

REDES DE CUIDADOS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA, BAHIA, BRASIL *

Marluce Maria Araújo Assis**
Maria Angela Alves do Nascimento**
Márlon Vinícius Gama Almeida**
Simone Santana da Silva**
Pricila Oliveira Araújo**

Modalidad: Póster electrónico

Marco conceptual:

Este texto se basa en la idea de "Rizoma"^{1,2,3} que es un tipo tubérculo de la planta que crece horizontalmente, pero muy cerca de la superficie y que consiste esencialmente de una raíz circulando en cualquier dirección. Con este fin, se considera el poder creativo de las líneas de comunicación en tres dimensiones analíticas: heterogeneidad (las relaciones de las personas con distintas formas de entender la realidad que funciona); multiplicidad (conexiones de experiencias y prácticas de los trabajadores, gerentes, usuarios y instituciones); trabajo en salud (equipos producen cuidadosamente entre sí y en sus relaciones con otros equipos, instituciones, usuarios y familias). Estas dimensiones están estructuradas de diferentes maneras y con diferentes significados, mediante la creación de líneas de contacto y responsabilidades para actuar en los procesos formales e informales en la organización de la red de atención de salud. Es un sistema abierto con muchas entradas y salidas que trabajan de forma creativa con flujos conectivos.

Objetivos:

El objetivo de esta comunicación es responder a la siguiente pregunta: ¿Como equipos de trabajo en la estrategia de salud de la familia (ESF) ha construido redes en el sistema de salud en dos ciudades de Bahía (Feira de Santana e Santo Antonio de Jesús), Brasil? Además, en este trabajo se persigue otro objetivo secundario: a) caracterizar el flujo de atención de las personas en la unidad de salud de la familia (USF) y su interacción con la red de salud pública.

Metodología:

Investigación cualitativa, crítica y reflexiva, basado en la hermenéutica crítica⁴. Utilizado como técnica de recogida de datos: entrevista semiestructurada y la observación sistemática de la atención. Los participantes fueron: 37 pacientes, 40 trabajadores de la salud y 14 líderes de salud. 51 respuestas en Feira de Santana (escenario un) en las 07 USF y 40 en Santo Antonio de Jesús (escenario dos) en 04 USF. Para el análisis de los datos empíricos se prepararon árboles analíticos y diagramas de flujo⁵. La Investigación obedeció las reglas para la investigación con seres humanos y tenía la aprobación de la comisión de ética de investigación de la Universidad Estatal de Feira de Santana (nº 05549512.2.00000053) y los departamentos municipales de salud.

Resultados:

Los escenarios analizados muestran que las redes están formadas por imperativo de su trabajo, entre las personas que conforman el equipo de salud en USF. Sin embargo, el modelo de atención se centra en algunos

procedimientos, un único problema presentado por el usuario. Sin embargo, produciendo conexiones entre sus propios trabajadores para buscar una atención más integral. En otras palabras, todos los empleados producen redes que pueden ser formales o informales. El flujo de atención se produce inicialmente en la recepción organizada para los usuarios inscritos en las unidades, a través del nombre de familia y obedeciendo el orden de llegada^{6,7}. Las prioridades se dirigen a urgencia y emergencia y programática atención a grupos específicos como niños, personas con presión arterial alta, mujeres embarazadas, entre otros.

Conclusiones:

Las redes de atención han mejorado con la implementación del ESF. Sin embargo, el carácter sigue siendo fragmentada y desarticulada dentro del sistema de salud pública. En un escenario la situación es independiente de la ubicación geográfica de la unidad, la demanda por parte del usuario, el carácter del servicio urgente o no, así como la insuficiente provisión de consulta médica especializada o exámenes adicionales. En el escenario dos depende de cómo los trabajadores de atención conectan en la red para responder a las demandas de urgencia y especialidades médicas. En ambos casos los trabajadores y directivos discuten la importancia de volver al paciente a una unidad de salud familiar para asegurar el servicio en la red, de la "puerta" del sistema de salud.

* Los datos empíricos de este trabajo están parte del proyecto multicéntrico aprobado en convocatoria pública: Edital Universal del CNPq 2011, proceso n. 483297/2011-9: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA EN DOS ESCENARIOS DE BAHÍA, BRASIL. Coordinación: Marluce Maria Araújo Assis.

** Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Referencias:

- 1) Deleuze G, Guatarri F. Mil Platos: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 1995, v.1.
- 2) Barembliit G. Introdução à esquizoanálise. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guatarri, 1998.
- 3) Franco TB. As redes na micropolítica dos processos de trabalho. In: Pinheiro R, Matos RA. "Gestão em redes". Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p.123-165.
- 4) Santos BS. Introdução a uma ciência pós-moderna. 6 ed. Porto: Afrontamento, 1989.
- 5) Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 6) Pinheiro, R, Mattos RA. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- 7) Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? Texto contexto - enferm, 23(4):1077-86.