

El Acogimiento y los procesos de trabajo en salud: el caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.¹

Túlio Batista Franco
Profesor Dr. del Instituto de Salud de la Comunidad
Universidad Federal Fluminense.

Wanderlei Silva Bueno
DMPS/Unicamp.

Emerson Elias Merhy
Prof. libre docente del DMPS/Unicamp.

PARTE I - Qué es el Acogimiento

A medida que nos aproximamos a los momentos en que se relacionan los usuarios con los servicios de salud y sus trabajadores para verificar su funcionamiento, nos sorprendemos con el hallazgo de que: siempre que exista un “proceso relacional” de un usuario con un trabajador habrá una dimensión individual del trabajo en salud, realizado por cualquier trabajador, que implica un conjunto de “acciones clínicas”.

“Acciones clínicas” en el sentido del encuentro de necesidades con procesos de intervención tecnológicamente orientados, que apuntan a “operar” sobre el campo de las necesidades que se presentan en este encuentro, al intentar perseguir los fines involucrados con la manutención y/o recuperación de un cierto modo de vivir la vida.

Estos encuentros interindividuales, de a dos, se producen en un espacio intercesor² en el cual se sustenta una dimensión tecnológica del trabajo en salud, clínicamente evidente: la tecnología de las relaciones, territorio propio de las tecnologías leves³.

Al observar estos momentos –tanto a través del trabajo del médico, como de un portero de un servicio de salud– se nos revelan cuestiones clave sobre los procesos de producción en salud, en los cuales el Acogimiento adquiere una expresión significativa.

¹ Una síntesis de este artículo fue publicado bajo el título *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil* en Cadernos de Saúde Pública, 1999;15(2):345-353, y en el libro *O trabalho em saúde* de Merhy EE, Franco TB, *et al.* San Pablo: Hucitec; 2003.

² Ver Merhy EE. Em busca de ferramentas...” En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde. Um desafio para o público. San Pablo: Hucitec; 1997.

O sea, en todo lugar, en el cual se produzca un encuentro –en tanto trabajo de salud– entre un trabajador y un usuario, operan procesos tecnológicos (trabajo vivo en acto) que apuntan a la producción de relaciones de escucha y responsabilización, que se articulan con la constitución de los vínculos y de los compromisos en proyectos de intervenciones, que objetivan actuar sobre las necesidades, buscando producir “algo” que pueda representar la conquista de control del sufrimiento (en tanto enfermedad) y/o la producción de la salud.

Estos procesos intercesores –como el Acogimiento– son atributos de una práctica clínica realizada por cualquier trabajador en salud, y focalizarlos analíticamente es crear la posibilidad de “pensar” la micropolítica del proceso de trabajo y sus implicaciones en el diseño de determinados modelos de atención, al permitir pensar los procesos institucionales por donde “circula” el trabajo vivo en salud, exponiendo su modo privado de actuar, a un debate público al interior del colectivo de los trabajadores, a partir de una óptica usuario-centrada.

Sin embargo, el tema del Acogimiento presenta otra posibilidad: la de debatir sobre el proceso de producción de la relación usuario-servicio bajo la mirada específica de la accesibilidad, en el momento de las acciones “receptoras” de los “clientes” de un cierto establecimiento de salud.

Visto de este modo, como una etapa del proceso de producción, el Acogimiento funciona como un dispositivo provocador de ruido sobre los momentos en los cuales el servicio constituye sus mecanismos de recepción de los usuarios, como aquellas modalidades de trabajo en salud que se centran en la producción de un mutuo reconocimiento de derechos y responsabilidades, institucionalizados por los servicios de acuerdo a ciertos modelos de atención a la salud.

Entendido como una etapa dentro del conjunto del proceso de trabajo que desencadena el servicio, en su relación con el usuario, el Acogimiento puede analíticamente evidenciar las dinámicas y los criterios de accesibilidad a las que los usuarios (portadores de las necesidades centrales y finales de un servicio) están sometidos, en sus relaciones con el “qué” de los modelos

de atención, que se constituyen como verdaderos campos de necesidades de salud, para sí.

Los encuentros y desencuentros en esta etapa, al generar ruido y desconcierto, para un mirada analizadora (en producción al interior del equipo de trabajadores), pueden revelar una dinámica instituyente que se abre a nuevas líneas de posibilidades, en el diseño del modo de trabajar en salud, permitiendo la introducción de modificaciones en el cotidiano del servicio en torno a un proceso usuario-centrado, más comprometido con la defensa de la vida individual y colectiva.

En síntesis, lo que proponemos es tomar el Acogimiento como un dispositivo que interroga los procesos intercesores que construyen “relaciones clínicas” de las prácticas de salud, y que permite escuchar el “ruido” en la captura del trabajo vivo según ciertos modelos de asistencia, en todo lugar que haya “relaciones clínicas” en salud; además de exponer la “red de petición y compromiso” que hay entre las “etapas” de ciertas líneas de producción constituidas en ciertos establecimientos de salud, interrogando centralmente a las relaciones de accesibilidad.

¿Cuál es la ventaja de actuar sobre estos “ruidos” y procesos?

En la medida en que en las prácticas de salud, individual y colectiva, busquemos la producción de responsabilización clínica y sanitaria e intervención resolutiva, teniendo en vista a las “personas”, como camino para defender la vida, reconocemos que sin “acoger” y “vincular”, no hay producción de responsabilización como tampoco “optimización tecnológica” de las resolutividades que efectivamente impactan los procesos sociales de producción de la salud y de la enfermedad.

Basándonos en estas premisas, veamos a continuación las posibilidades de introducir estos recorridos, buscando “impactar” los mecanismos de acceso y de “explorar” las posibilidades de nuevos diseños micropolíticos en el modo cotidiano de realización de ciertos modelos de atención a la salud, a partir de la descripción de un proceso iniciado junto a una red de servicios de salud, en el ámbito municipal.

Parte II - Relato de una experiencia

En Betim, en el año 1996, se vivía una intensa movilización en la red básica asistencial, para la implementación del Acogimiento, directriz del modelo tecno-asistencial, orientado en los principios del Sistema Único de Salud (SUS). Se proponía principalmente, reorganizar el servicio, en el sentido de garantizar el acceso universal, resolutivez y atención humanizada. “Ofrecer siempre una respuesta positiva al problema de salud presentado por el usuario”, como traducción de la idea básica del Acogimiento, que se construyó como directriz operacional.

Por el lugar estratégico ocupado por esta propuesta, consideramos que el Acogimiento debería ser estudiado, para verificar su eficacia y de este modo ofrecer subsidios para la consolidación del Acogimiento en las Unidades de Salud, al mismo tiempo que intentar viabilizar su perfeccionamiento, como tecnología de organización de los servicios de salud.

La motivación para este estudio, partió inicialmente de la incesante inquietud por la búsqueda de una respuesta alternativa para los servicios de salud, que fuera lo suficientemente consistente como para constituirse en una nueva utopía.

Este estudio, es deudor de una investigación realizada por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur⁴, y estamos seguros que, al profundizar el conocimiento a través de la investigación de un tema tan relevante para el modelo asistencial, como es el Acogimiento, y al mismo tiempo, al mantener este estudio en interlocución con las entidades formuladoras de políticas de salud y formadoras de Recursos Humanos, estamos fundamentalmente ejercitando la praxis como método de construcción de nuevas propuestas, lo suficientemente sustantivas como para

⁴ El inicio de este estudio se produjo a partir del esfuerzo de Túlio Batista Franco, que coincidente con la II Convocatoria de Investigación en Servicios de Salud, realizada por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur –que por entonces, se proponía apoyar los proyectos de investigación de esa área– propuso un proyecto de investigación, bajo el título *Acolhimento, diretriz do modelo tecno-assistencial em defesa da vida*, cuyo objeto de estudio se circunscribía a la nueva directriz del modelo asistencial, “Acogimiento”, para ser estudiada en la Unidad Básica de Salud Rosa Capuche, situada en el Barrio Jardim Petrópolis, Betim en Minas Gerais.

dar respuestas que estén a la altura de los desafíos en la organización de Sistemas y Servicios de Salud.

Además, en gran medida, reproduce el fruto del trabajo colectivo del equipo de la Unidad Básica de Salud (UBS) “Rosa Capuche”. Contribuyeron otros actores del SUS/Betim, que componen los órganos directivos y asesores de la Secretaría Municipal de Salud (SESA). Tuvieron un papel relevante en el proceso, los usuarios de los servicios de la Unidad, organizados en el Consejo de Salud Local.

Caracterización General de la Unidad

La UBS Rosa Capuche, se sitúa en el municipio de Betim, en el barrio Jardim Petrópolis. Abarca un área que comprende los siguientes barrios: Granja São João, Jardim Petrópolis, Parque do Sol, Parte da Vila Recreio, Residencial Mira-Sol, y Vila Monte Líbano. Es clasificada como UBS - Tipo 1, atiende las especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatría y Gineco-obstetricia), acciones propias de Enfermería (Enfermera, Técnica y Auxiliares de Enfermería) y Servicio Social. El trabajo preventivo es realizado a partir de los programas de atención a la salud de la mujer, materno-infantil, salud del adulto y actividades de educación a la salud e inmunización, realizadas junto a la comunidad.

Posee un Consejo Local de Salud, con participación de la comunidad, y el Consejo Gestor de la Unidad que junto al Forum Salud se reúnen periódicamente y discuten todas las cuestiones relacionadas a la organización del servicio, participando incluso, de la planificación local.

De acuerdo con el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), para 1996, la población era de 10.256 personas, distribuída de la siguiente forma:

POBLACIÓN TOTAL	MASC	FEM	< 1 AÑO	GESTANTES	MUJERES EDAD FÉRTIL	ADOLESCENTES	> 35 AÑOS
10.256	5.069	5.186	249	410	3333	2355	2544

En qué consiste el Acogimiento como directriz operacional

El Acogimiento propone invertir la lógica de organización y el funcionamiento del servicio de salud, partiendo de los siguientes principios:

1. Atender a todas las personas que procuran los servicios de salud, garantizando la accesibilidad universal. De este modo, el servicio de salud asume su función esencial: la de acoger, escuchar y dar una respuesta positiva, capaz de resolver los problemas de salud de la población. Al hacer esto, los servicios crean posibilidades para el restablecimiento de una relación de confianza y apoyo del usuario.
2. Reorganizar el proceso de trabajo, de forma que este desvíe su eje central del médico hacia un equipo multiprofesional –“equipo de Acogimiento”–, que se encarga de la escucha del usuario, comprometiéndose a resolver su problema de salud. La consulta médica, es requerida, solo para los casos en los que se justifica. De esta forma, todos los profesionales desde el nivel superior hasta los auxiliares y técnicos de enfermería, participan de la asistencia directa al usuario, aumentando enormemente el potencial del servicio de la Unidad.
3. Calificar la relación trabajador-usuario, que debe darse por parámetros humanitarios, de solidaridad y ciudadanía. Esa es la argamasa capaz de unir sólidamente a los trabajadores y usuarios, en torno a los intereses comunes, como ser la constitución de un servicio de salud de calidad, con atención integral, que atienda a todos y esté bajo el control de la comunidad.

Implementación del Acogimiento

El punto de partida para la implementación del Acogimiento, fue la decisión del grupo dirigente de SESA, realizada a través de los órganos colegiados de dirección: el Grupo de Dirección Estratégica (que reunía a la Secretaria de Salud y los gerentes de los proyectos estratégicos) y al Colegiado Gestor (formado por el Grupo de Dirección Estratégica y todos los

gerentes de Unidades de Salud). Esta decisión, partía de algunos supuestos básicos:

1. La mayoría de las personas que necesitaban atención en salud, estaban excluidas de los servicios.
2. Las personas que acudían a la Unidad de Salud, mayoritariamente lo hacían en busca de la consulta médica, estrangulando completamente este servicio, aun cuando ésta no fuera una necesidad verificada.
3. El trabajo en la Unidad de Salud, estaba centrado en la persona y en el saber médico, en tanto los otros profesionales quedaban subestimados en el proceso de trabajo, con un potencial para la asistencia enormemente oprimido, reduciendo así la oferta de servicios.
4. La relación trabajador-usuario, sufría una crónica degeneración, causada por la alienación de los trabajadores de su proceso de trabajo, o sea, éste se realizaba compartimentado, con los procedimientos, sin la necesaria integración multidisciplinar. El objeto de trabajo "problema de salud" de esa forma, recibía un tratamiento sucinto y burocrático, en una relación impersonal con el usuario. Lo más común era incluso su exclusión. Por otro lado, los trabajadores aunque concientes de los problemas, se sentían impotentes para cambiar aquella situación existente, lamentada por ellos mismos. El contexto sugería entonces, una aparente contradicción de intereses entre trabajadores y usuarios de los servicios de salud.

A partir de la decisión de implementar el Acogimiento, se inició a nivel local, un proceso de discusiones para la sensibilización de los trabajadores y la planificación de la Unidad.

Se definió la organización de un "Equipo de Acogimiento", compuesto por los profesionales de nivel superior, técnicos y auxiliares de enfermería, mientras que los médicos quedaron en la "retaguardia", o sea, atendiendo en los consultorios a los usuarios derivados por el equipo que hacía la escucha en el Acogimiento. Se eliminó la ficha y la fila de madrugada, abriendo las

puertas de la Unidad de Salud, para atender a todos los usuarios que lo solicitaran. Se organizó la “sala de espera”, sustituyendo la recepción, donde se mantiene un profesional de salud para orientar el flujo de usuarios.

El Consejo Local de Salud jugó un papel importante en la implementación del Acogimiento. Esto se produjo principalmente, la semana anterior a la fecha prevista, cuando el Consejo se propuso avisar a la comunidad, acerca del nuevo funcionamiento de la Unidad de Salud. Además, el día en que se inició el Acogimiento, los consejeros fueron a la Unidad, para orientar a los usuarios sobre el procedimiento a adoptar mediante la nueva organización del servicio. Y más aún, en el mes de abril, el Consejo Local de Salud hizo una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los usuarios con relación al Acogimiento, constatando una aprobación superior al 80%.

El Proceso de Trabajo en el Acogimiento

El Acogimiento, modifica radicalmente el proceso de trabajo. El impacto de la reorganización del trabajo en la Unidad, se da principalmente sobre los profesionales no médicos, que hacen asistencia; que puntualmente en el caso de la UBS Rosa Capuche son la enfermera, asistente social, técnica y auxiliar de enfermería. En la situación actual, el “Equipo de Acogimiento” pasa a ser el centro de la actividad en la atención a los usuarios. Los profesionales no médicos pasan a usar todo su arsenal tecnológico, el conocimiento para la asistencia, en la escucha y solución de problemas de salud, traídos por la población usuaria de los servicios de la Unidad.

La enfermera, además de acoger, garantiza la retaguardia de la atención realizada por las auxiliares de enfermería. Esa retaguardia se realiza en perfecta sintonía con las auxiliares de enfermería, a través de la orientación sobre las conductas, y la utilización de protocolos, elaborados por el equipo técnico de la Unidad. Los protocolos indican los procedimientos a ser adoptados frente a los problemas de salud más comúnmente planteados al equipo de Acogimiento. Son elaborados siguiendo el patrón técnico de la Clínica y definen las atribuciones de los profesionales en la atención. En el

caso de la enfermera, esta definición es realizada de acuerdo a la legislación propia que reglamenta su ejercicio profesional. En la UBS Rosa Capuche, los protocolos orientan al enfermero para que prescriba diversos exámenes y medicamentos, lo que aumenta en gran medida la resolutivez del enfermero en la asistencia, mejorando enormemente el flujo de los usuarios. Este nuevo papel de la enfermería en la Unidad de Salud con Acogimiento, no se produjo sin tensiones. Subyace en este proceso, la disputa por la supremacía del saber y del poder en el servicio de salud.

Es importante registrar que, además de utilizar todo su arsenal técnico, la enfermera, con la reorganización del proceso de trabajo e instrumentalizada por los protocolos, se ve dotada de una MAYOR AUTONOMÍA en la función que ejerce. Esa autonomía a la que nos referimos, debe ser entendida como la condición del profesional de decidir sobre su trabajo, el ejercicio pleno del “saber-hacer” en el momento del procedimiento asistencial. Permanece por lo tanto, perfectamente integrada al trabajo en equipo, como condición para el funcionamiento del Acogimiento.

En relación al Auxiliar de Enfermería, su trabajo anterior a la implementación del Acogimiento, se resumía a las actividades propias de su función (curativa, inyecciones, vacunas, distribución de medicamentos) y apoyo a los médicos. El Auxiliar de Enfermería, al contrario de lo que era en el modelo anterior, deja de ser tan solo un accesorio en la organización del proceso de trabajo de la Unidad de Salud, para asumir la plenitud de su profesión en beneficio de la atención con calidad.

La Asistente Social, participa del Acogimiento y coordina los grupos programáticos. Los programas son un factor importante para garantizar el éxito del Acogimiento, por lo que su actividad, es considerada fundamental para garantizar la integralidad de la asistencia, dado que resuelve gran parte de la demanda, con acciones dirigidas a grupos prioritarios de atención a la salud.

En el caso específico de los médicos, su trabajo fue organizado de forma que algunas veces quedó en la retaguardia (consultas de usuarios derivados por el equipo de acogimiento), y otras dentro del equipo de acogimiento. Hubo una reducción de la asignación de turnos, dejando la

agenda más libre para la atención de aquellos usuarios que buscaban la Unidad de Salud con necesidades urgentes.

Los Números del Acogimiento

A continuación, relacionamos el resultado de la aplicación de diversos indicadores, referidos a medidas de evaluación de la Unidad de Salud y del Acogimiento.

A) ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SALUD

Tabla 1 - Media Mensual de atendimientos realizados, por los trabajadores de la UBS Rosa Capuche. 1995-1997. Media Mensual de Horas Trabajadas y Rendimiento de los Servidores.

Período	Media At. Mes	Horas Trabajadas
Marzo/95 a Feb/96	1.342	1.456 / mes
Marzo/96 a Feb/97	4.455	1.665,7 / mes
Incremento	(+ 332%)	(+ 14,4%)

Fuente: Boletín de Producción Ambulatoria y Hoja de Frecuencia de la UBS Rosa Capuche.

Los datos comparados de accesibilidad a los servicios, demuestran el aumento extraordinario de la atención general de la Unidad, con la implementación del Acogimiento y la reorganización del proceso de trabajo.

*“Una de las cosas que el Puerta Abierta hizo, fue eso, la gente pasó a percibir lo que no percibía antes, porque la puerta se los impedía y las personas no llegaban aquí dentro. Entonces la gente comenzó a entender que vivíamos en un área crítica y que teníamos que dar cuenta de algunos problemas, porque ellos comenzaron a aparecer aquí dentro con el Acogimiento. Antes, la puerta estaba cerrada para ellos, porque el usuario no tenía acceso”. “... comenzamos a conocer a nuestro usuario”.
(Enfermera de la UBS Rosa Capuche).*

B) INDICADOR DE RENDIMIENTO

1. Para la evaluación de la UBS, a través de un estudio comparado de datos, antes y después de la implementación del Acogimiento.

Período: Marzo-agosto de 1995 y 1996

Nº de consultas realizadas _____.

Nº de horas trabajadas por especialidad de nivel superior

Objetivo: Medir el RENDIMIENTO de los profesionales de nivel superior, antes y después del Acogimiento.

Fuente: Numerador – Boletín de Producción Ambulatoria (BPA) en el servicio de Bioestadística de la SESA. Denominador - Cuadro de frecuencia de la UBS Rosa Capuche.

Obs.: En el análisis comparado de los datos, se verifica si hay alteración del rendimiento de los profesionales, en la nueva modalidad de organización de los servicios, de acuerdo con la directriz del Acogimiento, que propicie el aumento de la oferta de servicios y en consecuencia, del ACCESO.

Resultados:

Tabla 2 - Rendimiento de los profesionales de nivel superior, de la UBS Rosa Capuche, por período de un año, antes y después del Acogimiento.

	Ci.Médica	Pediatría	Gin/Obstetr.	Cons.Enfer	Asist. Social
Rendimiento/ 95	2,3	2	1,9	0,2	0,2
Rendimiento/ 96	2,4	2,7	2,2	1,4	0,5
Porcentual	(+) 4,3%	(+) 35%	(+) 15,7%	(+) 600%	(+) 150%

Fuente: BPA en el servicio de Bioestadística de la SESA.
Cuadro de frecuencia de la UBS Rosa Capuche.

Evaluación de los resultados:

A través de los datos de producción/horas trabajadas, se constata el aumento extraordinario del rendimiento de la enfermera y la asistente social.

Los datos confirman la tesis de que la enfermera y la asistente social, a partir de la reorganización del proceso de trabajo, utilizan todo su potencial para la asistencia. Este rendimiento, asociado al de las auxiliares de enfermería, garantiza a los usuarios el impacto extraordinario en el acceso.

C) INDICADOR DE RESOLUTIVIDAD* DEL EQUIPO** DE ACOGIMIENTO

Para la evaluación del Acogimiento, en estudio longitudinal.

Nº de personas cuyos problemas fueron resueltos por el equipo de Acogimiento.

Nº de personas atendidas por el equipo de Acogimiento

* Como "Resolutividad", en este caso, se considera la solución de los problemas de salud por parte del equipo de Acogimiento, sin otro tipo de derivación.

** Por "Equipo de Acogimiento", se considera al equipo multiprofesional, organizado en la Unidad, para hacer la escucha de los problemas de salud traídos por los usuarios. En la UBS Rosa Capuche, ese equipo fue organizado contando con: enfermera, asistente social, y auxiliares de enfermería.

Objetivo: Verificar la resolutividad del equipo de Acogimiento.

Fuente: Boletín de Acogimiento de la UBS Rosa Capuche.

Resultados:

Tabla 3 - Distribución de los problemas de salud que se presentaron al equipo de acogimiento de la UBS Rosa Capuche, según la Resolutividad y derivaciones adoptadas, presentados en frecuencia relativa, por períodos mensuales.

	Mar/96	Abr/96	May/96	Jun/96	Jul/96	Ago/96
Resuelto por el equipo de Acogimiento	39,60%	23,30%	28,60%	13,60%	25,00%	21,50%
Asignación de turnos p/ otro sector de la Unidad	46,50%	51,20%	69,50%	70,90%	47,20%	61,30%
Derivado a la Red SUS	7,55%	9,30%	1%	4,90%	23,60%	5,40%
No anotado	6,30%	16,30%	1%	10,70%	4,20%	11,80%

	Sept/96	Oct/96	Nov/96	Dic/96	Ene/97	Feb/97
Resuelto por el equipo de Acogimiento	10,70%	32,30%	59,50%	53,40%	54,90%	58,30%
Asignación de turnos p/ otro sector de la Unidad	71,40%	60,60%	32,50%	43,20%	43,10%	31,70%
Derivado a la Red SUS	3,60%	2,00%	1%	2,30%	1,90%	3,30%
No anotado	14,30%	5,00%	7,90%	1,10%	4,20%	6,70%

Fuente: Boletín del Acogimiento de la UBS Rosa Capuche.

Evaluación de los resultados:

Para la resolutividad del equipo de Acogimiento, se corroboran factores que actúan juntos y simultáneamente:

1. Discusiones permanentes entre el equipo de la Unidad de Salud, para evaluar y reprocesar el Acogimiento.
2. Capacitación del equipo, adquirida en la propia experiencia de la atención. La experiencia adquirida proporciona seguridad para decidir, efectivamente “hacer” a partir de determinado “saber” adquirido en la vivencia de la asistencia al usuario.
3. Utilización de protocolos, elaborados por el equipo técnico de la UBS, los cuales indican la conducta a ser adoptada frente a los problemas de salud que más se presentan en el Acogimiento. Los protocolos son una referencia técnica segura para los procedimientos en el Acogimiento.
4. Interacción del equipo, con enfermeras y médicos que hacen la retaguardia del Acogimiento y la capacitación en servicio. La

indicación de determinada conducta, presupone una decisión del profesional que en el modelo tradicional, se presenta como un acto aislado, solitario. Con el Acogimiento, este acto es dividido con el equipo, contando con el apoyo y la complicidad de los otros profesionales.

5. Funcionamiento de los grupos programáticos, que habían dejado de funcionar al iniciarse la implementación del Acogimiento, dado a la priorización del trabajo exclusivamente asistencial en aquel momento específico.

PARTE III – A modo de conclusión

El Acogimiento como factor de cambio

Lo que se manifiesta de forma enfática en todo el trabajo de investigación sobre el Acogimiento, es su contemporaneidad, o sea, la capacidad de ubicarse en nuestro tiempo, movilizar energías adormecidas, reavivar la esperanza y colocar en movimiento segmentos importantes de los servicios de salud, como grupos sujeto que se proponen la construcción de lo nuevo: hacer en el presente, aquello que es un objetivo futuro.

El Acogimiento asocia el discurso de la inclusión social, de la defensa del SUS, con un arsenal técnico extremadamente potente, que va desde la reorganización de los servicios de salud, a partir del proceso de trabajo, hasta la constitución de dispositivos auto-analíticos y autogestionarios, pasando por un proceso de cambios estructurales en la forma de gestión de la Unidad. El resultado esperado, en lo inmediato es la inversión del modelo tecno-asistencial. Sin embargo, como proceso en construcción que se afirma a lo largo del tiempo, otras resultantes pueden ser esperadas, de mediano plazo, con el bagaje que se va formando a lo largo del tiempo y la experiencia acumulada.

La capacidad de establecer adhesión, particularmente entre los usuarios y trabajadores de salud, potencializa la propuesta del Acogimiento. Los usuarios a través de la satisfacción por los resultados de la atención en el servicio de salud; y los trabajadores, por la motivación de encontrar una

alternativa profesional satisfactoria de realización personal y colectiva que el Acogimiento proporciona. Ese encadenamiento político fortalece sobremanera la propuesta.

Problemas de primera hora

El primer problema enfrentado, en la implementación del Acogimiento, habla del temor, propio de la condición humana, de encarar lo nuevo, por excelencia lo desconocido.

*“...Lo que demoró la implementación del Acogimiento fue el miedo de enfrentar al usuario, miedo de abrir la puerta”.
[...] “Durante muchos años, toda nuestra vida, nos acostumbramos a la fila. Eso quedó muy arraigado en las personas. Creo que es el miedo hasta de cambiar el proceso de trabajo. Ahora, luego de la planificación local, sentimos que si nosotros no abrazábamos la cuestión del Acogimiento, no valía la pena discutir nada más en la Unidad”. (Gerente de la UBS Rosa Capuche).*

Observando un poco algunos miedos en torno al Acogimiento, vale destacar aquel que se refiere a la falsa noción de que el mismo lleva a la UBS a transformarse en una “sala de urgencia”. Del mismo modo que en Belo Horizonte, donde el Acogimiento ya es una realidad más amplia y experimentada, el Acogimiento permite de hecho transformar a la UBS en un verdadero establecimiento de salud donde se haga salud pública, pues una cosa es el uso hasta de la “urgencia” como un recurso más para abordar al usuario, y otra cosa es reducir la UBS a un lugar exclusivo donde solo se hagan primeros auxilios. Hemos visto que el Acogimiento ha abierto la unidad para recibir e incorporar a los grupos de riesgo como una realidad que le pertenece y sobre la cual debe dar una respuesta individual y colectiva, y por la que tiene que responsabilizarse.

Los límites del Acogimiento

Luego de un año de implementación del Acogimiento en la Unidad, permanecen tres cuestiones que se imponen como límites a la nueva directriz, sobre los cuales debemos abocarnos para encontrar alternativas técnicas para su consolidación, estos son:

1. La dificultad de adhesión de los profesionales médicos al Acogimiento.
2. La asignación de turnos médicos permanece como un nudo crítico en el servicio. La directriz del Acogimiento presupone una agenda abierta para los casos que lo necesiten, sin embargo esto aun es objeto de negociación con los médicos (y no sin tensiones).
3. Un tercer desafío, es la conciliación del trabajo de la asistencia, dentro de la Unidad de Salud, con el trabajo “extra-muros”, muy enfatizado por el equipo de la UBS Rosa Capuche.

Desafíos para la consolidación de la inversión del modelo asistencial

El trabajo en los establecimientos de salud y entre ellos, en la Unidad Básica, es organizado, tradicionalmente, de forma extremadamente parcelado. En un eje vertical, se organiza el trabajo del médico y entre estos, de cada especialidad médica. Así sucesivamente, en columnas verticales se va organizando el trabajo de otros profesionales. Esa división del trabajo se da, por un lado, por la consolidación en los servicios de salud de las corporaciones profesionales, y por otro, en el caso de los médicos, por la especialización del saber y en consecuencia del trabajo en salud.

La organización parcelar del trabajo, fija a los trabajadores en una determinada etapa del proyecto terapéutico. La super especialización, el trabajo fraccionado, hacen con que el profesional de salud se aliene del propio objeto de trabajo. De esta forma, los trabajadores no interactúan con el producto final de su actividad laboral, aunque hayan participado en él, puntualmente. Como no hay interacción, no habrá compromiso con el resultado de su trabajo.

Al reprocesar el trabajo en la Unidad de Salud, en base a la formación de un equipo multiprofesional “Equipo de Acogimiento”, el Acogimiento consiguió quebrar la verticalidad de la organización del trabajo en la Unidad, implicándose radicalmente en el proceso de trabajo de los profesionales no médicos. Los médicos, aunque quedaran un poco aprisionados en la lógica de trabajo centrado en “agenda/consulta”, vivenciaron un cierto cambio en su proceso de trabajo, especialmente en una mayor interacción con el equipo y apertura de la agenda a los usuarios.

Se propone que el Vínculo, como otra directriz del modelo tecnoasistencial, sea implementado, asociado al Acogimiento, complementando el reordenamiento del proceso de trabajo en la Unidad de Salud, resolviendo definitivamente la división del trabajo compartimentada y saliendo de la lógica “agenda/consulta” hacia la lógica de la responsabilización de un equipo multiprofesional (Campos, 1994). Esto sería realizado a través de la adscripción de la población a determinado equipo de la Unidad de Salud, formado como mínimo por el médico, enfermero, pediatra, gineco-obstetra y auxiliares de enfermería. Este equipo pasaría a responsabilizarse por las personas inscriptas. El cuidado deberá ser realizado a través de la definición de proyectos terapéuticos, considerando el riesgo de cada usuario y teniendo un “gestor del cuidado” indicado por el equipo, como propone Merhy.

BIBLIOGRAFIA

Barembli G. Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes. Rio de Janeiro; Rosa dos Tempos; 1992.

Bueno WS. Betim: construindo um gestor único. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde. Um desafio para o público. San Pablo: Hucitec; 1997.

Campos GWS. Reforma da Reforma, repensando a saúde. San Pablo; Hucitec; 1994.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde. Um desafio para o público. San Pablo: Hucitec; 1997.

Cecílio LC, organizador. Inventando a Mudança na Saúde. San Pablo: Hucitec; 1994.

Franco TB. Acolhimento: Diretriz do Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida. [Resumen en línea] Trabajo presentado en la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Fundação Oswaldo Cruz: 1997. Disponible en:

<http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud/spanishversion/resumen14.htm>

Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde, um Desafio para o Público. San Pablo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde, um Desafio para o Público. San Pablo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde, um Desafio para o Público. San Pablo: Hucitec; 1997

Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde, um Desafio para o Público. San Pablo: Hucitec; 1997