandato popular, se alcança algo, o “poder” que, uma vez conquistado, permite que todos os problemas sejam solucionados.

6.2. O gestor e suas experiências

Neste eixo, buscaremos analisar como os gestores percebem o seu papel numa experiência de gestão participativa, incluindo os limites e os desafios envolvidos.

Assim, podemos destacar que o lugar de gestor na instituição apareceu associado à presença e ao conhecimento do trabalho. Em relação ao papel do gestor ficou clara a

valorização de um gestor presente que saiba de tudo, de todos os casos, esteja próximo da realidade da equipe em todos os momentos.

“[...] o que engorda o gado é o olho do dono” (G10).

Entretanto, isto pareceu estar apoiado apenas como se a presença constante fosse capaz de garantir o funcionamento do serviço, não mencionando conhecimento ou uso de ferramentas gerenciais, que englobam os instrumentos de planejamento estratégico, a racionalidade administrativa, os processos decisórios, o papel de liderança e as habilidades relacionais³¹.

Barros e Barros³⁶ ampliam o conceito de gestão para além dos mecanismos organizacionais, indicando que a gestão deveria envolver os sujeitos com seus desejos, os processos de trabalho, o poder exercido nas relações institucionais e também o âmbito das políticas públicas como formas de coletivização dessas relações. Tal concepção aponta também para uma ampliação do campo de saber dos gerentes.

A concepção da presença como uma marca importante do papel dos gestores entrevistados pareceu ser fonte de frustração, sendo indicados pelo menos dois motivos para a geração de frustração. Por um lado, os gestores reconheciam que a gestão não é uma tarefa possível de ser exercida por uma única pessoa e, por outro lado, que nem tudo está totalmente nas mãos do gestor. Dois outros sentimentos pareceram caracterizar o lugar do gestor, a angústia e o desconforto, estes sendo consequência da ausência de autonomia e controle, muitas vezes, dos processos. A estes sentimentos foram atribuídos uma capacidade de produzir consequência para a saúde dos gestores.

“(...) atualmente, a gente tem realizado um pouco menos do que a gente gostaria, mas acho que é um desafio enorme tanto que o (gestor anterior) saiu quase enfartado daqui, né. Ele já não aguentava mais.” (G7)

Poderíamos dizer que a frustração trazida pode se relacionar com os mitos envolvidos na função de gerência que naturalizam certas características e posições do gestor e seu distanciamento da realidade de sua prática. Motta³¹ nos coloca que os mitos sobre a função gerencial envolvem aspectos de ordenamento e controle, de forma lógica e racional, enquanto a realidade do trabalho apresenta surpresas e contingências que podem tornar a função desordenada.

Em contraponto a essa posição do gestor de estar presente e saber de todos os processos e resolver tudo, podemos destacar outro aspecto que atravessou a compreensão sobre o papel do gestor e que se relacionou ao próprio modelo de gestão compartilhada. Apareceram algumas falas que sinalizaram a prática nos serviços de reuniões, momentos de escuta e trocas com a equipe, possibilitando certo compartilhamento das informações do cotidiano. Os gestores apontaram que este processo possibilitava uma maior sustentação junto às equipes apesar de, em alguns momentos, ser vivenciado ainda de forma contraditória, também como burocratização, parecendo transparecer uma compreensão ainda inicial da potência dos processos de gestão compartilhada. .

“... acho que é o entrosamento, a comunicação, a gestão mesmo de forma compartilhada, isso é fundamental.” (G2)

Apesar do papel de gestor, a partir das falas, ter sido percebido como produtor de frustração, os entrevistados também puderam descrevê-lo como produtor de prazer, apesar desta característica não aparecer espontaneamente. Uma fonte de satisfação era sua atuação clínica. Quando indagados sobre sua satisfação em relação ao seu papel de gestor apontaram que esta aparece associada aos resultados assistenciais, via de regra, colhidos de forma assistemática e baseados em depoimento dos usuários.

“Prazer é a ouvidoria positiva, passar nas enfermarias perguntando se está tudo bem, se tem algum problema, e as pessoas falam que estão bem, que todos tratam bem, essa coisa da satisfação.” (G11)

Para os entrevistados, era fundamental conseguir dar visibilidade aos resultados e avanços do serviço. Porém, na grande maioria das vezes, isso não era possível diante da falta de instrumental e apoio para o monitoramento dos dados e ações. Alguns destacaram que como atuavam na gestão e na assistência, suas reuniões, planilhas e dados não possuíam tanto sentido institucional quanto um curativo ou procedimento assistencial. Tais falas então nos apontaram para uma invisibilidade do papel gerencial junto às equipes, aspecto que apareceu de forma mais forte em uma das instituições.

No entanto, em ambas as instituições, os campos da clínica e da gestão apresentaram-se de forma estanque e, muitas vezes, em competição.

“... aí você fica no meio de planilhas, de documentos, aí parece que você não está trabalhando, porque você não está ali trocando um curativo, puncionando uma veia. Aí parece que você não trabalha e o seu trabalho demora a aparecer...” (G9)

Tal achado contrapõe o que preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH), grande referencial da Rede Cegonha e de todo um pensar a produção de saúde, e que tem como um de seus princípios, a indissociabilidade entre a atenção e gestão. Ao contrário do que o campo nos apresentou, a gestão e a atenção deveriam ser percebidas como transversais, afetando-se entre si e se coproduzindo no cotidiano dos serviços e, assim, diferenciando-se de modelos hierárquicos e verticais. A PNH coloca a proposta de discutir e construir coletivamente estratégias de qualificação dos serviços de forma inseparável das formas como estes são geridos, destacando como instrumentos as rodas de conversa com os envolvidos e o apoio institucional⁹.

Cecilio³⁷ também nos coloca outros elementos para pensar a gestão do cuidado a partir dessa transversalidade entre clínica e gestão. Para ele, a gestão do cuidado possui três dimensões iminentes: profissional; organizacional e sistêmica. A dimensão profissional é onde se dá o sempre singular encontro entre trabalhador e usuário, espaço de responsabilidade e liberdade do trabalhador. A dimensão organizacional é aquela na qual a responsabilidade gerencial e a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe ocupam lugar central. A dimensão sistêmica engloba o conjunto de serviços de saúde, com suas diferenças e fluxos estabelecidos entre si. Ele ainda destaca que as

dimensões, profissional e organizacional, se interpenetram e se condicionam mutuamente e que o trabalho gerencial deveria se ocupar dessas duas dimensões com suas especificidades e interdependência.

Os entrevistados destacaram ainda a necessidade de apoio para o próprio gestor ter uma visão mais ampliada dos processos institucionais, do todo e das relações e interações na instituição. Justificavam que a possibilidade de ampliação da visão institucional muitas vezes só ocorria quando o gestor subia a níveis gerenciais mais altos. Isto parece indicar a fragilidade dos processos da macrogestão que ainda não conseguem viabilizar arranjos comunicacionais que garantam essa visão ampliada da instituição e potencializem uma articulação maior entre processos, sujeitos e grupos. Como nos coloca Campos³, um planejamento ascendente com envolvimento dos trabalhadores e usuários já é reconhecido como importante, mas ainda não há métodos seguros para a participação horizontal da base com a preservação dos objetivos institucionais e do SUS.

“... em seguida, eu fui convidada para ser uma chefia maior do que a que eu tinha, não de 1 setor, mas de 3, que aí eu me tornei chefe de sessão. Aí eu comecei, realmente, a ter acesso, a discutir com a direção os nossos limites, e consegui fazer mais esse papel de interlocução, que me ajudou bastante.” (G9)

Em algumas falas, os sujeitos destacaram que o gestor ocupando um lugar intermediário na gestão poderia facilitar ou dificultar a comunicação institucional, bem como o próprio exercício da gestão. Associavam assim a gestão à cobrança, tanto do gestor para sua equipe, como também aquela vivenciada por ele em relação à alta direção, como um achatamento entre as demandas da instituição e de seus trabalhadores. Demandas estas que nem sempre estavam alinhadas.

“... porque você tem muitos limites, e eu acho que a gente vira meio que um sanduíche nessa história, porque você tem os seus funcionários imediatos, que clamam por inúmeras mudanças, e você tem uma chefia acima de você, que te cobra a cobrar muitas coisas...” (G9)

Em muitas falas, a gestão ainda apareceu reduzida ao aspecto administrativo, burocrático, relativa a processos mais duros como elaboração de escalas, arranjos dos espaços assistenciais e para equipe, garantia de suprimento adequado de materiais e insumos.

“...eu vejo se todas as salas estão em condição de atendimento, se a equipe está completa, né... a gestão de material, o mapa cirúrgico, se tem possivelmente alguma gestante que vai entrar para o centro obstétrico. Aí, é isso. O meu cotidiano é esse...” (G4)

Vale destacar que ao refletirem sobre o que facilitaria seu papel de gestor, os sujeitos destacaram em primeiro lugar suas próprias características pessoais, tais como: capacidade de abertura e escuta ao outro, tranquilidade, paciência, determinação e afetividade. Outros apontaram que o exercício desta função provocaria a necessidade do desenvolvimento de outras características como criatividade, resiliência e flexibilidade que associaram ao próprio exercício de um modelo mais participativo.

“O meu jeito de ser é, ao mesmo tempo, o que me auxilia e o que me atrapalha.”(G6)

Isso reflete mais uma vez a insuficiência do senso comum trazida por Motta³⁰ de que pessoas que apresentassem certas características poderiam se tornar bons gestores por este motivo. Os entrevistados já problematizam esse pensamento apesar de ainda não identificarem outros instrumentos de gestão que pudessem auxiliá-los nessa função.

Os dados apresentados apontaram para a importância de uma presença do gestor e de seu conhecimento do cotidiano do trabalho, mas também nos levaram a pensar na necessidade de uma presença qualificada. Presença esta que, num modelo de gestão mais participativo e compartilhado, contemplaria o uso de ferramentas de gestão, das

mais administrativas àquelas mais relacionais, e centraria-se na ampliação dos processos decisórios.

Podemos depreender do campo que o papel de gestor se exerce num contexto difícil, com inúmeros desafios associados ainda a uma fragilidade dos gestores no exercício da gestão.

Assim, o aprendizado da gerência deveria basear-se não só em conhecimentos sistematizados pela teoria, mas incluir também a experiência e o exercício da decisão que pode se dar pela observação de outras práticas gerenciais associadas com outras oportunidades de troca e fortalecimento de sua capacidade de ação³¹.

Uma forma de provocação desses gestores nessa capacidade de ação poderia ser a *função apoio* como uma nova forma de gerir que possibilite a criação de oportunidades institucionais de estranhamento e reinvenção das práticas, potencializando a capacidade de análise e intervenção dos gestores e equipes¹⁷. Torna-se fundamental auxiliar os gestores a assumirem tal papel junto às suas equipes e, assim, desenvolver-se na relação com o seu grupo na escuta, na leitura institucional e também no fortalecimento das relações e processos de trabalho³⁴. Segundo Motta³¹, “[...] a formação e o desenvolvimento gerencial constituem, antes de tudo, uma oportunidade de desenvolvimento pessoal”.

Entretanto, a formação em ato não exclui a necessidade de processos formais de capacitação para a gestão. De acordo com Campos, Cunha e Figueiredo³⁸, para se transformar a racionalidade hegemônica, é necessário se trabalhar sujeitos e instituições de forma simultânea e alinhada, uma vez que existe uma interferência constante entre estes dois processos. Segundo Tanaka et al.³⁹, os pressupostos que têm orientado os programas de formação de gestores na área da saúde apoiam-se em conteúdos da saúde coletiva, porém, propostas mais recentes vêm buscando articular conceitos e práticas de modo a produzirem novos modos de enfrentamento e de intervenção frente aos problemas de saúde. Assim, as propostas giram em torno do desenvolvimento de um pensamento estratégico em saúde e também da metodologia de “estudos de caso”, buscando mais um fortalecimento do gestor na tomada de decisão e menos na busca do aprendizado de uma tecnologia efetiva. Nesse ponto, o estudo de caso aparece como um método da gestão possibilitando a generalização de uma situação específica que pode

ampliar o entendimento do processo de produção de cuidado e de trabalho das equipes e de como este pode ser melhorado.

6.3. A Cogestão para os gestores

Neste eixo, exploraremos a concepção dos entrevistados sobre a Cogestão. Buscaremos retratar desde aspectos da compreensão do modelo, até como eles estavam vivenciando a implantação deste modelo em suas unidades e ainda como percebem o seu papel nesse processo.

A partir do pensamento de Campos¹, tomamos a cogestão como uma diretriz de democratização institucional. Essa democratização exigiria uma ampliação dos processos comunicacionais e decisórios nas instituições, assim como o fortalecimento de coletivos e grupidades em torno de um objetivo comum. Outro aspecto do modelo seria o questionamento das corporações, visando o fortalecimento do projeto finalístico de saúde produzido por equipes multiprofissionais, sem descuidar da ampliação de capacidades dos grupos envolvidos.

As diretrizes deste modelo nortearam a análise das falas e nos guiaram no entendimento de como esses gestores pensam a Cogestão em suas experiências. Outro eixo de análise das falas será feito através da identificação das percepções de gestores da Direção das instituições e aqueles gestores de serviços da maternidade.

6.3.1. O processo de implantação da cogestão

Uma questão que os gestores destacaram foi que nas instituições pesquisadas a Cogestão encontrava-se ainda em processo de implantação, mesmo que em momentos diferentes.

“Essa gestão compartilhada é uma proposta da PNH que a gente começou tem pouco tempo (...) a gente está começando, as pessoas querem muito, mas assim existem algumas dificuldades...” (G1)

A entrada do modelo nas instituições se deu pelo apoio institucional ofertado pelo Ministério da Saúde, mas se desenhou de formas distintas nas duas instituições.

Numa instituição, os entrevistados apontaram para um momento inicial de “convencimento” e “capilarização” da Cogestão na instituição, a partir de uma decisão política da Direção de implantar este modelo e da realização de várias rodas de conversa com as diversas equipes para a discussão do modelo e sua possibilidade de implantação.

Esta experiência estava em acordo com as proposições de Campos¹⁸ que aponta que a função apoio pode se constituir um dos recursos úteis, iniciando e sustentando a construção de rodas de conversa, para a criação de espaços coletivos que possam provocar o exercício de avaliar os processos e as tarefas, redefinindo-as conforme o acordado naquele grupo, visando a dupla função de aprimorar o serviço prestado e a construção dos sujeitos.

A Direção desta instituição já a percebia com características e mecanismos democráticos, sendo este um discurso marcante nesta instituição, porém destacou os conflitos e resistências envolvidos no processo de implantação. Nesse ponto, o apoio institucional do Ministério da Saúde foi destacado como importante para a sustentação do modelo frente a estes conflitos, o que foi também reconhecido por alguns gestores intermediários.

“[...] a gente começou a participar de umas reuniões, que vieram pessoas de fora para falar sobre a PNH, como que a gente deveria trabalhar a partir de agora dentro desse modelo. Então foi uma grande discussão [...]” (G1)

Na outra instituição, houve também um apoio inicial do Ministério da Saúde, mas que não foi destacado pelos entrevistados. Apenas um sujeito citou tal apoio mas apontou que o modelo somente começou a funcionar depois da mudança da OSS (Organização Social de Saúde). Destacou que esta se diferenciava das demais por seu compromisso social e experiência junto aos movimentos sociais e situações de violência urbana, o que era muito relevante para o hospital que se inseria numa região com altos

índices de violência. Esta OSS mostrou-se sensível às questões vivenciadas pelo hospital e equipes e, por seu percurso e trajetória, no campo da saúde pública, de seus profissionais que estavam na gestão do contrato com a maternidade, compartilhou a aposta num modelo de gestão mais participativa. Na observação participante, foi possível notar a presença constante de seu gestor nos espaços colegiados com fomento da discussão, informação e provocação às equipes, assim como oferta de instrumentos para potencializar a discussão coletiva.

Esse processo de transição da OSS apareceu de forma bem marcante nas falas diante do histórico do hospital, o que refletia em resistências que se agravavam pela desconfiança das equipes na gestão do hospital.

“O colegiado gestor é anterior a mim, não fui eu que criei. Ele foi uma ideia trazida pelo Ministério da Saúde, quando teve, na unidade, para ajudar a implementar modificações. A unidade foi especialmente escolhida porque apresentava índices de maior mortalidade... e o Ministério resolveu fazer um acompanhamento na unidade, e sugeriu que fosse instalado esse colegiado gestor...” (G10)

Na visão dos entrevistados, esse processo de implantação foi importante, porém difícil e desafiador, envolvendo mudanças que exigiam muitas reuniões e discussões com os envolvidos, trabalhadores e gestores.

“A gente vem discutindo e acredito eu que hoje está muito bem encaminhado esse processo, esse processo de maior participação coletiva e tal, mas ainda é um desafio você consolidar isso efetivamente.” (G6)

As falas dos entrevistados reafirmaram o modelo cogestivo como aquele que inclui e coloca em análise os dissensos, as divergências, fazendo o processo vivo e como tal em transformação.

“[...] nem sempre você consegue convencer as pessoas que a rota

precisa ser mudada para benefício da instituição, não para benefício pessoal de uma pessoa, de um determinado grupo e isso talvez seja a parte mais difícil aqui...” (G7)

Foi possível observar que as falas destacavam a existência de movimentos que podiam refletir um modo tradicional e hegemônico de fazer gestão. Modo não só presente no gestor, mas também nos trabalhadores que demandavam, muitas vezes, por direção, comando e respostas, denotando uma postura mais próxima de modelos centralizadores e caracterizados por um distanciamento entre o “decidir” e o “fazer”.

6.3.2. O que os gestores entendem por Cogestão

A Cogestão apareceu, nas falas dos entrevistados, como uma **filosofia de gestão**, como um modo de pensar a gestão em bases mais ampliadas, em termos de participação e compartilhamento.

Para a Direção das unidades, a Cogestão envolvia um processo de democratização que teve como efeito o aumento da participação dos trabalhadores e uma exigência maior de transparência.

Os entrevistados identificaram essa democratização com a produção de relações mais horizontais, com a necessidade de aprendizado de compartilhamento do poder e da autoridade. Em algumas falas, o poder surgia nas relações como precisando ser alterado e problematizado, tanto do ponto de vista do exercício de auto percepção como nas relações vivenciadas na prática da gestão.

“[...] o modelo é muito exigente, por isso eu acho que não é simples, você tem que se perceber enquanto cidadão, enquanto gestor, a questão da autoridade, da autoridade não, do autoritarismo, na questão da prática...” (G12)

Como nos coloca Barros e Barros³⁶, ampliar a gestão e o grau de democracia interna nas organizações exige uma inseparabilidade de sujeitos, saberes e poderes assim como a criação de oportunidades de problematização dos saberes e poderes nas relações entre os sujeitos, buscando uma maior equalização destes na instituição.

Tanto a Direção como os gestores locais apontaram que os desafios dessa mudança de modelo apareciam relacionados a uma mudança de cultura institucional que questionava valores, modos de fazer e ser dos sujeitos envolvidos. Os entrevistados destacaram que tal processo exigia avançar no entendimento do que é compartilhar, na equalização do poder na instituição, de fazer diferente aquilo que sempre foi feito do mesmo jeito, convocando as pessoas a saírem dos seus quadrados e a lidarem com suas vaidades, melindres, limites e autoritarismos.

“Essa mudança de todos, não só da linha, mas da gente mesmo, do nosso pensamento. Acho que é esse o obstáculo a vencer que motiva a gente, que acaba motivando.” (G14)

A partir das falas dos entrevistados, foi possível depreender que a mudança do modelo nas instituições passa pela mudança de cada trabalhador, gestor ou não, e de como os conflitos envolvidos são incluídos, trazidos para a roda, para a discussão coletiva.

“[...] eu acho que a gente pode ter muita chance de mudar muita coisa, mas eu aprendi muito também que essa questão nossa autoritária está muito incrustada nas pessoas... eu comecei a me perceber... eu mudei muito... tenho assim uma coisa de dar uma rechaçada no meu ego, bem claramente senão você não consegue...” (G12)

Tanto nas entrevistas, como na observação participante do cotidiano das maternidades, o exercício da cogestão ainda apareceu como uma divisão de tarefas, quando o que o modelo preconiza é um compartilhamento das decisões com a

ampliação da capacidade de análise dos problemas e de intervenção das equipes sobre eles¹.

O envolvimento dos diversos sujeitos e o trabalhar junto e compartilhado se associava mais a uma forma de ampliar a comunicação, com todo mundo sabendo o que acontecia, do que a um modo de gerir mais participativo. Em alguns momentos, transparecia ser o modelo percebido mais como a possibilidade de uma ajuda mútua do que como o compartilhamento de um projeto decisório comum e coletivo.

“[...] acho muito bom. A gente divide, um pouco, essas tarefas, a (a outra gestora da dupla) fica com a parte administrativa, de lidar, mesmo, com os administrativos. Então, acho que a gente não sobrecarrega ninguém.”
(G3)

A cogestão pode ser apreendida das falas como uma forma de descentralizar e diminuir as chances de erro a partir do momento em que mais pessoas eram envolvidas, com experiências diversas. Os erros como os acertos passavam a ser compartilhados por toda a equipe, que também se ampliava, envolvendo as diversas profissões que participavam do cuidado em saúde e que passavam a exigir uma maior transparência na instituição. Este aspecto parece concordante com a percepção de que a gestão não parece ser tarefa de um e da necessidade de ajuda para o gestor, conforme discutido no tema anterior.

“[...] proposta boa, que todos constroem, todos ajudam na construção da gestão, não fica tudo sobre uma pessoa só. Então, eu acho que a chance de erro acaba sendo menor porque tem várias pessoas pensando, com várias experiências anteriores.” (G4)

Nesse ponto, as falas dos entrevistados apontavam mais para uma tendência de ampliação da discussão do dia-a-dia institucional entre as equipes multiprofissionais do que uma interferência nos processos decisórios, tornando-os mais compartilhados e inclusivos.

“[...] você identifica o problema, você hierarquiza a questão das demandas, mas aquilo não sai daquele espaço pra poder ser solucionado. Na hora de tomar as medidas para dar resposta, a alta direção tem a mesma forma de decidir que sempre teve.” (G8)

A tomada de decisão surgiu, nas falas, como algo necessário mas também como uma dificuldade, que parecia estar associada à relação do tempo da decisão, sua construção nos grupos e equipes, e do tempo das necessidades institucionais. Entretanto poderia se pensar se essa premência de tempo não ocultaria uma postura que reflete a dificuldade em compartilhar as decisões.

“Eu acho legal a gente compartilhar, fazer o colegiado, ouvir as pessoas, só que tem momentos assim que o chefe ali tem que resolver aquilo, entendeu... e nem sempre você vai agradar, isso aí, né, vai poder agradar todo mundo...” (G1)

O colegiado foi destacado como o espaço em que a grupalidade foi se construindo, possibilitando aos sujeitos um exercício de troca e confiança. No próximo eixo, exploraremos mais o colegiado como dispositivo da Cogestão.

Ao serem indagados sobre a percepção dos trabalhadores acerca do modelo, os gestores destacaram que estes o vivenciavam como algo positivo no sentido de se sentirem fazendo parte da equipe, do processo de construção e da gestão do cuidado ofertado.

“[...] para que o outro fale, para que a voz dele seja ouvida, digamos assim, você tem que sentar para ouvir, tem que oportunizar esse espaço para que ele traga a demanda, você tente resolver, e que essa comunicação aconteça.” (G9)

“As primeiras reuniões de grupo gestor eram silenciosas, eu começava a falar e as pessoas se olhavam não acreditando que um diretor estava

colocando aquela coisa de uma forma tão franca, transparente e clara. Hoje as pessoas começam a ver isso da forma que eu, por insistência, pretendia que era como uma motivação, um agente agregador.” (G16)

Observamos assim um caminhar no exercício do modelo de cogestão a ser fortalecido, considerando que são instituições que tiveram o apoio institucional da Rede Cegonha/MS.

Poderíamos dizer que esse modelo questiona um modo de fazer hegemônico, indo de encontro a uma lógica que parece sustentar o fazer no campo da saúde. Mas, por outro lado, responde a uma série de questões colocadas pelo SUS referentes a seus princípios e diretrizes, como a democratização, descentralização e participação social³.

Isso foi ratificado pelos entrevistados que destacaram o modelo cogestivo como uma forma de pensar a gestão em bases mais participativas e democráticas, tendo como efeitos uma maior democratização das relações e o aumento da participação dos trabalhadores. Para isso, os entrevistados colocaram a mudança do modelo de gestão como um processo em implantação e envolvendo desafios. Desafios que apontaram para uma mudança de cultura que perpassava os diversos sujeitos envolvidos, também em transformação.

Segundo Campos³, o modelo cogestivo busca assegurar o objetivo principal de cada organização de produzir saúde e gerar conhecimento, mas também estimular os trabalhadores a ampliar a sua capacidade de reflexão e de realização profissional e pessoal.

Nessa mesma linha, a PNH⁴⁰ entende a Cogestão como a inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios associada à ampliação da função de gestão. Nesta lógica, a gestão além de manter a organização funcionando, buscaria analisar os processos institucionais e formular projetos num campo de disputas e poderes, acumulando saberes e conhecimentos.

Poderíamos dizer que essa ampliação da gestão e dos processos decisórios ainda é um desafio, já que foi possível depreender dos dados que o compartilhamento ainda era vivenciado como uma divisão de tarefas e que trabalhar junto ampliava a

comunicação entre os trabalhadores, mas não necessariamente interferia na construção dos processos decisórios de forma mais inclusiva, participativa e comum.

No modelo de Cogestão os processos decisórios buscam combinar o cumprimento da finalidade das organizações de saúde com o estímulo à autonomia e responsabilidade das equipes por meio da construção coletiva de compromissos comuns. Procuram desenvolver modos democráticos e interativos para se lidar com regras, normas e avaliações. Para isso, baseiam-se nos encontros dos diversos atores em espaços coletivos nos quais possam exercer sua capacidade de analisar e problematizar suas práticas e relações e, ao mesmo tempo, intervir e recriar sua realidade, seu trabalho, sua instituição³⁸.

6.4. Arranjos e estratégias de Cogestão

Neste eixo, buscaremos identificar quais arranjos e estratégias de Cogestão vêm sendo vivenciados nas maternidades pesquisadas.

A implantação da Cogestão foi reconhecida pelos entrevistados como em fase ainda inicial, em ambas as instituições pesquisadas. Estas também utilizaram como estratégias de implantação do modelo a discussão do conceito de unidades de produção (UP) com as equipes como norteador do redesenho das mesmas. Além da conformação de duplas gestoras interprofissionais, muitas vezes, formadas por médicos e enfermeiros, como forma de ampliação da função de gestão com a inclusão de outros atores.

As entrevistas nos apontaram o **colegiado** como principal estratégia de Cogestão, destacando-o como espaço para discussão coletiva e maior integração da equipe.

“Hoje, o instrumento mais poderoso que eu tenho na gestão é o colegiado gestor.” (G10)

A Direção de uma das unidades destacou a importância do papel do gestor junto a estes espaços colegiados, no sentido de dividir as responsabilidades, fomentar e estimular a operacionalização desses espaços.

Este achado vai ao encontro da discussão de Campos, Cunha e Figueiredo (2013)³⁸ que ratificam tal papel da gestão ao garantir e institucionalizar espaços de encontro, como os colegiados, que se configurem como continentes para os trabalhadores conseguirem lidar com as várias dimensões envolvidas nas decisões e conflitos em seu trabalho comum.

“O papel do gestor é conduzir esses colegiados e tentar capilarizar essas informações pra cima, né, pros níveis mais elevados, e captar as demandas do nível mais elevado e transmitir para o grupo do trabalho.”
(G8)

Foi destacado que o gestor deveria deixar claro suas proposições, colocá-las em debate, assumindo um processo dialético entre suas propostas e as sugestões de modificação surgidas da dinâmica do colegiado. Apontaram para um complexo exercício de postura de apoio na qual o motivar e inspirar ganham mais força do que o cobrar.

“[...] você divide um pouquinho essa responsabilidade, você passa a empoderar essas outras áreas muito mais. E com isso, as pessoas trazem as coisas muito mais como solução do que como problemas.” (G6)

Os gestores locais concordando com as Direções, também apontaram que, na Cogestão, o gestor era percebido como aquele que coordenava, mas que precisava estar atento, ouvir a demanda do grupo e dos usuários e não só aquilo que achava. Alertaram para a importância de fazer um exercício de desapego do seu poder de decisão e ocupar um lugar de ligação e mediação com os diversos atores que compõem o cuidado e os espaços colegiados.

“O gestor é a pessoa que consegue catalisar isso, juntando as pontas, fazendo que os líderes se encontrem e pensem as melhores soluções para a produção de cuidados.” (G10)

Como o trabalho em saúde se exerce entre sujeitos com distintos graus de conhecimento e poder e filiados a diferentes paradigmas e formas de ser e estar no mundo, o conflito surge como um elemento importante do trabalho a ser sustentado e, não, evitado³⁷.

Os colegiados foram vistos como espaços de identificar os problemas, analisar o que poderia ser feito, sugerir, detalhar estratégias de implementação de novas práticas, monitoramento e avaliação das ações. As atas dos colegiados passaram a ser instrumentos de acompanhamento e memória, que facilitavam o processo de amadurecimento das decisões e possibilitavam que muitas dessas ações fossem colocadas em prática. A concretização das decisões se estruturava através do estabelecimento de protocolos, rotinas que por sua vez demandavam diálogo e capacitação das equipes. Pôde-se perceber que os colegiados foram sendo compreendidos como espaço de aprendizado institucional, de se construir uma visão ampliada para além do próprio setor.

“Nas reuniões nós passamos isso e vemos quais são os picos de problema da semana do hospital, pois às vezes eu tenho um problema e acho que só acontece comigo, mas na reunião eu começo a saber que não é só na maternidade, mas na clínica médica também, por exemplo.” (G13)

“Que bom que a gente tem oportunidade de aprender, porque eu acho que essa nova forma de gestão possibilitou o aprendizado, abriu muitas portas, conhecer o trabalho do outro.” (G9)

Ainda em relação ao papel do colegiado, as entrevistas destacaram como efeito no processo de trabalho, a ampliação da clínica com uma maior integração da equipe

multiprofissional. Outro aspecto mencionado foi que nele foram percebidas questões relativas à articulação da rede interna, mas também da maternidade com a rede externa.

“As relações de atendimento melhoraram, a relação com a rede de atenção melhorou. Antes, a gente não tinha praticamente nenhuma relação e hoje a gente já tem essa relação.” (G7)

Como o exercício desse modelo era recente, o colegiado às vezes apareceu nas falas reduzido a um espaço de catarse, perdendo parte da potência na resolução dos conflitos e encaminhamento dos problemas identificados. Por vezes, parecia restringir-se mais a um espaço utilizado para noticiar do que para deliberar coletivamente, mais como um fórum de reclamação do que de composição do cuidado.

“Para resolver as questões locais, sim, ele tem um efeito muito bom. Mas se os níveis que vão sendo superiores não... não conseguem capilarizar essa informação, é... deixar claro a forma que se decide ou que se distribui os recursos ou tudo mais, fica a impressão que não há uma lógica de tomada de decisão, entendeu, ou que se há, ela não é clara.” (G8)

Os colegiados mesmo colocados como importantes instrumentos, ainda se apresentavam muitas vezes com um funcionamento irregular, dependentes dos gestores. As estratégias de conformação do espaço e convocação eram diversas e criadas a partir das necessidades de cada equipe.

Campos, Cunha e Figueiredo³⁷ destacam a importância de um lugar e um tempo construídos ativamente para a realização de encontros periódicos entre os trabalhadores para refletirem e intervirem sobre sua prática, durante determinado período de convivência. Para isto, torna-se fundamental periodicidade e convivência para a conformação desse espaço, pois a grupalidade vai se criando no próprio processo operativo do grupo.

Foi destacado, em algumas falas, a necessidade do colegiado ser qualificado, através da oferta de instrumentos e ferramentas, que pudessem potencializar esse espaço, tais como: oficinas, problematização de processos institucionais, construção de metas coletivas e comuns à equipe. Nessa busca de qualificação dos colegiados, o apoio institucional também foi apontado, em algumas falas, como grande facilitador.

“A gente tem uma grande ferramenta – que é o colegiado –, mas, às vezes, não sabemos usar. Eu acho que ter o apoiador junto com a gente é um grande facilitador para que as coisas não saiam dos trilhos, então, os apoiadores são fundamentais, e posso dizer que determinantes para esse processo. Acho que as grandes ferramentas que a gente tem são os colegiados e os apoiadores que nos ajudam, mas sinto falta de uma maior instrumentalização dos gestores para utilizar essas ferramentas.”
(G9)

Assim, se corrobora a função apoio que enfatiza a noção de suporte, amparo, auxílio à constituição e sustentação do espaço coletivo, mas também a noção de impulso para o movimento do grupo rumo aos seus objetivos, trazendo as demandas externas e ofertando outros recursos³⁸.

Um dos entrevistados nos brindou com uma metáfora interessante sobre o colegiado, nos dando pistas para o seu fortalecimento. Precisa-se de rotina e continuidade para se conseguir ver resultados e transformar hábitos.

“[...] a partir do momento em que você faz aquilo frequentemente, é igual exercício físico: para quem não gosta, até que aquilo se torne uma rotina.” (G9)

Para além do colegiado, os entrevistados puderam destacar outros arranjos que consideravam importantes para o exercício da Cogestão como: o fortalecimento de espaços com os usuários; instrumentos da Gestão da Clínica como os rounds, a discussão compartilhada de casos.

O diálogo com os usuários apareceu com mais força e destaque em uma das instituições que possuía um espaço colegiado com a comunidade local, por meio de suas lideranças, grupos e organizações para promover o entendimento comum do que acontecia no hospital e sua função junto à comunidade, além das necessidades dos usuários.

“Nós temos usuárias que são da comunidade, indicadas pela comunidade, pela associação de moradores, e as (movimento social local), que também são convidadas a participar do colegiado gestor. Então, ele tem voz, expressão. Eu participo de todas as reuniões, a direção geral também tem ciência disso, e é uma poderosa ferramenta de gestão da maternidade.” (G10)

Entretanto, tais arranjos ainda não eram operacionalizados no cotidiano de forma a gerar um aprendizado institucional que sistematizasse as práticas de cuidado e os processos de trabalho, ratificando a separação clínica e gestão discutida no eixo anterior.

Dentre as ferramentas de comunicação, tão importantes em um processo de cogestão, os sujeitos destacaram o uso das tecnologias das redes sociais, como os grupos de whatsapp, como forma de possibilitar uma comunicação mais ampliada e ágil.

“Hoje, a gente tem algumas ferramentas de trabalho para monitorar. A mais utilizada, hoje, é o WhatsApp, que é um software para telefone onde você consegue criar grupos. Esses grupos conseguem trazer os diálogos daquilo que está acontecendo all time, full time, durante todo o dia a gente tem os reportes.” (G10)

Com relação aos arranjos e estratégias utilizados pelos gestores nas maternidades, podemos dizer que o colegiado, principal dispositivo de Cogestão apontado pela PNH, também apareceu nas falas e no cotidiano desses serviços como principal instrumento para ampliar a participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e compartilhar os problemas e encaminhamentos. Um instrumento a ser ainda qualificado e fortalecido em sua potência, principalmente em relação à interferência no

modo de construir as decisões de forma mais ampliada. Para isso, destaca-se o gestor como grande elemento de fomento e de mobilização desse espaço, assim como o apoio institucional.

Outros arranjos destacados dizem respeito às tecnologias da Gestão do Cuidado e apontam para um exercício ainda a ser provocado junto aos gestores de aproximação das discussões clínicas do fazer a gestão nos serviços

Dentre as estratégias desenvolvidas pelos gestores para melhorar a circulação da informação está a incorporação das redes sociais como instrumentos de comunicação entre as equipes. Porém, não basta só fazer circular a informação, ainda é preciso avançar no uso dos registros como elemento de análise e problematização dos processos de trabalho e da própria instituição para a melhoria e qualificação do cuidado e do trabalho produzidos.

Nesse sentido, podemos dizer que as próprias perguntas desta pesquisa, destacando tais aspectos da gestão ainda frágeis na prática, provocaram os gestores a pensarem sobre o tema e sobre sua própria prática, como podemos observar na seguinte fala:

“Você me pergunta coisas que eu nunca pensei... você está fazendo eu fazer uma reflexão.” (G3)

CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da Cogestão perpassa os gestores e trabalhadores nos seus modos de ser e estar no mundo, nas suas relações com o trabalho e com a instituição. Os resultados apontaram que a Cogestão nos contextos pesquisados exigiu tal envolvimento e uma aposta dos sujeitos em suas diretrizes, além de uma disponibilidade para a mudança. Porém, em alguns momentos, parecia que devido a forma ainda insipiente da implantação do modelo, este acabava sendo personalizado e ficando refém de certos sujeitos, não conseguindo mobilizar movimentos mais coletivos.

Neste processo alguns instrumentos e estratégias são fundamentais, tendo sido o colegiado destacado como o principal arranjo de Cogestão. Porém, este não é utilizado em toda a sua potência de produzir compartilhamentos e pactuações coletivas, funcionando de modo geral apenas no sentido de ativar relações entre os diversos sujeitos e fortalecer a formação de grupalidades. De modo geral constitui-se mais como um espaço de informação do que de deliberação e tomada de decisão. Desta forma, sua possibilidade de sustentação da discussão dos processos de trabalho se mostra ainda frágil.

Nesse espaço, os gestores possuem um papel fundamental de fomento e de operacionalização, com uma função de mediação e escuta das equipes. Ele alinha os objetivos institucionais e a produção de um cuidado integral e de qualidade aos interesses dos trabalhadores. Esse lugar de mediação ocupado pelo gestor convoca-o a se desapegar de crenças e paradigmas e, no encontro e relação com o seu grupo, construir caminhos comuns e possíveis.

A cogestão nas maternidades públicas investigadas mostra-se ainda como um desafio para todos os envolvidos. Percebe-se que apesar de ser vista como um modo de pensar a gestão em bases mais democráticas e participativas, ainda é vivenciada de forma reduzida. Muitas vezes, se reduz apenas aos aspectos de controle de processos mais burocráticos divididos entre mais pessoas e à ampliação da comunicação. Entretanto, não basta melhorar a comunicação se não houver uma mudança nos processos decisórios, fazendo-os de forma compartilhada e incluindo os diversos atores com suas divergências e diferenças. Assim, a construção ampliada da tomada de decisão

pode ser considerada um ponto crítico na implantação desse modelo.

Durante a pesquisa, nos deparamos com uma crise político-econômica no país que gerou reflexos nas instituições e sujeitos estudados, assim como coloca em risco a Cogestão como proposta de fazer gestão no SUS. A partir da potência encontrada no campo estudado, torna-se fundamental garantir algumas estratégias para sustentação deste modelo.

Nesse sentido, o **apoio institucional**, como provocador de mudanças na prática do dia-a-dia, se constitui como elemento importante para abertura de brechas afim de possibilitar uma transformação das práticas institucionais. O apoio institucional, como um elemento externo, consegue problematizar e desnaturalizar modos de fazer institucionais que convoquem os gestores e trabalhadores a se reinventarem. Acolhe as demandas dos grupos, mas também provoca estranhamentos, ofertando outros instrumentos e construindo outras formas de encarar e enfrentar os problemas.

Ao lado do apoio institucional também ganha relevância a **oferta de oportunidades de formação para os gestores** que consistam numa formação em ato, em que o próprio exercício do papel institucional produza saber e conhecimento que sustente a modificação das práticas. Para além da inclusão de ferramentas e instrumentos gerenciais, priorizar teorias e modos de pensar e fazer que apontem para o caráter processual, relacional e inventivo do trabalho.

É importante estar atento para a **qualificação das oportunidades de fortalecimento dos colegiados** no sentido de possibilitarem o compartilhamento das decisões e a sua interferência nos processos institucionais, e de sua incorporação na realidade das equipes, do nível macro ao mais local.

Uma mudança como essa no modo de fazer gestão **exige uma sustentação a longo prazo do modelo**, visto que a produção teórica sobre o modelo participativo é recente e apesar de sua potência, o pouco tempo de experimentação parece ainda não interferir nas práticas de forma sustentável e contínua.

Diante disso, tecemos pistas para a sustentação do exercício da gestão em bases mais democráticas e participativas, tendência neste campo e também tão necessária em nosso momento atual no qual a luta pelos direitos e pelos princípios do SUS se faz tão vital para a oferta de uma saúde pública de qualidade e para todos.

REFERÊNCIAS^{vii}

1. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 4 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
2. Rates SMM, Araujo GF de. Cogestão e humanização na saúde pública. Belo Horizonte: Sigma; 2008.
3. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública. 1998; 14(4):863-70.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2010.
5. Amaral MA, Campos GWS. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão In: Neto GV, Malij AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Koogan; 2011
6. Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J., Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
7. Matus C. O líder sem Estado-maior. São Paulo: Fundap; 2000.
8. Mintzberg H., Quinn JB. O processo da estratégia. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
9. Santos-Filho S.B, Barros MEB de, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface – Comunic, Saude, Educ. 2009; 13(Supl.1):603-13.
10. Gomes MAM. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: Moreira MEL, Lopes JM de A, Carvalho M. O recém-nascido de alto risco – teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2004.
11. Costa AM. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 979-1009.

^{vii} As normas para elaboração das referências seguem as adotadas pelos programas de pós-graduação do IFF.

12. Ministério da Saúde (BR). Manual prático de implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011.
13. Rolnik S. Pensamento, corpo e devir – uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cadernos de Subjetividade. 1993. 1(2):241-51.
14. Azevedo CS, Sá MC, Miranda L, Grabois V. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. 2010; 1(1).
15. Artmann E. Enfoque da *démarche stratégique* na gestão hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 277-323.
16. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc saúde coletiva. 2007; 12(4).
17. Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2011.
18. Campos GWS. Saúde paideia. 4 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
19. Escóssia L, Kastrup V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. Psicol estud. 2005; 10(2):295-304.
20. Foucault, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
21. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc saúde coletiva. 2012; 17(3):621-26.
22. Gerhardt TE, Silveira DT, organizadoras. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
23. PASSADOR LH. O campo da antropologia: constituição de uma ciência do homem. In: Guerriero S, organizador. Antropos e psique - o outro e sua subjetividade. São Paulo: Olho d'Água; 2001. v. 1, p. 29-49.
24. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Rio de Janeiro: Petrópolis; 2002.
25. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia. 2003; 12 (24): 149-61.
26. Sanglard G, Ferreira LO. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). Est Hist. 2014; 27(53):71-91.
27. Dicionário mulheres do Brasil. De 1500 até a atualidade. Biográfico e ilustrado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2000.

28. Correia MCB. A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*. 2009; 13(2).
29. Gomes R. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
30. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
31. Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 3 ed. Rio de Janeiro: Record; 1993.
32. Magluta C. *Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em maternidades públicas: práticas referidas pelos gestores das UTI neonatais [tese]*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fiocruz; 2010.
33. Binsfeld L. *Análise do processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais do estado do Rio de Janeiro [dissertação]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz; 2010.
34. Dussalt G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Adm Púb*. 1992; 26(2):8-19.
35. Miguel LF. *A democracia na encruzilhada*. In: Singer A et al. *Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise*. São Paulo: Boitempo; 2016.
36. Barros RB, Barros MEB. *Da dor ao prazer no trabalho*. In: Filho-Santos SB, Barros MEB. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007.
37. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2009; 13(Supl. I):545-55.
38. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. *Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
39. Tanaka OY et al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. *Rev. Saúde Pública*. 1999; 33(3):2-29.
40. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão*. Brasília (DF): MS; 2010.

APÊNDICES



APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade: _____

Profissão: _____ Tempo de formado: _____

Setor: _____ Função: _____

Tempo na função: _____

Tempo na instituição: _____

1. Papel dos gestores

- Fale um pouco de seu percurso profissional da clínica à gestão.

- Destaque algum momento ou pessoa nesse percurso. Explique o porquê.
- Fale se você já ocupou essa função antes e se destaca algo de similar e diferente entre essas experiências.
- Destaque algo que hoje te auxilia e/ou te atrapalhe na sua função de gestor.

- Fale um pouco de seu cotidiano como gestor

- Relate o que provoca realização nessa posição.
- Destaque os problemas/desafios que você vivencia.

2. Arranjos e estratégias de gestão

- Relate como você vê o modelo de gestão nesta instituição.

- Diga quais instrumentos utiliza e que arranjos e estratégias existem na sua instituição.
- Relate como você percebe o papel do gestor neste processo.
- Identifique os desafios envolvidos e as maneiras de resolver os conflitos dentro da equipe e com outros setores.
 - Destaque como os trabalhadores percebem e participam deste processo de gestão.
- Fale sobre as estratégias de monitoramento que utiliza para o processo de gestão.

3. Colegiado

- Fale se existe algum colegiado gestor na instituição.
- Destaque como foi sua formação; se você participa; como este espaço funciona.
 - Relate se faz diferença para você, como gestor, e para a sua equipe.
 - Relate se você identifica alguma mudança no trabalho com o colegiado.

4. Outras colocações

Fale alguma consideração sobre o tema que você não tenha tido oportunidade.



APÊNDICE 2

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

LOCAL DE OBSERVAÇÃO: Salas da chefia da maternidade, espaços colegiados e reuniões de equipe

SUJEITOS – Gestores

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS:

O(s) ambiente(s)

- conteúdo, localização e dinâmica de funcionamento do espaço de gestão na unidade;
- conteúdo e localização dos itens nesses espaços
- relação das pessoas com o espaço de gestão;
- distância/proximidade entre as pessoas da equipe nesses espaços;

O(s) comportamento(s) das pessoas

- postura corporal;
- as normas de conduta explícitas e implícitas;
- formas de interação;

A(s) linguagem(ns)

- verbal e não verbal;
- tom de voz;
- vocabulário êmico.

O(s) relacionamento(s)

- as pessoas que buscam a gestão na relação entre si e com o gestor;
- como os problemas chegam ao gestor - que tipo de questões e como estas são encaminhadas;
- como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem que fazem.



APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

(Entrevista)

TÍTULO DA PESQUISA: Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades públicas. **PESQUISADOR RESPONSÁVEL E CONTATO:** Andréia Maria Thurler Fontoura – (21) 2554.1880

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL E ENDEREÇO: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira IFF/Fiocruz – Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo –RJ - CEP: 22.250-020

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA: _____

O Sr.(a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades SUS” de autoria de Andréia Maria Thurler Fontoura sob a orientação das pesquisadoras Rosa Maria de Araujo Mitre e Cynthia Magluta, relativa a sua dissertação de mestrado profissional junto a Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

- O objetivo do presente estudo é analisar os processos de cogestão, entendida como uma forma de gestão mais compartilhada e participativa, em maternidades públicas, na percepção dos gestores. Você, como gestor(a) dessa maternidade, participará da pesquisa por meio de entrevista gravada e depois transcrita, além da observação participante de seus espaços de gestão e colegiados, reuniões de equipes ou outros identificados por você.

Nesses espaços, serão observados a forma de encaminhamento das questões discutidas, assim como a tomada de decisão pela equipe, através dos registros do pesquisador em seu diário de campo.

- Você está convidado(a) a participar de uma entrevista sobre sua prática profissional que será gravada e transcrita para posterior estudo, sendo preservada sua privacidade assim como poderá ser cessada por você a qualquer momento. Você pode se recusar a participar e não será penalizado por isso!

- Os riscos que esta pesquisa pode acarretar referem-se a você se sentir angustiado ou mobilizado pela revisita a sua prática. Isso poderá ser falado e conversado com o pesquisador.

- A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de reflexão que pode auxiliar na qualificação de sua prática profissional, assim como dos modos de gerir em saúde nas maternidades públicas.

- Não haverá nenhum custo por sua participação neste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação, que é totalmente voluntária.

- Você pode desistir de participar a qualquer momento sem prejuízos ou retaliações.

- O registro de sua entrevista assim como as transcrições serão sigilosas, sendo acessadas apenas pelo pesquisador e seus orientadores. Estas serão mantidas pelo pesquisador por um período de cinco anos, sendo incineradas após este período. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

- O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491). Assim como o Comitê de Ética de sua unidade – CEP SMS/RJ – E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br – Tel.: 2215.1485

- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Diante do exposto acima, eu, _____, RG _____
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui
suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para
mim, descrevendo o estudo “*Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades
SUS*”, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a
serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.
Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo
voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a
qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou
perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho /
acompanhamento / assistência / tratamento neste Serviço.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Testemunha

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

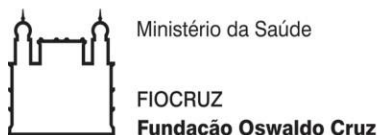
Nome _____

Assinatura _____

TCLE versão 01

Rubrica sujeito

Rubrica pesquisador



APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

(Observação Participante)

TÍTULO DA PESQUISA: Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades públicas. **PESQUISADOR RESPONSÁVEL E CONTATO:** Andréia Maria Thurler Fontoura – (21) 2554.1880

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL E ENDEREÇO: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira IFF/Fiocruz – Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – RJ - CEP: 22.250-020

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA: _____

O Sr.(a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades SUS” de autoria de Andréia Maria Thurler Fontoura sob a orientação das pesquisadoras Rosa Maria de Araujo Mitre e Cynthia Magluta, relativa a sua dissertação de mestrado profissional junto a Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

- O objetivo do presente estudo é analisar os processos de cogestão, entendida como uma forma de gestão mais compartilhada e participativa, em maternidades públicas, na percepção dos gestores.

- Você está convidado (a) a participar da pesquisa por meio da observação participante de espaços de gestão e colegiados, reuniões de equipes ou outros identificados pelo gestor, nos quais você esteja presente. Nesses espaços, serão observados o ambiente, os

comportamentos, as linguagens, a dinâmica das relações e a forma de encaminhamento das questões discutidas, assim como a tomada de decisão pela equipe, através dos registros do pesquisador em seu diário de campo.

- Você terá sua identidade e privacidade preservadas, assim como esses registros poderão ser cessados por você a qualquer momento. Você pode se recusar a participar e não será penalizado por isso!

- Não haverá nenhum custo por sua participação neste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação, que é totalmente voluntária.

- Você pode desistir de participar a qualquer momento sem prejuízos ou retaliações.

- Os registros da observação participante serão sigilosos, sendo acessados apenas pelo pesquisador e seus orientadores. Estes serão mantidos pelo pesquisador por um período de cinco anos, sendo incinerados após este período. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

- O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491). Assim como o Comitê de Ética de sua unidade – CEP SMS/RJ – E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br – Tel.: 2215.1485

- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Diante do exposto acima,
 _____, RG _____ CPF _____,

abaixo-assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *“Arranjos e estratégias de Cogestão em maternidades SUS”*, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício

que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho / acompanhamento / assistência / tratamento neste Serviço.

Assinatura _____ Data: _____ Telefone _____

Testemunha

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____