



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Gestión del trabajo: implicaciones para el cuidado en la Atención Primaria de Salud

Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde

Work management: implications for care in Primary Health Care

***Schimith, Maria Denise **Brêtas, Ana Cristina Passarella *Budó, Maria de Lourdes Denardin ***Alberti, Gabriela Fávero *Beck, Carmen Lúcia Colomé**

*Departamento de Enfermería. Universidad Federal de Santa Maria. E-mail: ma.denise2011@gmail.com **Escuela de Enfermería, Departamento de Salud Pública. Universidad Federal de São Paulo ***Alumna de Máster en Enfermería. Universidad Federal de Santa Maria. Brasil.

Palabras clave: gestión en salud; atención primaria de salud; programa de salud familiar; sistema único de salud

Palavras chave: gestão em saúde; atenção primária a saúde; programa saúde da família; sistema único de saúde

.Keywords: health management; primary health care; family health program; unified health system.

RESUMEN

Objetivo: Describir las implicaciones de la gestión del trabajo en el cuidado en la Atención Primaria a la Salud.

Método: Investigación cualitativa, un estudio de caso. La unidad de análisis fue una Unidad de Salud Familiar de un municipio de Rio Grande do Sul, Brasil. Se realizaron observaciones, entrevistas con los trabajadores y usuarios e investigaciones en documentos y en registros. El periodo de la colecta de datos fue de febrero a julio de 2012 y el análisis conforme orientación de estudio de caso.

Resultados: La gestión de la unidad se caracterizó por la falta de escucha y singularidad con el equipo y autoritarismo; el equipo se sintió abandonado por la gestión y las Agentes Comunitarias de Salud por las enfermeras. Hubo discontinuidad en el cuidado.

Discusión: La gestión en salud necesita pautar el tema de la autonomía y responsabilidad del trabajador. La no responsabilización es un efecto de la postmodernidad. La gestión del trabajo está relacionada con la continuidad del cuidado.

Conclusiones: Los conceptos de pluralidad humana y de potencial de poder pueden ayudar en la construcción de ambientes de trabajo más humanos. Se apunta a la integración con la comunidad

como camino para la transformación de la realidad. La investigación de la temática debe responsabilizarse de la producción de la salud, individual o colectivamente.

RESUMO

Objetivo: Descrever as implicações da gestão do trabalho no cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Método: Pesquisa qualitativa, um estudo de caso. A unidade de análise foi uma Unidade de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram realizadas observações, entrevistas com os trabalhadores e usuários e pesquisas em documentos e em registros. O período de coleta de dados foi fevereiro a julho de 2012 e a análise conforme orientação de estudo de caso.

Resultados: A gestão da unidade caracterizou-se pela falta de escuta e singularidade com a equipe e autoritarismo; a equipe sente-se abandonada pela gestão e as Agentes Comunitárias de Saúde pelas enfermeiras. Há descontinuidade no cuidado.

Discussão: A gestão na saúde precisa pautar o tema da autonomia e responsabilidade do trabalhador. A não responsabilização é um efeito da pós-modernidade. A gestão do trabalho está relacionada com a continuidade do cuidado.

Conclusões: Os conceitos de pluralidade humana e de potencial de poder podem auxiliar na construção de ambientes de trabalhos mais humanos. Aponta-se para a integração com a comunidade como caminho para a transformação da realidade. A pesquisa pela temática deve responsabilizar-se pela produção de saúde e pelo outro, individual ou coletivamente.

ABSTRACT

Objective: To describe the implications of the management of care work in Primary Health Care.

Methods: Qualitative research, a case study. The unit of analysis was one of the Family Health Unit of a city in Rio Grande do Sul, Brazil. Observations, interviews with workers and users and research documents and records were made. The data collection period was from February to July 2012 and as directed analysis of a case study.

Results: unit management was characterized by lack of listening and uniqueness with the staff and authoritarianism, the team feels abandoned by management and the Community Health Agents by nurses. There is discontinuity in care.

Discussion: Managing health needs guided the theme of autonomy and responsibility of the employee. The accountability is not an effect of post modernity. The management of labor is related to continuity of care.

Conclusions: The concepts of human plurality and potential power can assist in building a more humane work environment. It looks to the integration with the community as a way to transform reality. The search for the theme should be responsible for the production of health and the other, individually or collectively.

INTRODUCCIÓN

En Brasil, con la implantación del Sistema Único de Salud (SUS), se ha progresado mucho en acceso y calidad de atención a la salud. Sin embargo, algunos aspectos aún necesitan ser construidos y consolidados, siguiendo el ejemplo de la gestión de trabajo que presenta discrepancia en relación con las políticas y prácticas desarrolladas en las instituciones.⁽¹⁾

Este artículo es parte de la discusión de la gestión del trabajo y discute la interfaz de esta con el cuidado producido en una Unidad de Salud de la Familia (USF). Por lo tanto, si el empleado no se siente participante, sujeto activo del proyecto de comunidad terapéutica de su área de servicio, tiende a no ser creativo y no será

responsable del resultado del proyecto, en el caso de la Atención Básica (AB), promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad.

Cabe destacar que el éxito de la atención se debe, en parte, a las relaciones de cuidado construidas en diferentes instancias de la cultura organizacional. El acto de cuidar humaniza al ser y asume los valores y elementos indispensables en su pleno ejercicio. Para que eso ocurra, es necesaria la concienciación de los cuidados que implica discernimiento, intuición, pensamiento crítico, juicio y sensibilidad. ⁽²⁾

La humanización del SUS, propuesta en 2004, es una política transversal y presenta como meta la producción de la salud disociada de la producción de sujetos que son los trabajadores y usuarios. Por lo tanto, se debe "invertir en la producción de un nuevo tipo de interacción entre los sujetos que componen los sistemas de salud y de él disfrutan, acogiendo a estos actores y fomentando su protagonismo". ^(3:8)

Sin embargo, la sociedad actualmente se caracteriza por un aumento de individualización, que consiste "en cambiar la 'identidad' humana de un 'dato' en una 'tarea' e instruir a los actores en la responsabilidad de llevar a cabo esta tarea y en las consecuencias (así como algunos de los efectos secundarios) de su realización". La modernidad y la individualización se consideran el mismo status social y, por lo tanto, afectan a todos los sectores de la sociedad, teniendo en cuenta que hay variaciones. Se puede decir que es necesario considerar esta construcción teórica en la gestión de la salud, es decir, es posible encontrar esta condición social entre los trabajadores y usuarios. ^(4:40)

Además, entre las necesidades actuales de la salud, se ha producido un aumento en enfermedades crónicas que requieren de los sistemas de salud una especificidad en la organización. Destacamos la importancia de los equipos de AB integrados con otros puntos del sistema, promoviendo la continuidad de la atención al usuario en la Red de Atención a la Salud (RAS). En Brasil, la principal estrategia de organización de la AB es que la Salud de la Familia debe guiarse por los principios y fundamentos de AB, definidos en el Decreto 2488/2011. Esta ordenanza prevé, entre sus fundamentos, que el órgano de apelación debe ser la puerta de entrada abierta y preferencial de la RAS, de modo que acoja a los usuarios y promueva la vinculación y corresponsabilidad del cuidado a las necesidades de salud. Refuerza que "la proximidad y la capacidad de acogida, responsabilidad y resolución son claves para la terminación de la atención básica" y por lo tanto de la Estrategia de Salud de la Familia (FHS). ⁽⁵⁾

Por tanto, es necesario centrarse en la gestión de personas, previendo la participación de los trabajadores en los procesos de discusión y decisión, fortaleciendo y mejorando el compromiso con la producción de la salud y el crecimiento profesional ⁽³⁾ La implicación para el cuidado en esta manera de pensar la gestión de personas está implícita en el concepto de cuidado, que es considerado un acto de "cuidar" del próximo, permitiendo y asegurando la continuidad de la vida. ⁽⁶⁾

Con la construcción de esta línea de pensamiento, se definió como un asunto de investigación: ¿Cómo la gestión del trabajo influye en la atención en una Unidad de Salud de la Familia (USF)? Y como objetivo: describir las implicaciones de la gestión laboral en la atención en una unidad de salud de la familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Investigación cualitativa, desarrollada a partir de un estudio de caso. Estudio de caso se define como lo que "investiga un fenómeno contemporáneo en profundidad y en su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes".^(7:39) Los cinco componentes esenciales del estudio de caso son: temas del estudio; proposiciones; unidad de análisis; coherencia que une los datos a las propuestas y criterios para la interpretación de los datos.

La unidad de análisis o el "caso" fue una USF de un municipio situado en el centro del estado de Rio Grande do Sul, que cuenta con una población alrededor de 261.000 habitantes. En las USF trabajan 16 equipos de ESF, siendo que cada equipo está formado por médico, enfermera, técnico de enfermería y Agentes Comunitarios de la Salud (ACS). En cinco unidades hay equipos de salud bucal, dentista y Asistente de Oficina Dental (ACD). De estos equipos, uno trabaja en dos USF rurales.

El límite espacial de caso, es decir, la unidad de análisis espacial fue una USF con dos equipos y el equipo de salud oral básica.⁽⁷⁾ Trabajadores de los equipos, enfermeras, técnicas de enfermería, el dentista y el ACD unió el ESF con la licitación celebrada en 2011. El doctor estaba aún con un contrato temporal para proporcionar servicios, puesto que el concurso no ha podido cubrir la vacante. Las ACS ingresaron por concurso público celebrado en 2008. Sin embargo, trabajaba en esta USF, una recepcionista que comenzó su trabajo como auxiliar de limpieza y finalmente asumió el control de la recepción; un empleado que estaba limpiando la unidad y que en el turno de tarde asumía también la recepción y el coordinador de la unidad, cargo de confianza del gobierno municipal, sin formación en el área.

La USF no está siendo considerada una muestra de otra ESF de Santa María, pues se considera que los estudios de caso "son generalizables a las proposiciones teóricas y no a las poblaciones".

La recopilación de datos atendió a los tres principios esenciales, que son: el uso de múltiples fuentes de evidencia; la creación de una base de datos y el mantenimiento de una conexión entre estas evidencias.⁽⁷⁾ En este estudio, se realizó observación con registro en diarios de campo, entrevistas con empleados y usuarios y las búsquedas de documentos y registros de sistemas de información.

Las observaciones fueron del tipo participante, no estructurada y directa, realizadas durante los períodos cuando la USF estaba en funcionamiento, principalmente durante las prácticas de atención. Las prácticas de atención eran consideradas como todas las acciones que implican el encuentro entre los trabajadores y usuarios. También se observó que las reuniones de equipo, reuniones con la comunidad y entre los miembros del equipo, tuvieron lugar informalmente durante los turnos.

La descripción de las observaciones fue minuciosa, detallada y densa, tratando de captar lo que estaba pasando durante los períodos observados y el diario de campo contribuyó a facilitar el análisis, minimizando pensamientos convencionales.⁽⁸⁾ Las observaciones fueron realizadas por el investigador y observador auxiliares, que recibieron una formación previa, lo que aumentó la fiabilidad de los datos observados y evitó la parcialidad.

El diario de campo fue preparado por el investigador y asistentes de investigación, inicialmente con las notas individuales que fueron confrontadas y discutidas, favoreciendo la confiabilidad de la observación. Las observaciones totalizaron 76h 25min y el periodo de recolección de datos fue de febrero a julio de 2012.

Las encuestas se llevaron a cabo con las dos enfermeras, dos técnicas de enfermería, una médico, una odontóloga, una ACD, el auxiliar de servicios generales, el coordinador de la USF y cuatro ACS. También seis usuarios, quienes fueron entrevistados durante el período de recolección de datos, recibieron una transferencia a otro punto de la RAS del municipio, totalizando 19 entrevistas.

La documentación examinada consistió en horarios de actuaciones del equipo, equipo de informes, informes de gestión de la Secretaría Municipal de Salud (SMS), diarios de remisiones y oficios recibidos. La documentación fue utilizada cuidadosamente, evitando ser tomada como registros literales de lo que pasó, señalando que el documento no fue elaborado para la investigación y sí para alguna otra finalidad específica.⁽⁷⁾

Las proposiciones teóricas guiaron el análisis de estudio de caso y se realizó con el fin de buscar la respuesta a la pregunta de investigación y objetivos establecidos. También la recopilación de datos, mediada por la orientación teórica, con supuestos, sirvió como una guía para el análisis.⁽⁷⁾ La estrategia analítica fue el desarrollo del corpus de investigación y los datos fueron revisados varias veces, permitiendo la identificación de marcadores importantes para guiar el análisis y evitar interpretaciones *a priori*.

Para asegurar una conducción ética durante el proceso de búsqueda, se atedieron integralmente las directrices y disposiciones de la Resolución nº 196/96 del Ministerio de Salud. El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) y aprobado bajo protocolo n. 1939/11. También pasó por la aprobación del equipo de salud estudiado y de la SMS. La participación en el estudio se dio a partir de la aceptación de los sujetos y a través de la firma de un consentimiento informado por los participantes. En este artículo se utilizan las abreviaturas de los cargos seguida de un número, teniendo en cuenta: ACS para agente de salud comunitario; ACD para auxiliar de Consultorio Dental; Coord de Coordinador; CD para el cirujano dentista; Enfa para enfermera; MD para doctor; Recep para recepcionista y TE para técnico de enfermería.

RESULTADOS

La forma de administrar la USF puede estar relacionada por cómo los trabajadores asuman su responsabilidad y su autonomía, desencadenando procesos de desequilibrio de estas fuerzas. En unos momentos, se observó que el equipo carece de autonomía, por ejemplo, para iniciar la reunión que tiene lugar cada miércoles por la tarde.

Todos están sentados en la sala de espera. [...] Son las 12:15, todo el equipo está en la sala de estar, hablando al mismo tiempo. [...] Dentista pregunta: ¿La reunión es sólo con nosotros? Responden que sí. [...]. Pregunta de investigación: ¿Qué estamos esperando? Enfa 1: al coordinador. (Diario de campo, 04/04/12).

Las reuniones de equipo son utilizadas por el coordinador como cuestión prioritaria para revisar las decisiones de gestión, acumulan y plantean cuestiones relacionadas con la organización del equipo, sin profundizar.

Coord. comienza la reunión diciendo que mañana el horario de vuelta a la normalidad: 8h-12h y.13:00-17:00. (Diario de campo, 29/02/12).

En reunión de personal, Coord. cuenta que lo llamaban 'insultando' a la unidad, porque el paciente había venido tres veces y no había podido consultar. (Diario de campo, 02/05/12).

Se identifica una forma de administrar basada en la crítica y la generalidad, descalificando al equipo. Una pauta constante de las denuncias del coordinador de un programa es la cuestión de conformidad con el calendario, pero al mismo tiempo es permisivo, no enfrentando cuestiones de difícil enfoque como el horario médico.

(En la reunión de equipo). Coord: tiene que poner a disposición la oficina del otro doctor (un servicio clínico que comenzaría en la tarde). MD habla: lo hemos hecho, llego a 13:00 hasta las 15:00 y el (nombre del médico) llega a las 15:00, pero eso no se registra en el acta, es por debajo de la mesa. El coordinador no dice nada. (Diario de campo, 29/02/12).

En otro momento el coordinador carga el cumplimiento de horas de la médico, pero sin su presencia, relativizando su responsabilidad sobre el tema.

(Reunión de equipo) Coord: Si el médico recibe paga por 8 horas por día. [...] Explica la situación del empleo de la médico. [...] Enfa 1: ¿Quién hablará con ella? Coord: puedo hablar con ella junto con ustedes, son del PSF, yo no soy. Vamos a hacer planificación, estas son cosas de PSF y ustedes saben más que yo.. (Diario de campo, 02/05/12).

El cumplimiento del horario es relativizado por todos los miembros del equipo y la característica considerada 'normal' por los otros miembros del equipo es el retraso de la médico y la salida más temprana de la unidad. Como el proceso de su trabajo implica, predominantemente, la realización de consultas, cuando estas terminan, ella deja la USF. Sin embargo, este modo de gestión influye en la organización de las prácticas de atención.

En reunión de equipo la Enfa 2 habla de una actividad llevada a cabo en una comunidad rural en el área de cobertura de la USF. Coord habla: la doctora atendió sólo a dos o tres personas. Tiene que hacer, pero tiene que llevar a la gente. Si no la gente pasa un horror. Enfa 2: Si son pocas las personas que viven allí, atender a tres está bien. (Diario de campo, 29/02/12).

El día en que se realizó la actividad, hubo un diálogo revelador del autoritarismo del coordinador en la gestión de la USF y también la falta de planificación del equipo.

En la recepción, una mujer pide consulta por la tarde y la recepcionista antes de responder habla con la Enfa 2: el coordinador pidió al médico no ir al grupo por la tarde. Enfa 2 dice: todo bien, entonces. Investigadora pregunta que si es el grupo que se discutió en la reunión del equipo, dice que sí, está en él (nombre de la comunidad), una comunidad rural, con pocos habitantes y que el coordinador no debe tener

votantes allá, así que no quiere que la médico vaya. Pregunta de la investigadora: ¿La población fue advertida de que la médico no estará hoy a la tarde? Enfa 2 dice que no y que se llena de gente para consulta y al coordinador no le va a gustar mucho. (Diario de campo, 13/03/12).

El equipo demuestra autonomía para apoyar la participación de la médico en el grupo y, al mismo tiempo, no planea previamente la salida del médico de la USF. Con eso, lo que queda es acatar la decisión del coordinador, incluso la enfermera está considerando una opción electoral, revelando que el modo de administrar interfiere con el proceso de trabajo en equipo, generando irresponsabilidad. La relativización de la agenda puede ser una de las consecuencias de eso. La cuestión no es sólo cumplir con el tiempo de carga, sino hasta qué punto el equipo está comprometido con la propuesta de ESF.

La ACS habla de situaciones que son traídas al equipo y cree que los casos no son aceptados y no hay corresponsabilización, dejando las ACS solas en el cuidado. Al hacer visita domiciliaria (VD) con las ACS se revelan más detalles de este asunto.

En el camino la ACS 2 [...] dice que ya había pedido ayuda, pero las enfermeras no salen de la unidad. Cuidado de una mujer embarazada, [...] es VIH positivo, el primer hijo ya está con la enfermedad, pero en otro embarazo la enfermera (que trabajaba en el momento) estuvo a los pies de la paciente [...]. Ya la enfermera actual no sale mucho de la unidad, lo que dificulta el cuidado a esas personas. La Enfa se preocupa cuando no comparecen en la consulta, está preocupada, pero no llegó a conocer realmente la situación y por eso telefonea a las ACS, siendo una gran responsabilidad para ellas. (Diario de campo, 27/04/12).

ACS 1: es difícil trabajar así, sin la asistencia de una enfermera. A la Enfa 1 no le gusta este grupo. [...] preguntada por qué no venía en mis grupos [...]. Dijo mirándome a los ojos: no me gusta el grupo. (Diario de campo, 23/04/12).

Destacan la responsabilidad de la ACS y la falta de apoyo sentida por ellas. La realización de una situación provocada por otras ACS en reunión corrobora con el diálogo anterior.

(Reunión de equipo) [...] punto de la agenda de ACS 3: tengo una embarazada así, sentí una extrema pobreza, se muere de hambre, la familia desunida por causa de las necesidades, madre recibe jubilación, mas es poco, el hermano pequeño, drogadicto, roba cosas para vender. Ella hace programa (prostitución). Estaba con una gran infección, corrí toda la mañana para conseguir un auto para llevarla a la Pronta Atención (PA), llegué al servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) [...] no podían atender.

Obtuve un coche con un vecino para llevarla al Centro Obstétrico (CO) en el hospital universitario, pero gracias a Dios era solo infección. Cuenta que consiguió un paquete de pasta y otro de judías para alimentar a los niños, ella tiene dos hijos pequeños. ACS quedó con los hijos de la mujer embarazada mientras que ella fue al hospital. ACS 4 toma la conducción del caso y pasa diversa información acerca de cómo conseguir comida y compensación para los usuarios. [...] Alguien da un golpe en la puerta de atrás y la conversación pasa a otros asuntos [...]. Inician otra agenda y la investigadora dice: tengo una mujer embarazada en esta historia, por lo que se dijo

está con infección. ¿Es urinaria? Si es así esto configura riesgo gestacional. Enfa 1 dice: ¿Sí? (con expresión: ¿y qué?).

ACS 3 dice que se le indicó utilizar una crema vaginal. Concluimos que entonces no es infección urinaria no es así. [...] Enfa 2 dice: no entiendo por qué la gente busca problemas, ¡no es suficiente ya con los que tienen! Fue a otro punto del orden del día (Diario de campo, 23/05/12).

De esta observación se puede vislumbrar que quien realizó la información sobre los problemas sociales fue la ACS, que tiene muchos años de experiencia de trabajo en esta área y es líder de la comunidad. Se observó que las enfermeras no se asocian con ellas para llevar el caso, ni la por la cuestión clínica pregunta, no surgiendo ninguna propuesta de VD por la enfermera o de programación de consulta de enfermería. Cabe destacar, sin embargo, que durante la investigación se identificó que las enfermeras acompañan a todas las mujeres embarazadas, intercalando consulta médica en la USF, destacando la dificultad de acompañar a las gestantes en la VD.

Se observó que las cuestiones relacionadas con la violencia contra los niños también son realizadas por ACS. Después de varias solicitudes ha programado una reunión con los Servicios Sociales.

[...] las ACS no cuentan con las enfermeras, haciendo caso omiso de la opinión de ellas. La gente que menos habló en la reunión fueron las enfermeras, las técnicas de enfermería y el equipo de salud bucal, señalando que el "problema es la ACS". (Diario de campo, 20/06/12).

Por otro lado, todo el equipo también se siente solo, sin protección y sin la gestión de la ayuda. Por el análisis de los oficios entrantes se identificó que la coordinación específica para la FSE fue nombrada solamente el 01 de julio de 2012, es decir, desde el ingreso de los trabajadores concursados no había una persona específica para el puesto, lo que complica la gestión de las USF teniendo en cuenta la complejidad que comportan. La falta de escucha y de singularización de cada USF por la gestión y sentido del equipo.

(Reunión de equipo) Enfa 2: reasignación del primero. Estaba en una reunión en la SMS en la sexta, entregué lo que ustedes habían pasado la semana pasada y la (nombre) me dijo que él no quería aquello, quería el CD con el Siab (sistema de información de AB) digitado, pensó que teníamos el Siab instalado. Le dije, Mira, que no tenemos ni un ordenador, sin mencionar el Siab. Ella dijo que no sabía que no teníamos. ACS 4: nunca saben nada. (Diario de campo, 02/05/12).

ACD: [...] ha solicitado qué hacemos aquí, no sé si tuviera a alguien para cuidar, alguien que sólo se ocupe del USF sería mejor. Investigadora: ¿Ustedes se sienten flojos?

ACD: Es (silencio) yo creo que es. Casi todos nosotros reclamamos casi siempre la misma cosa, parece que la gente no se olvida. El fotopolimerizador quedó seis meses sin llegar a la unidad y la gente llamando a todo el mundo y tener que escuchar cada cosa, siempre empujando y despidiendo a los pacientes o (tuvimos que) hacer un ionómero porque no tenía, en diente incisivo central, y luchas en ese tipo de cosas, no hay nada que hacer. (Entrevista ACD).

Se evidenció una imbricación de situaciones que puede estar determinando la sensación de no escucha en el equipo, y también se identificó como consecuencias de esto, una relación dialógica, profundamente relacionada con la continuidad del cuidado en la RAS del municipio. Un hecho que ejemplifica esto era una referencia a la oncología encontrada por la investigación en un sobre con la etiqueta "varios" en la carpeta que almacena las remisiones. Se preguntó a la Enfa 2: si la oncología no es directa en el Servicio de Referencia en el hospital universitario (HU). Ella respondió: que se informaría. Una semana más tarde preguntó a la recepcionista.

[...] Investigadora: ¿no es directa en el HU? Recepcionista: Sí, pero no soy la persona que recibió la remisión. La investigadora comprueba el sobre para ver si todavía está allí, porque ya había pasado esto para la Enfa 2. Estaba. Una remisión con fecha 13/01/12, realizada por un médico de otra USF, pero de un paciente de la zona USF estudiada, diagnosticado con cáncer de próstata con cirugía realizada en cuatro meses, mostrando el dolor.

Consulta de investigadora a recepcionista: ¿Cómo se ve? Ella responde que no hará nada. Investigadora: voy a llamar a HU. Después de buscar información se descubre que el paciente aún no había sido contestado. La coordinadora le pregunta qué está pasando, explica la investigadora. El paciente fue llamado a USF por teléfono y minutos más tarde un miembro de la familia vino hasta la USF a buscar la dirección y es orientado: tome la ruta con copias de exámenes para la oncología de HU, le darán fecha allí para la consulta. La solicitud quedó tres meses parada en la USF, con descripción de la patología, es decir, el criterio técnico podría ser evaluado, priorizado. (Diario de campo, 09/03/12).

Como el equipo no se involucra con lo referido, es posible que uno espere por el otro y que nadie haga nada, revelando la no responsabilidad con la continuidad del cuidado al usuario en la RAS.

DISCUSIONES

El modo de organizar y coordinar el proceso de trabajo del equipo estudiado influye en la continuidad de la atención. Una interconexión de factores puede conectarse en forma cíclica, es decir, condicionando y determinando unos a otros.

La coordinación de la unidad y de la SMS con las características reveladas en la investigación, tratando problemas graves con críticas poco profundas puede estar produciendo un equipo que no es responsable de algunos temas (que quedan en el comando del coordinador). Las ACS se sienten sin apoyo del equipo y, este a su vez, se siente abandonado por la administración. Una verdadera rueda viva.

No es reciente la discusión teórica de que el modo de gestionar el trabajo en salud necesita descubrir múltiples combinaciones de fuerzas de autonomía y responsabilidad en el trabajo, reconociendo el antagonismo paradójico entre ella ⁽⁹⁾. La propuesta parte de la constatación de que el trabajador debe tener libertad, pero para que el trabajo sea eficaz es imprescindible que tenga también la capacidad de asumir la responsabilidad de los problemas de los demás. Para definir los ángulos de la transversalidad de las presentes directrices, el autor propone que se utilicen tres criterios que sustentan las combinaciones. El primero sería la capacidad de producir salud, que, en el caso de la ESF, está explícito en sus objetivos ⁽⁵⁾, pero sabemos que la transformación de objetivos en práctica, no se da por normas y sí en el cotidiano del

trabajo⁽¹⁰⁾, visible en los resultados de esta investigación. En este caso, sería “omisión condenable no apuntar caminos alternativos de cambio”.^(9:233)

El segundo criterio sería la viabilidad técnica, financiera y política de la propuesta, discutida en otros trabajos, y el último, la realización profesional y financiera de los trabajadores.⁽¹¹⁾ Esto último pasa por la aproximación del trabajador a la obra, conceptualizada como el reconocimiento del resultado del trabajo, tanto por el trabajador como por el usuario y sociedad.^(9:235) El respeto público que hace más satisfactorio el trabajo sería el resultado de reaproximar al trabajador a su obra, principalmente, con “libertad creadora y la delegación ampliada de responsabilidad a los profesionales”. En lo que atañe a la cuestión clínica, el vínculo entre profesional y paciente sería imprescindible.

La gestión en la salud en la AB que pretenda generar el resultado de producir salud precisa pautar el tema de la autonomía y responsabilidad del trabajador en salud, aproximándolo a su obra, favoreciendo la construcción de vínculo longitudinal, considerado como la relación terapéutica establecida entre trabajador del equipo y usuario, en la cual está el reconocimiento y utilización de la UBS como fuente regular de cuidado a lo largo del tiempo.^(12:1038) Sin embargo, la baja responsabilización y autonomía del equipo con su proceso de trabajo, sumada a la falta de estructura de la USF, como por ejemplo, la ausencia de trabajador específico para la recepción y equipo con poco conocimiento sobre la RAS, pueden generar injusticias a los usuarios del área de influencia.

Cabe resaltar que la autonomía del trabajador presupone libertad, no en el sentido de independencia del ser humano, sino al contrario, en la acepción de que para el ser humano tener libertad, la consecuencia es de que “no puede contar consigo mismo ni tener fe absoluta en sí mismo (y las dos cosas son una sola)”.^(13:256) Para tener autonomía es necesario contar con los otros, en palabras de la autora, por la alegría de convivir en grupo, “en un mundo cuya realidad está asegurada a cada uno por la presencia de todos”.

Otro desafío para la gestión del trabajo es la simplificación de asuntos complejos como la violencia doméstica. El no enfrentamiento a la complejidad genera la transferencia de responsabilidad y, viceversa, el traspaso de responsabilidad a alguien que no puede ser el único sujeto de la acción no permite el enfrentamiento de la complejidad. En este sentido es necesario recordar que “cuando la complejidad de la situación es descartada, resulta fácil apuntar para aquello que está más a mano, siendo causa de las incertidumbres y ansiedades modernas”.^(14:4)

Es importante señalar para la discusión, que para que el equipo se sienta realizado, las acciones propuestas deben ser asumidas por la comunidad, por ejemplo, al decidir efectuar grupos de promoción de la salud habrá una reducción de ofertas clínicas en la USF. Para realizar este tipo de pacto es imprescindible que el equipo ejerza poder en la USF. En palabras de Arendt H.^(13:212): El poder solo es efectivo en cuanto la palabra y el acto no se divorcian, cuando las palabras no están vacías y los actos no son brutales, cuando las palabras no se emplean para velar intenciones, sino para revelar realidades, y los actos no son usados para violar y destruir, sino para crear relaciones y nuevas realidades.

La autora habla de “potencial de poder”, considerando que el poder no es una entidad inmutable, “el poder pasa a existir entre los hombres cuando ellos actúan juntos, y

desaparece en el instante en que ellos se dispersan”. De este modo, el factor material indispensable para la generación de poder es la convivencia entre los hombres. La proximidad posibilita la retención de poder y caracteriza la potencialidad de la convivencia. El poder entendido como fuerza, luego como acción, es ilimitado, no encuentra limitación física en la naturaleza humana, al contrario de la fuerza. Su limitación es la existencia de otras personas, pues el poder humano corresponde a la condición humana de la pluralidad, así, la interacción de poderes puede generar, inclusive, más poder.^(13:213)

La alternativa al poder es la fuerza que no puede ser dividida, solamente controlada y “superada por el potencial de poder de la mayoría”. La fuerza puede destruir el poder, pero nunca sustituirlo, “de ahí resulta la combinación política, nada rara, de fuerza e impotencia”.^(13:214) Tomando estos concepos como base, se puede afirmar que para producir salud es imprescindible construir el potencial de poder del equipo, no como trabajadores que trabajan lado a lado, sino reconociendo la presencia del otro, en la perspectiva de la pluralidad humana.

En este sentido, pensar que la producción de salud es un “producto” de la acción y del discurso es “todavía menos durable y más fútil que lo que producimos para el consumo. Su realidad depende enteramente de la pluralidad humana, de la presencia constante de otros que puedan ver y oír y, por tanto, de cuya existencia podamos dar fe”.^(13:106) Se refuerza así la necesidad de actuar en conjunto, con la participación de todos, incluyendo la comunidad. La consecuencia del reconocimiento a la pluralidad es “la imposibilidad de permanecer como señores únicos de lo que hacen, de conocer las consecuencias de sus actos y de confiar en el futuro”.^(13:256)

La transformación de la realidad depende de esta integración con la comunidad, pues cuando se está comprometido con la liberación del ser humano, no se puede temer enfrentar, ni temer oír, ni temer el descubrimiento del mundo.⁽¹⁵⁾ El trabajador de salud está comprometido con la comunidad,

No teme el encuentro con la gente. No teme el diálogo con él, de lo que resulta el gran saber de ambos. No se siente dueño del tiempo, ni dueño de los hombres, ni libertador de los oprimidos. Con ellos se compromete, en el tiempo, para con ellos luchar.^(15:14)

Para explicar este fenómeno de la no responsabilización, es necesario teorizar acerca de los efectos de la postmodernidad sentida en la sociedad, o sea, “sociedad de la modernidad líquida”. A pesar de ser seres reflexivos, se puede explicar la realidad estudiada por el hecho de que no se alcanzaron “los complejos mecanismos que conectan nuestros movimientos con sus resultados y con lo que los determinan, y menos aún con las condiciones que mantienen esos mecanismos operativos”.^(4:31)

La sociedad contemporánea es una sociedad de “individuos libres”, que no dejó de ser crítica, mas dio “un sentido enteramente nuevo e inventó un modo de acomodar el pensamiento y la acción crítica”, que aproxima la sociedad moderna al “patrón de acampada”. En este patrón:

El lugar está abierto a quien quiera que venga con su trailer y dinero suficiente para el alquiler; los huéspedes vienen y van; ninguno de ellos presta mucha atención a cómo es gestionado el lugar, mientras que haya espacio suficiente para estacionar el trailer, las tomas eléctricas y tuberías estén en orden y los dueños de los trailers vecinos no

hagan mucho ruido y mantengan bajo el sonido de sus TVs portátiles y aparatos de sonido después del anochecer. Los motoristas traen para la acampada sus propias casas equipadas con todos los aparejos de que precisan para la estancia, que en todo caso pretenden que sea corta. Cada uno tiene su propio itinerario y horario. Lo que los motoristas quieren de los administradores del lugar no es mucho más (pero tampoco menos) que les dejen estar a gusto. A cambio, no pretenden desafiar la autoridad de los administradores y pagan el alquiler en el plazo. [...] Si se sienten perjudicados, pueden reclamar y cobrar lo que se les debe – mas nunca se les ocurrirá cuestionar y negociar la filosofía administrativa del lugar, y mucho menos asumir la responsabilidad de la administración del mismo”.^(4:31-32)

Este nuevo patrón de comportamiento de la sociedad líquida, al contrario de la modernidad pesada/sólida/condensada/sistémica, vino a establecer una “crítica al estilo consumidor”, en oposición a la “crítica al estilo productor” que seguía el “modelo de casa compartida”. El autor define los dos tipos de sociedad y cita dos características que tornan la modernidad actual nueva y diferente. La primera es que hay un colapso en la antigua ilusión moderna de que la sociedad, en algún momento, será justa, buena y sin conflictos, que habrá “un fin en el camino por el que andamos”; “del completo dominio sobre el futuro – tan completo que pone fin a toda la contingencia, disputa, ambivalencia y consecuencias imprevistas de las iniciativas humanas”. La segunda característica es la “desreglamentación y la privatización de las tareas y deberes modernizadores”. Lo que era considerado “una tarea para la razón humana, fue fragmentado (‘individualizado’). Esta reubicación del discurso pasó de la “sociedad justa” a la de los “derechos humanos”. Como consecuencias se tuvo un Estado más leve, que se libró de sus deberes “emancipatorios”, quedando solamente con el “deber de ceder la cuestión de la emancipación a las capas media e inferior”, a que fue relegado todo el peso de la modernidad actual.^(4:31-38)

Se destaca que “la ‘individualización’ consiste en transformar la ‘identidad’ humana de un ‘dato’ en una ‘tarea’ y cargar a los actores la responsabilidad de realizar esa tarea y de las consecuencias (así como de los efectos colaterales) de su realización”.^(4:40) La concepción de la individualización en la sociedad, que no difiere de la del equipo de la USF estudiada, transfiere al individuo la responsabilidad por todo lo que le acontece, incluso si esto se produce socialmente. En palabras del autor: “riesgos y contradicciones tienden a ser producidos socialmente; son solo el deber y la necesidad de enfrentarlos los que están siendo individualizados”. Considera que no se tiene acogida, que la individualización es una fatalidad, mas “toda la elaboración de los medios para enfrentar su impacto, parte del reconocimiento de este hecho”. Sin embargo, “la principal contradicción de la modernidad fluída – contradicción que, por tentativa y error, reflexión crítica y experimentación audaz, precisamos aprender a manejar colectivamente” es el abismo entre el derecho a la autorrealización y la capacidad de control de las situaciones sociales.^(4:43-47)

Todavía, “los hombres y mujeres son naturalmente tentados a reducir la complejidad de su situación a fin de tornar las causas del sufrimiento inteligibles y, así, tratables”. Considera que “nuestro tiempo es propicio a los chivos expiatorios”.^(4:48) Con esto se puede explicar el cotidiano del equipo estudiado, que se se sirve del patrón de acampada cuando no asume la responsabilidad de los casos.

La individualización de los problemas producidos socialmente y la búsqueda de un chivo expiatorio para problemas complejos también puede ser explicada por esta construcción teórica. Así, se revela como la macroestructura que se manifiesta en la

conducción de los casos y derivaciones a otros puntos de la RAS. Los trabajadores sufren y producen la macroestructura de la sociedad líquida, generando la traducción de la salud como bien de consumo, en oposición a la propuesta de salud como bien de uso, derecho de ciudadanía.

En una sociedad dominada por el consumo, los lazos humanos se fragilizan, considerando que “al contrario de la producción, el consumo es una actividad solitaria” y la producción requiere cooperación.

En el caso de tareas más complejas que incluyen la división del trabajo y demandan diversas habilidades especializadas que no se encuentran en una sola persona, la necesidad de cooperación es aún más obvia; sin ella, el producto no tendría *chance* de surgir. Es la cooperación que transforma los esfuerzos diversos y dispersos en esfuerzos productivos. ^(4:189)

Una de las actividades humanas más complejas es justamente la producción de salud. Sin embargo, se señala una necesidad emergente en su conducción, aprender a navegar en la liquidez de la sociedad y construir, aunque sea temporalmente, muelles que posibiliten seguridad a los trabajadores, usuarios y gestores.

Puede resumirse, sin disminuir o simplificar, que la cuestión de la gestión del trabajo está directamente relacionada con la continuidad del cuidado. Nuevos modos de gestionar el trabajo en la sociedad de la modernidad líquida precisan ser estudiados. Modos que contradigan la tesis de que la academia no está más interesada “en la tarea de ilustración y de elevación espiritual del pueblo. Los intelectuales se detuvieron, en gran parte, en definir la responsabilidad que tiene para con ‘el pueblo’, la nación y la humanidad”. ^(14:7)

Se defiende que la investigación busque caminos que lleven a producir salud y felicidad a los usuarios, trabajadores y gestores del SUS. Con esta intencionalidad, es necesario apostar por una nueva ética, que no esté colonizada por la ciencia, pero que asuma el principio de la responsabilidad. Este principio reside “en la preocupación o cuidado que nos coloca en el centro de todo lo que acontece y nos vuelve responsables del otro, sea un ser humano, un grupo social”. “La nueva no es antropocéntrica, ni individualista, ni busca solo las responsabilidades por las consecuencias inmediatas. Es una responsabilidad por el futuro”. ^(16:112)

CONCLUSIONES

El estudio reveló que la forma de gestionar el trabajo en el equipo combina acusaciones y críticas y evidenció la falta de escucha y singularidad con los trabajadores de la USF. La gestión también se presentó ora autoritaria, ora permisiva. La falta de apoyo y acompañamiento de la gestión para con el equipo también es sentida por las ACS en relación a las enfermeras.

La continuidad en el cuidado presenta fragilidades, entre las cuales destaca la no resolución de casos traídos por las ACS o identificados por el equipo, sugiriendo la simplificación de la complejidad. La rueda viva de abandonos identificada es alimentada por el equipo que no se responsabiliza (tratada como un fenómeno de la postmodernidad) y por la gestión que no permite el autogobierno de los trabajadores, generando falta de respaldo a las ACS. La ausencia de diálogo entre equipo y gestor,

la falta de singularización para con las demandas del equipo y el desconocimiento de los flujos de reenvío indican la complejidad y la preeminencia de este tema de gestión del trabajo en salud.

En la discusión de los resultados se procuró traducir construcciones teóricas importantes para el cotidiano de los equipos y para la gestión. El concepto de pluralidad humana y de potencial de poder pueden ayudar en la construcción de ambientes de trabajo más humanos, tanto para gestores y trabajadores, como para usuarios.

Se destacó la integración con la comunidad pues está demostrado que es un camino para la transformación de la realidad. La investigación en este tema debe responsabilizarse de la producción de salud y del otro, individual o colectivamente.

REFERENCIAS

1. Morici MC, Barbosa ACQ. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev. Adm. Pública [online]. 2013, vol.47, n.1 [citado 2013-10-22], pp. 205-225. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000100009>.>
2. Waldow, VR. Atualização do cuidar. Aquichán [serial on the Internet]. 2008 Apr [cited 2014 Feb 13]; 8(1): 85-96. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Collière MF. Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem. 4ª ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
8. Becker HS. Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.
9. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, LCO. (Org.) Inventando a mudança na saúde. Hucitec: São Paulo, 1997.
10. Franco TB, Chagas RC, Franco CM. Educação Permanente como prática. In: Pinto S, Franco TB, Magalhães MG et al. Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ. São Paulo: Hucitec, 2012.
11. Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. Trab. Educ. Saúde. 2010; 8 (1):27-53.
12. Cunha EM, Giovanela L Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto

do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16 Suppl 1:1029-42.

13. Arendt H. A condição humana. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2001.

14. Bauman Z. A sociedade líquida. Entrevista concedida à Folha de São Paulo, por Maria Lúcia Garcia Pallares-Burke. 19 de outubro de 2003. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/4_Encontro_Entrevista_A_Sociedade_Liquida_1263224949.pdf. Acesso em 01 de setembro de 2012.

15. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

16. Santos BS. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 7a ed. São Paulo: Cortez; 2009.

Recibido: 07 de marzo de 2014; Aceptado: 06 de julio de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia