

Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS)

Maria Angélica Carvalho Andrade^(a)
Sibelle Maria Martins de Barros^(b)
Noíse Pina Maciel^(c)
Francis Sodré^(d)
Rita de Cássia Duarte Lima^(e)

Andrade MAC, Barros SMM, Maciel NP, Sodré F, Lima RCD. Institutional support: democratic strategy in the everyday practices of the Brazilian Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:833-44.

This paper aims to reflect on the path of experimentation of institutional support within the sphere of the Maternity Hospital and Perinatal Network Qualification Plan (PQM) in northeastern Brazil and the Amazon region. The context in which the experience was developed, the strategies, the work process and the reflections resulting from institutional support practices during this process of experience and intervention were taken into consideration. These institutional support practices were developed in a private institution in a Brazilian municipality located in the Amazon region between 2010 and 2011. Even though these practices occurred in contexts that were potentially adverse to fulfillment of this plan, it can be affirmed that this device is an innovative and effective means for promoting groupings and healthcare teams that are more cohesive and co-responsible with movements towards changes in practices.

Keywords: Institutional support. Humanization of healthcare practices. Public health. Healthcare policy.

Este artigo tem como objetivo refletir sobre uma trajetória da experimentação do apoio institucional no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal (PQM), considerando o contexto onde foi desenvolvida a experiência, as estratégias e processo de trabalho e as reflexões decorrentes da prática do apoio institucional durante esse processo de experiência/intervenção. Mesmo tendo ocorrido em contextos potencialmente adversos à concretização desse Plano, o exercício do apoio institucional, desenvolvido, ao longo do período de 2010 a 2011, em uma instituição privada de um município brasileiro da Amazônia Legal, permitiu afirmar esse dispositivo como um modo inovador e efetivo ao promover grupagens e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis com movimentos de mudança das práticas.

Palavras-chave: Apoio institucional. Humanização das práticas de saúde. Saúde Pública. Política de saúde.

^(a,d,e) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. Av. Marechal Campos, nº 1468, Maruípe. Vitória, ES, Brasil. 29043-900. geliandrade@hotmail.com; francisodre@uol.com.br; ritacd@uol.com.br
^(b) Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. sibellebarros@yahoo.com
^(c) Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal, Ministério da Saúde. Cuiabá, MT, Brasil. noisepina@hotmail.com

Introdução

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se destacado entre as demais políticas sociais por grandes avanços em sua organização federativa, com uma forte ênfase no reconhecimento da saúde como um direito político e na afirmação dos deveres do Estado orientados para uma abordagem democrática. Porém, há um setor da gestão pública do SUS devido ao qual o sistema parece acumular mais problemas do que qualidades: é o da gerência de suas unidades assistenciais, constituídas pelos hospitais e ambulatorios, cuja missão é assegurar acesso universal, integral e igualitário, mas que estão longe de exibir desempenho adequado em termos de eficiência e de qualidade dos serviços prestados aos seus usuários¹.

Para Fleury², o problema do SUS é o abandono da gestão pública. A autora afirma que no Brasil existe uma crise de inovação na gestão em saúde e que abrange três dimensões: a social, a assistencial e gerencial. Dentre essas, a dimensão gerencial aparece como a menos inovadora e mais problemática, devido, principalmente, à fraca indução pelo poder central. Além disso, destaca-se a natureza jurídica do prestador e a problemática gerencial em lidar com as desigualdades na oferta e com a utilização de serviços de saúde, uma vez que a maior parte da oferta de serviços hospitalares e unidades prestadoras de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) são de propriedade privada e a maioria desses serviços e leitos privados é contratada pelo SUS³.

Nessa relação entre o público e privado, o segmento hospitalar filantrópico é considerado um importante prestador de serviços para o SUS, pois possui cerca de um terço dos leitos existentes no país, com grande número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior. Essa rede inclui alguns hospitais de elevada complexidade, geralmente localizados em regiões metropolitanas. Importante ressaltar que a metade dessas instituições se constitui nos únicos hospitais dos seus municípios⁴.

O modelo assistencial e a qualidade dos serviços decorrentes da inserção e expansão do subsistema privado no SUS são marcados pela fragmentação, com ênfase em procedimentos orientados por diretrizes biologicistas e interesses de mercado⁵.

Nesse sentido, a questão da redução de custos assistenciais, que sempre foi central na agenda tecnocrática e empresarial, é elevada ao estatuto de quase exclusiva, extirpando-se o sentido de projeto de garantia do direito à saúde aos cidadãos brasileiros⁶.

Tradicionalmente, o modo hegemônico-arcaico de intervenção nas organizações do SUS desenvolve-se com baixo envolvimento dos trabalhadores e usuários; baixa capacidade de produção de consensos internos; desconfiança e baixo investimento dos trabalhadores, que tendem a cooperar mais por medo e prudência do que efetivamente por vontade e interesse; baixa sustentabilidade das proposições, que dependem de mando dos gestores e da capacidade de ação dos consultores; e manutenção e pouca alteração dos modos de gestão, que em geral são determinantes nos problemas relacionados à qualidade da assistência⁷. Segundo esses autores, esse modo hegemônico-arcaico de intervenção contribui para manter inalterada a hierarquização e o autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, sem produzir maior eficácia e eficiência.

Em relação ao nível de desenvolvimento gerencial dos hospitais filantrópicos, Lima et al.⁴ afirmam preocupações devido à condição incipiente em vigor, que repercute em riscos para a sua própria sobrevivência, demandando adequada incorporação e uso eficiente de instrumentos de gestão, bem como medidas de ajustes por parte de seus próprios dirigentes e agentes públicos. Nesse sentido, para esses autores, devem-se identificar estratégias que garantam sua manutenção, desenvolvimento e maior integração ao sistema público de saúde brasileiro.

Diante desse panorama, constata-se que o gerenciamento das unidades assistenciais do SUS necessita de aprofundamento nos debates sobre a inovação institucional e gerencial, ressaltando duas perspectivas: as mudanças que almejam, antes de tudo, a eficiência no uso dos recursos públicos e as mudanças que, sem desprezar as questões de eficiência, buscam primariamente alcançar efetividade, com base nos valores e crenças sociais que a estruturam, como a garantia do direito social e a democratização⁸.

Um modo inovador que tem substituído o modelo conservador de intervenção nas organizações de saúde (modo hegemônico-arcaico) diz respeito à introdução de apoiadores institucionais, considerada chave para instaurar processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde⁷.

A função apoio institucional

O apoio institucional apresenta-se como uma nova postura, uma nova ética nas relações entre os membros das equipes de saúde e destes com os usuários, a fim de propor mudanças para ampliar a efetividade das práticas de saúde e produzir grupidades e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis⁹.

Tendo como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, o apoio institucional configura-se como um modo de fomentar a gestão participativa, entendida como “um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho”¹⁰ (p. 10).

Por meio de uma função gerencial que reformula a forma tradicional de coordenar, planejar, realizar supervisões e avaliações em saúde, o apoiador fomenta e acompanha processos de mudanças nas organizações, articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão¹¹. Seguindo essa lógica, esse ator promove rupturas de modelos de gestão baseados na intervenção autoritária e controladora e se insere em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição e na busca de novos modos de operar e produzir das organizações⁹. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações.

De acordo com o Ministério da Saúde⁹, o apoiador institucional tem a função de: 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. A função apoio se apresenta, nessa medida, como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros⁹.

O apoio institucional vem sendo praticado na Política Nacional de Humanização (PNH) como método/dispositivo de intervenção em práticas de produção de saúde pública¹² e tem sido objeto de vários estudos atuais^{7,12-16}.

Como objeto de estudo, a temática sobre apoio institucional mostra-se relevante, particularmente por ser considerado um dispositivo fundamental no processo de transformação das práticas de saúde. Como exemplo, destaca-se a potência desse método em instaurar processos de mudança no panorama perinatal no Brasil, a partir do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal (PQM), por meio de investimentos em ações coletivas, numa perspectiva de integralidade e intersetorialidade.

Desde 2009, o PQM propõe-se a qualificar a assistência obstétrica e neonatal nas 26 principais maternidades da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro, a partir das seguintes orientações gerais ou eixos: vinculação da gestante à equipe de referência da Atenção Básica, assegurando o local para o parto, acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido na atenção básica e maternidades, o acolhimento com classificação de risco nas maternidades e a garantia de acompanhante para a gestante e recém-nascido durante a internação, com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados¹⁰.

As 26 maternidades incluídas no PQM foram selecionadas a partir de critérios técnicos, entre os quais: pertencer à rede SUS; estar localizada em municípios prioritários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (aqueles que concentram as maiores taxas de mortalidade infantil); realizar mais de mil partos por ano; dispor de UTI neonatal; ser referência para a formação profissional e, preferencialmente, já participar da Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal (Renospe). Além disso, o Plano deveria abranger maternidades de todos os 17 estados que compõem as duas regiões. Dentre as 26 maternidades indicadas, segundo critérios técnico-políticos, destaca-se uma única maternidade privada, localizada em um município brasileiro da Amazônia Legal.

Nesse contexto, as ações de apoio institucional devem fomentar o desenvolvimento de espaços coletivos nas maternidades, ampliando processos de diálogo, reflexão e análise das práticas de cuidado e de gestão. Além disso, deve favorecer a produção de consensos entre trabalhadores, equipes e gestores, permitindo a construção de novas práticas, bem como a corresponsabilização coletiva pelos processos de mudança. Nesse sentido, a intervenção em instituições de saúde, a partir desse dispositivo, é considerada uma importante estratégia para a humanização do parto e nascimento, que devem repercutir na qualificação do cuidado à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, melhorando os indicadores de morbidade e mortalidade¹⁰.

No intuito de fomentar o debate sobre o apoio institucional, no cenário do PQM, este artigo objetiva refletir sobre a efetividade desse dispositivo em um contexto hospitalar privado, conveniado ao SUS, ressaltando as interfaces entre o subsistema público e o privado, na direção da garantia do direito social e da democratização.

Método

Trata-se de um estudo descritivo realizado a partir da experiência/intervenção do apoio institucional, desenvolvida no contexto do PQM em um hospital privado, num município da região brasileira da Amazônia Legal, durante o período de 2010 a 2011.

Para a organização e funcionamento do apoio institucional, foram necessários: a constituição e formação de uma apoiadora institucional, para atuar com a equipe de gestão e de atenção da maternidade e ajudar a problematizar os processos de trabalhos; oficinas de contratualização, construção do plano de acompanhamento e avaliação do Plano; supervisão; interações e trocas; encontros virtuais (grupos internet); encontros presenciais; constituição de rodas de conversa; e construção coletiva das propostas de ação. Além disso, a atuação da supervisora foi considerada estratégica no sentido de orientar e acompanhar os trabalhos da apoiadora, construindo e fomentando espaços coletivos (rodas e grupos de trabalho) na maternidade, ampliando processos de diálogos, reflexão e análise das práticas de cuidado e de gestão.

Com o objetivo principal de apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal na maternidade, as ações da apoiadora institucional visava à operacionalização das quatro diretrizes organizativas de intervenção do PQM, que consistia em: 1) Acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de produção de saúde na Atenção Básica e maternidades, o que inclui a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades e serviços que realizam partos; 2) Gestão democrática; 3) Vinculação da gestante a equipes de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto, conformando linhas de cuidado integral do pré-natal ao puerpério; 4) Garantia de acompanhante durante a internação para o parto e do recém-nascido, com incorporação de propostas de adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados.

No intuito de concretizar essas diretrizes, a dinâmica de trabalho desenvolvida foi composta por atividades semanais da apoiadora na instituição, por meio de reuniões e oficinas com dirigentes/gestores e equipe do setor materno-infantil; supervisão sistemática por profissionais de referência; construção de um plano de intervenção; desenvolvimento de estratégias de qualificação (cursos, visitas técnicas) e realização de acompanhamento avaliativo. Nos espaços coletivos envolvendo o hospital e outros serviços da rede, a função da apoiadora consistia na realização de encontros periódicos com

profissionais de outras maternidades, dos serviços de Atenção Básica e serviços de regulação, com dirigentes municipais e/ou estaduais e com representantes dos conselhos de saúde.

Resultados

Os resultados apresentados consideraram o contexto do PQM no qual foi desenvolvida a intervenção, o processo de trabalho e as reflexões decorrentes da experiência de apoio institucional.

O lugar da prática do apoio institucional: contexto e situações

Com base nos dados obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde, apesar do número de 15 hospitais e 192 leitos para o atendimento SUS neste município, na região da Amazônia Legal, verifica-se que, na prática, somente sete unidades hospitalares, com um total de 131 leitos obstétricos encontravam-se efetivamente disponíveis à população para realizar partos. Esses dados denunciam um déficit real de 61 leitos no SUS, dificultando a vinculação da gestante à maternidade de referência.

A intervenção ocorreu em um hospital privado, cuja maternidade era a única da região metropolitana, referência em atendimento às gestantes de alto risco, que atendia aos critérios de seleção do PQM. Esse hospital privado se encontrava em processo de credenciamento filantrópico, com uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) terceirizada e privatizada e com sérios problemas estruturais físicos, de recursos humanos e de processos de trabalho. O presidente do hospital e o diretor técnico não participavam da gestão cotidiana do hospital e a administração hospitalar era realizada por duas profissionais contratadas para administrar o hospital, que assumiam a função gestora, sem governabilidade política. Ademais, a instituição vivenciava grandes dificuldades financeiras para operacionalizar as ações assistenciais.

No que diz respeito ao contexto inicial do processo de apoio institucional, constataram-se outras condições político-institucionais pouco propícias para a operacionalização das ações, como o total desconhecimento da equipe institucional sobre o Plano e descrença dos profissionais nas mudanças propostas.

No contexto externo à instituição, houve desistência da primeira apoiadora institucional e necessidade de contratação de uma nova apoiadora. A esse cenário, somou-se a descontinuidade gestora nas secretarias de saúde do Estado e município, além da troca do prefeito e governador. Tal fato acarretou indefinição da coordenação estadual do Plano de redução da morbi-mortalidade materna e infantil do Estado, uma vez que a representante anterior do pacto se afastou de seu cargo.

No ano de 2011, houve a repactuação da fase II do PQM junto ao hospital e Secretarias de Estado e Municipal da Saúde em um contexto politicamente desfavorável, com demissões de servidores estratégicos, instituições públicas de saúde em greve, sobrecarregando o hospital com as demandas por assistência. Nesse mesmo período, houve a demissão do secretário Municipal de Saúde, inviabilizando uma agenda para definir o fluxo da rede de atenção à gestante e a garantia da vinculação em rede junto ao hospital.

No contexto interno hospitalar, os profissionais mostraram-se receptivos a continuidade das ações do PQM e um planejamento foi elaborado para implementar as diretrizes. Porém, a mobilização da equipe para as rodas de conversa foi dificultada devido ao grande número de partos nos meses de março a abril (600 a 620 partos/mês), e à superlotação na sala de parto, expressa pela permanência diária de 22 gestantes.

A prática do apoio institucional: mapeando processos

As primeiras estratégias de ação concretizaram-se em 2010, a partir de quatro oficinas de sensibilização, com ênfase na diretriz Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), em uma perspectiva de rede coordenada de saúde e com a participação de aproximadamente duzentos

profissionais da área. A escolha coletiva dessa diretriz se fez no sentido de enfrentar a segmentação do acesso, que “tem se constituído em uma das questões centrais na análise dos problemas dos sistemas de saúde contemporâneos e em particular àqueles que se referem ao SUS”⁵ (p. 1502).

Vale ressaltar que essas primeiras estratégias tiveram pouca participação da alta direção. Como resultado das oficinas, constituiu-se um Grupo Estratégico com a adesão de setenta profissionais. Apesar desse avanço, houve pouca participação dos profissionais nos encontros agendados semanalmente, devido a não liberação destes para as rodas de conversa, haja vista a grande carência de recursos humanos na instituição. Nesses encontros, também foi perceptível a ausência de profissionais estratégicos, tais como profissionais da alta direção do hospital e da Secretaria de Estado e Municipal de Saúde, comprometendo, portanto, a produção de efeitos transformadores na gestão, no cuidado e na organização da rede perinatal.

Em relação aos conteúdos debatidos nas oficinas, interessante destacar que alguns profissionais, em especial, gestores e médicos, questionaram a contrarreferência das gestantes de baixo risco para outra maternidade, uma vez que o hospital em estudo era privado, em processo de filantropização e dependente da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para seu custeio. Ressalta-se ainda que os médicos não eram profissionais contratados pela instituição, sendo assim, recebiam por produtividade.

Com relação à diretriz garantia de acompanhante para a gestante durante a internação para o parto e do recém-nascido, identificou-se certa resistência gestora e dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, que impediam as ações de assegurar o direito ao acompanhante, principalmente do sexo masculino. Embora, em 2010, a gestão do hospital tenha ampliado seu comprometimento com as ações do PQM, o hospital ainda permanecia aquém dos indicadores planejados, principalmente com relação a essa diretriz do Direito ao Acompanhante.

O descumprimento da Lei do Acompanhante e a cobrança financeira por parte do hospital para “permitir” a presença do acompanhante no parto acarretaram denúncias dos usuários no Ministério Público (MP). Após tais denúncias, o hospital aguardava um termo de ajustamento de conduta que seria elaborado pelo MP em relação à Lei do Direito ao Acompanhante, inicialmente para todas as maternidades do município.

Apesar dos entraves institucionais e políticos, faz-se importante apresentar os avanços obtidos nesse processo de intervenção. Em 2010, a instituição desenvolveu o ACCR, a partir do comprometimento institucional com a adequação da área física, capacitações e a disponibilidade do enfermeiro classificador. Em virtude do déficit de profissionais, a disponibilidade do enfermeiro classificador limitou-se ao período matutino, horário de maior demanda de atendimentos. No intuito de fortalecer a implantação do ACCR, o grupo de trabalho hospitalar realizou a adequação do Protocolo de Classificação de Risco de Belo Horizonte à realidade local. O grupo também se propôs a buscar parcerias entre o hospital, a Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde para disponibilizar o enfermeiro classificador 24 horas.

O resgate dos planos operativos para a redução da morbi-mortalidade materno-infantil ocorreu, em 2010, no Encontro do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems). Nesse encontro, participaram técnicos dos 13 municípios prioritários, avaliando e discutindo avanços e desafios. Dessa forma, cada município pôde rever os aspectos que não conseguiram avançar e como a Secretaria de Estado da Saúde poderia contribuir no monitoramento e avaliação dos planos municipais. Nessa oficina, discutiu-se a importância atribuída à implantação do Acolhimento em todas as unidades; ao compromisso assumido em dar continuidade à luta pela garantia do Direito ao Acompanhante e a participar efetivamente do Fórum Perinatal Estadual e Municipal, a fim de organizar a linha de cuidado materno-infantil.

Em 2011, a oficina sobre Ambiência¹⁷ trouxe grande contribuição para o hospital pela oportunidade de reflexão sobre o modelo de abordagem ao processo saúde-doença e tipo de prática desejada na maternidade – prática por demanda e produtividade ou prática organizada por rede, sem a lógica da produtividade, e que respeite o processo natural do parto. A oficina também contou com a participação de outros profissionais envolvidos com a Política de Humanização no referido Estado. Ao longo desse processo, foi reconhecida a necessidade de maior aproximação e articulação entre as áreas técnicas de saúde da mulher, da criança e coordenação de humanização da Secretaria Estadual de Saúde.

Nesse período, a Secretaria de Estado da Saúde garantiu recursos financeiros para término de obra de expansão desse hospital, contemplando oito salas Pré-parto, Parto, Pós-parto (PPP) e a ampliação da maternidade e Utin/Ucin, para dar conta dos desafios relacionados à superlotação e aos sérios problemas de estrutura física existentes no hospital. Sem desconsiderar que outros fatores podem determinar o uso de serviços de saúde e aumentar as desigualdades, destaca-se aqui a mistura de elementos da esfera pública e da privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no de financiamento de ambos.

Outra estratégia realizada no âmbito do apoio institucional, em 2011, foi o curso sobre boas práticas obstétricas e perinatal baseadas em evidência científica, como preconiza a Organização Mundial de Saúde¹⁸. Essa proposta, realizada em parceria com o Hospital Sofia Feldman, mobilizou um número considerável de profissionais nas rodas, plenárias e momentos de discussão sobre a prática, com uma média de 38 participantes dos mais diversos setores, por cada período do curso.

A valorização da medicina baseada na evidência científica e a discussão em torno de diretrizes clínicas originam-se, segundo Portela et al.¹⁹ (p. 1554) “da constatação de variações dos padrões de prática e de utilização de serviços de saúde, de uso inapropriado de serviços e da incerteza acerca dos resultados obtidos pelo uso ou não uso de serviços ou procedimentos”. Nesse sentido, além de propiciar uma utilização mais racional dos recursos disponíveis, as diretrizes têm claramente um importante papel na garantia e avaliação de qualidade dos cuidados de saúde.

Com relação à diretriz da garantia ao direito ao acompanhante, o hospital comprometeu-se com o termo de ajustamento de conduta proposto pelo Ministério Público, no intuito de assegurar o direito de acompanhante a todas as gestantes. Entretanto, houve resistência de alguns profissionais médicos que impediram a participação do acompanhante, desrespeitando o direito das gestantes. Por outro lado, mesmo com certa resistência médica, justificada pela superlotação e estrutura física, houve o reconhecimento pela equipe da Lei que garante o Direito ao Acompanhante. Alguns profissionais, sensibilizados e comprometidos, garantiram a presença do acompanhante em algumas experiências, mesmo na dependência da autorização da equipe de plantão. Apesar das acomodações precárias para os acompanhantes, a equipe também assegurou o direito ao acompanhante da mulher (do sexo feminino) no Alojamento Conjunto (Alcon) e livre acesso dos pais aos recém-nascidos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (Utin) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (Ucin), e do pai no momento do nascimento de seu filho.

Em 2011, reconhecem-se avanços no sentido do hospital ter iniciado o ACCR, apesar da Classificação de Risco limitar-se ao período matutino. Realizou-se uma grande reforma na recepção do hospital para a criação de uma central de Classificação de Risco na porta de entrada. Entretanto, permanecia a busca por parcerias entre o hospital, as Secretarias de Estado e Municipal da Saúde para disponibilizar o enfermeiro classificador 24 horas.

Até 2011, o contexto interno institucional ainda não favorecia a cogestão²⁰ e a comunicação, envolvendo profissionais de todos os segmentos do hospital, da SES e SMS. Mesmo diante dessa realidade, foi possível observar que a cogestão avançou por meio das rodas de conversa, que foram realizadas regularmente entre os gestores e funcionários, e pela implantação da ouvidoria hospitalar.

Apesar de importantes avanços, ressaltam-se grandes desafios na consolidação das diretrizes do PQM e na operacionalização das Boas Práticas. Dentre tantos desafios na sustentabilidade desse processo, destacam-se:

1) Inexistência de uma rede de assistência materno-infantil estruturada, organizada, regulada de forma regionalizada para atender a demanda do Estado. A regulação municipal restringia-se aos leitos de UTI, e o hospital continuava atendendo, em sua grande maioria, gestante de baixo risco, com consequente superlotação de seus leitos e dificuldades de acesso para as gestantes de médio e alto risco; 2) Limitação financeira da instituição; 3) Déficit importante no quantitativo de profissionais da instituição, principalmente na área de enfermagem, no que diz respeito especialmente ao enfermeiro classificador e obstétrico; e neonatologistas, para compor a equipe da Utin, que funciona 24 horas basicamente com três profissionais; 4) Dificuldade em se obter dados trabalhados estatisticamente para análise situacional em nível hospitalar local; e 5) Estrutura física precária da recepção e acesso das gestantes (o acesso da gestante se dá por meio de uma rampa, sem elevador), além de espaço ainda

inadequado para a acomodação do acompanhante e recurso insuficiente para sua manutenção nas dependências do hospital.

O processo de implantação da diretriz Acolhimento em Rede contou com importante participação e comprometimento dos secretários adjuntos da Saúde do Estado e do Município de Saúde em assegurar acesso às gestantes, em qualquer ponto de atenção, com o objetivo de evitar a peregrinação. Essa parceria entre os secretários proporcionou a constituição do Fórum Perinatal Estadual que ocorreu junto ao Serão de Pediatria, com a participação de 125 pessoas (médicos, enfermeiros, Sociedade Estadual de Pediatria e Ginecologia, Conselho de classe, Ministério Público, universidades, Comitê de mortalidade infantil e materna, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde dos municípios do território vizinho).

Apesar da elaboração do regimento interno do Fórum Perinatal Estadual, em um momento posterior, ainda é necessário maior investimento no sentido de instituí-lo formalmente e agendar reuniões sistemáticas com representantes da Secretaria de Saúde Municipal que tenham governabilidade para definir o funcionamento da rede de atenção a gestante e garantia à vinculação em rede junto ao hospital. Por fim, cabe destacar que a implementação da garantia à vinculação em rede junto às maternidades e aos 13 municípios prioritários, apesar de incipiente, vem ocorrendo devido à articulação entre as secretarias municipais e estadual.

Reflexões sobre a prática do apoio institucional

O hospital, *lôcus* da intervenção relatada, apresentou uma série de desafios e dificuldades de diferentes ordens. Era possível perceber muitas dificuldades técnicas e político-institucional, permeadas pela prática da gestão do imprevisto, caracterizada por ser carregada de tensões e destituída de tempo para a reflexão crítica, política e construtiva. Esse cenário geralmente produz sensação de impotência e não dá conta de garantir os direitos constitucionais do SUS²¹. Além disso, os serviços prestados seguiam o modelo de organização tradicional dos serviços de saúde, baseado no saber das profissões e das categorias. Essa lógica não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo²⁰. Esse tipo de organização tem acarretado falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde (corresponsabilização no cuidado de si).

Nessa conjuntura, de condições político-institucionais pouco propícias para a operacionalização das ações do PQM, nesse exercício de apoio, destacou-se o esforço sistemático e efetivo da apoiadora institucional em produzir grupidades e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis em questionar o modelo instituído e provocar movimentos de mudança das práticas.

Estar inserido no cotidiano hospitalar, na posição de analista institucional, possibilitou tomar como foco os processos de trabalho, buscando alterar as relações entre trabalhadores e entre estes e os usuários. As reflexões ocorridas com base em evidências científicas possibilitaram rever intervenções desnecessárias e que deveriam ser evitadas, a fim de assegurar melhores resultados maternos e perinatais.

Além disso, a relação de confiança, desenvolvida entre a apoiadora e a equipe apoiada permitiu repensar processos de trabalho e algumas ações que aviltavam o direito dos usuários e denunciavam a mercantilização do acesso, tais como o copagamento referente ao Direito ao Acompanhante e o aumento da produtividade por meio da não realização da contrarreferência das gestantes de baixo risco para outras maternidades.

Tais situações expõem os diversos graus de imbricamentos e a interdependência dos recursos nos subsistemas estatal (público) e privado. É preciso considerar que nesses dois espaços interagem atores sociais com projetos próprios, os quais "se expressam em práticas e arranjos tecnoassistenciais em constante tensão pela permanência de duas categorias distintas no sistema de saúde, a do consumidor e a do cidadão"⁵ (p. 1502).

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Apesar da pouca participação da equipe médica e da gestão, o apoio institucional foi uma estratégia metodológica que possibilitou o diálogo entre as equipes e o enfrentamento inicial dos desafios. Esse processo contribuiu para interligar os pontos da rede de atenção, a fim de assegurar atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, evitar sua peregrinação e garantir vaga e acolhimento na unidade de referência. Ao longo da dinâmica de apoio, os profissionais foram desenvolvendo competências comunicacionais para lidar com a complexidade da atenção à saúde: assegurar acesso, equidade no cuidado e integralidade das ações, tendo como pano de fundo a saúde como direito, numa perspectiva de rede coordenada de serviços.

À vista disso, novos modos de cuidado foram impulsionados, bem como algumas iniciativas importantes, embora incipientes, com o objetivo de viabilizar os projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais. Houve esforço no intuito de garantir a organização da entrada do hospital, diante da superlotação, mediante a análise coletiva dos processos de trabalho e tendo o desenho da rede de atenção obstétrica e neonatal do estado como referência organizativa.

O apoio institucional foi potente na construção coletiva de pactos e ações, disparando movimentos que articularam avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento dos resultados, possibilitando a implementação de mudanças. Entretanto, as rodas de conversa foram constantemente atravessadas pela provocação do exercício coletivo de mediação, de construção de objetivos comuns e pactuação de compromissos com os diferentes atores.

É possível afirmar, portanto, que essa experiência propiciou o exercício da crítica sobre modelo tradicional de organização dos serviços de saúde e a criação de espaços coletivos, participativos e de reordenamento dos processos de trabalho numa instituição privada, conveniada ao SUS. A intervenção consolidou a importância da articulação, dos espaços de diálogo, do poder dos vínculos e da potência da mobilização para a transformação das práticas de cuidado, no sentido de assegurar os direitos humanos na atividade cotidiana de cuidados maternos e infantis e reproduzir, mesmo no subsistema privado, o SUS como política democrática e solidária.

Considerações finais

O SUS é uma conquista popular em permanente processo de construção e aperfeiçoamento, inspirada num projeto de Estado de Bem-Estar Social. Essa característica o configura como um sistema baseado no direito universal à saúde, contra-hegemônico, avesso a uma visão mercantil, excludente, centrada na recuperação do dano e afinado com o ideário neoliberal de esvaziamento dos compromissos sociais do Estado²².

Cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito à saúde de todos os brasileiros traz para a prática cotidiana, o desafio de alterar o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, produzindo uma cultura institucional mais pública e solidária e induzindo linhas de subjetivação diferentes das que predominam no setor saúde²³. Tais desafios traduzem a necessidade de uma nova gestão que dê conta, por um lado, de organizar e administrar serviços de saúde numa perspectiva de rede coordenada de serviços de saúde, e, por outro lado, de organizar as relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediados por tecnologias (materiais e não materiais) com o propósito de intervir em problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas²⁴.

Nesse contexto, destaca-se que dentre a valorização das intervenções técnicas e tecnológicas, é importante considerar que as tecnologias envolvidas na produção do cuidado e da gestão – o acolhimento, a escuta, a negociação, a interpretação de histórias e a aprendizagem com a experiência do outro – dizem respeito tanto à instituição quanto à equipe de saúde¹⁴.

Todavia, a complexidade envolvida na operacionalização do SUS exige inovação gerencial a fim de superar a “tradição gerencial que tem como eixo a redução de pessoas à condição de instrumentos dóceis sujeitos aos objetivos das instituições de saúde, transformando-os em insumos ou em objetos”²³ (p. 837).

Dessa forma, para que o exercício de novas formas de gerir e organizar instituições se efetive – com o objetivo de superar as práticas tradicionais de administração – é necessário realizar uma transformação no cotidiano do fazer/pensar saúde, o que demanda a apropriação da trajetória de constituição do SUS no nosso país e a crença na potencialidade da mudança. Além disso, uma vez que objeto, método, objetivo e estratégias na saúde variam de acordo com a concepção que se tem do sujeito e de como conceitualizamos o que é saúde e doença, a inovação gerencial também nos convoca ao desafio de repensar a prática clínica hegemônica para superar o modelo curativo centrado no hospital e no componente orgânico do processo saúde-doença.

No âmbito desse Plano que compõe o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil, o exercício do apoio institucional, desenvolvido ao longo do período 2010 a 2011 em um município da Amazônia Legal, permite afirmar essa concepção como um modo inovador e efetivo em provocar mudanças para que o direito fundamental à saúde se materialize por meio de comprometimento de todos os atores envolvidos, num pacto de cogestão.

Ainda que se configure como um dispositivo essencial para a melhoria da assistência e gestão no SUS, por meio dessa experiência relatada, é possível dizer que o apoio institucional demonstrou ser profícuo no subsistema privado. Portanto, embora a maioria das pesquisas discuta a potência do apoio institucional na saúde pública, não se pode negligenciar a necessidade urgente de outros estudos e intervenções em outros contextos.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 24-47.
2. Buriti MC. Problema do SUS é o abandono da gestão pública. 2012 [entrevista de Sônia Fleury]. Revista FH. 2012 [acesso 2013 Mar 23]. Disponível em: <http://saudeweb.com.br/33516/problema-do-sus-e-o-abandono-da-gestao-publica/>
3. Santos IS, Uga MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Cienc Saude Colet. 2008; 13(5):1431-40.
4. Lima SML, Portela MC, Ugá MAD, Barbosa PR, Gerschman S, Vasconcelos MM. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. Rev Saude Publica. 2007; 41(1):116-23.
5. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Pattrig H. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. Cienc Saude Colet. 2008; 13(5):1501-10.
6. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Cienc Saude Colet. 2008; 13(5):1385-97.

7. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saude Colet.* 2010; 4(4):105-17.
8. Santos L. Administração pública e a gestão da saúde. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na Saúde.* Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 68-86.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 4a ed. Brasília (DF): MS; 2010.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal.* Brasília (DF): MS; 2009.
11. Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Hucitec; 2003.
12. Barros MEB, Guedes CR, Roza MMR. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(12):4803-14.
13. Oliveira GN. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese].* Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
14. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu).* 2009; 13 Supl.1:641-9.
15. Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da política nacional de humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface (Botucatu).* 2009; 13 Supl.1:627-40.
16. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu).* 2009; 13 Supl.1:603-13.
17. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: ambiência.* Brasília (DF): MS; 2004.
18. *Care in normal birth: a practical guide.* Technical Working Group, World Health Organization. *Birth.* 1997; 24(2):121-3.
19. Portela MC, Lima SML, Vasconcellos MTL, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Vasconcellos MM, et al. Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2008; 13(5):1553-65.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão.* Brasília (DF): MS; 2009.
21. Littike D. *Improvizando a gestão por meio da gestão do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário [dissertação].* Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caminhos do direito à saúde no Brasil.* Brasília (DF): MS; 2007.
23. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 837-68.
24. Teixeira CF. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Teixeira CF, Paim JS, Villasbôas AL, organizadores. *Promoção e Vigilância da Saúde.* Salvador: ISC; 2002. p. 79-99.

Andrade MAC, Barros SMM, Maciel NP, Sodré F, Lima RCD. Apoyo institucional: la estrategia democrática en la práctica cotidiana del Sistema Brasileño de Salud (SUS). Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:833-44.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre una trayectoria de experimentación del apoyo institucional en el ámbito del Plan de Capacitación de los Hospitales-Maternidad y de las Redes Perinatales en el Noreste y en la región denominada Amazonía Legal (PQM) en Brasil, teniendo en cuenta el contexto en donde se desarrolló la experiencia, las estrategias y el proceso de trabajo y las reflexiones derivadas de la práctica de apoyo institucional durante este proceso de experiencia / intervención. A pesar de haber ocurrido en contextos potencialmente adversos a la puesta en práctica de este Plan, el ejercicio del apoyo institucional, desarrollado durante el período 2010 a 2011, en una institución privada de un municipio brasileño perteneciente a la Amazonía Legal, permitió que este dispositivo es innovador y eficaz en la promoción de grupos y de equipos de salud más consistentes y corresponsables con los movimientos de cambio de las prácticas.

Palabras clave: Apoyo institucional. Humanización de las prácticas de salud. Salud Pública. Política de salud.

Recebido em 01/05/13. Aprovado em 20/09/14.