

Samedi, 31 août

Horaire : 09:00 – 10 :30

Session spéciale 3 – Salle 1

Thème : Cinq ans de tarification à l'activité, ça suffit 1 (1^{ère} partie)

Atelier organisé par: Bernard Odier, Policlinique de l'ASM, Paris

Les effets déstructurants de la T2a. Quelques pistes pour en sortir.

André Grimaldi, France

Les dés pipés de la concurrence clinique privée/hôpital public.

Bernard Granger, France

Comment la T2a liquiderait la psychiatrie de secteur.

Bernard Odier, France

La T2a, les stratégies d'établissements, et la segmentation des filières en Soins de Suite et de Réadaptation.

Jean-Claude Devailly, France

SESSION 31 – Salle 2

Thème : Utilização da evidência nas políticas de recursos humanos da saúde

Session organisé par : Isabel Craveiro et Gilles Dussault, Portugal

Evidências para a gestão de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro.

Celia Regina Pierantoni¹, Tania França, Carinne Magnago, Swheelen de Paula Vieira, Dayane Nunes Nascimento, Rômulo Gonçalves de Miranda, Portugal

RESUMO

Objetivou-se avaliar a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde do Brasil. Estudo avaliativo de natureza quantitativa e qualitativa. Observaram-se avanços para as ações de garantia de seguridade social comparadas às políticas de planos de cargos, carreira e salários e mesas de negociação coletiva. Não se constatou avanço em relação à autonomia financeira e orçamentária da gestão de recursos humanos em saúde.

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el alcance de las políticas sectoriales de gestión del trabajo y de educación en salud en las secretarías estatales y municipales de salud en Brasil. Estudio evaluativo de carácter cuantitativo y cualitativo. Avances fueron observados en las acciones de garantía de seguridad social frente a las políticas de los planes de cargos, carreras y salarios y mesas de negociación colectiva. No hubo mejora en la autonomía financiera y presupuestaria de la gestión de los recursos humanos en salud.

Utilização da evidência nas políticas: revisão conceitual de seus determinantes

Ana Paula Cavalcante de Oliveira¹; Gilles Dussault; Mario Roberto Dal Poz, Portugal

RESUMO

A não utilização de evidência na formulação de política de recursos humanos em saúde pode contribuir ao desequilíbrio na composição, distribuição e utilização da força de trabalho o que leva a consequências como o comprometimento do acesso aos cuidados de saúde. Foi realizada uma revisão da literatura com objetivo de analisar os determinantes da formulação de políticas em saúde informadas por evidências. Entre os determinantes, encontram-se os pontos de vista da problemática,

características do estudo (linguagem, qualidade), percepção do tempo, atitudes em relação a produção e utilização da evidência, interação entre os pesquisadores e o formuladores, entre outros.

RESUMEN

La no utilización de la evidencia en la formulación de políticas de recursos humanos en salud puede contribuir al desequilibrio en la composición, distribución y uso del personal o que conduce a consecuencias como problemas de acceso a servicios de salud. Se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de analizar los determinantes de la formulación de políticas de salud informada por la evidencia. Entre los determinantes son el punto de vista del problema, características del estudio (lenguaje, calidad), percepción del tiempo, actitudes hacia la producción y el uso de la evidencia, interacción entre los investigadores y los formuladores, políticos, entre otros.

Utilização de conhecimento sobre desigualdades em saúde na formulação de políticas de RHS – o exemplo de Portugal e Brasil.

Isabel Craveiro¹; Virginia Alonso Hortale; Ana Paula Cavalcante de Oliveira; Gilles Dussault, Portugal

RESUMO

O nosso principal objectivo foi analisar a evolução da produção de conhecimento sobre desigualdades em saúde e investigar a relação entre o conhecimento produzido e a sua utilização na formulação de políticas de formação de médicos, enfermeiros e dentistas e no estabelecimento de estratégias e prioridades de acção em Portugal e no Brasil, numa área considerada prioritária. Analisando comparativamente a realidade portuguesa com a evolução verificada no Brasil. A Revisão Sistemática da Literatura foi efectuada por três examinadores independentes. Foram incluídos 53 documentos num total de 1652 referências. A nossa revisão identificou que, por um lado, apesar do aumento da produção científica no período estudado, ainda existem muitas lacunas. E, por outro, o processo de produção de conhecimento e a sua relação com a tomada de decisão ainda são processos separados em ambos os países.

RESUMEN

Nuestro principal objetivo ha sido analizar la evolución de la producción de conocimiento sobre las desigualdades en salud e investigar la relación entre el conocimiento producido y su uso en la formación de médicos, enfermeras y dentistas y el establecimiento de las estrategias y las prioridades de actuación en Portugal y Brasil, un área considerada una prioridad. A través de un análisis comparativo de la realidad portuguesa con la evolución de Brasil. Una revisión sistemática de la literatura fue realizada por tres observadores independientes. Se incluyeron un total de 53 documentos de 1.652 referencias. Esta revisión identificó que, por una parte, a pesar del aumento de la producción científica en el periodo estudiado, todavía hay muchas lagunas. Y, en segundo lugar, el proceso de producción de conocimiento y su relación con la toma de decisiones siguen siendo procesos separados en ambos países.

SESSION 32 – Salle 3

Thème : Maladies chroniques : Soins coordonnés entre structures sanitaires 2

Acceso a un programa de condiciones crónicas en un Hospital del sector público: enfoque territorial e intersubjetivo.

Diana Camargo, Letty Quintero; Cindy Palacios, Colombia

Los esfuerzos del gobierno para cumplir con las estrategias planteadas por la política pública para el envejecimiento y la vejez en Bogotá, Colombia, que tiene como propósito fundamental “promocionar un envejecimiento activo y transformar las condiciones de dependencia de las personas mayores para una vejez con dignidad en el Distrito Capital”, ha presentado dificultades en el acceso a de los programas que se ofrecen en las instituciones prestadores de servicios, lo que no ha permitido que se logre el objetivo principal de esta política el cual es, brindar una mejor calidad de vida a los adultos mayores y disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles que además de ser patologías de alto costo, puedan generar situaciones de discapacidad a quienes las presentan. Es importante tener en cuenta que cuando se habla de acceso nos referimos a los factores que influyen en la utilización efectiva de servicios de salud y a las características de la entrada y el uso de las mismas (SDS, 2012).

RESUMEN

Los esfuerzos del gobierno para cumplir con las estrategias planteadas por la política pública para el envejecimiento y la vejez en Bogotá, Colombia, que tiene como propósito fundamental “promocionar un envejecimiento activo y transformar las condiciones de dependencia de las personas mayores para una vejez con dignidad en el Distrito Capital”, ha presentado

dificultades en el acceso a de los programas que se ofrecen en las instituciones prestadores de servicios. **OBJETIVO:** Identificar las condiciones de acceso que tienen los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles a los programas de promoción y prevención, de un Hospital de la red pública en Bogotá. **METODOLOGIA:** Es un estudio mixto, descriptivo de corte transversal que utilizó instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos. Población Objeto: Personas Mayores con condiciones crónicas registradas en el sistema de Información de un hospital de la red pública. Muestra y Muestreo: Considerando que se contó con una población de aproximadamente 3356 personas mayores con condiciones crónicas, se determinó la selección de una muestra representativa que corresponde a 155, con un intervalo de confianza del 95% y un error admisible de 0,05. **RESULTADOS:** Se evidenció dificultades en el proceso de seguimiento de los usuarios debido a que el sistema de información se encuentra desactualizado y los campos de registro no son diligenciados adecuadamente; Igualmente los pacientes no son remitidos a los talleres de promoción y prevención, por desconocimiento de los profesionales, lo cual genera inasistencia y poca adherencia. El protocolo de ingreso al programa no es claro, por lo que no todos los usuarios conocen los procedimientos. Por otro lado acciones desarrolladas desde salud pública, no están articuladas con la consulta al médico, lo cual afecta la integralidad y el manejo de las condiciones crónicas. **CONCLUSIONES:** El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la alta demanda de los servicios de salud generan un reto para los sistemas de salud, los cuales han comenzado a reorientar de los servicios, considerando primordiales las acciones promocionales y preventivas- Sin embargo los cambios dados en los sistemas como consecuencia de la necesidad de sistemas eficientes y auto sostenibles, así como por las condiciones socio-demográficas de las poblaciones, ha generado condiciones que afectan el acceso a los servicios.

RÉSUMÉ

Les efforts du gouvernement pour se conformer aux stratégies proposées pour la politique publique de vieillissement et la vieillesse à Bogota, en Colombie, dont l'objectif fondamental "pour promouvoir le vieillissement actif et de transformer les conditions de dépendance des personnes âgées à la vieillesse avec dignité District Capital ", a présenté des difficultés dans l'accès aux programmes offerts dans les fournisseurs de services des institutions. Pour identifier les conditions d'accès que les personnes âgées atteintes de maladies chroniques non transmissibles à la promotion de la santé et des programmes de prévention, d'un hôpital du réseau public à Bogota. Méthodologie: L'étude est mixte, instruments de collecte descriptives transversales ont utilisé des données qualitatives et quantitatives. Population cible: personnes âgées souffrant de maladies chroniques enregistrées dans le système d'information d'un hôpital du réseau public. Échantillon et échantillonnage: alors qu'il avait une population d'environ 3356 personnes âgées souffrant de maladies chroniques, nous avons déterminé la sélection d'un échantillon représentatif correspondant à 155, avec un intervalle de confiance de 95% et une erreur admissible de 0,05. **RÉSULTATS:** Nous avons montré des difficultés dans le processus de suivi des utilisateurs, car le système d'information n'est pas à jour et les champs d'enregistrement ne sont pas remplis correctement, les patients sont également appelés à la promotion et des ateliers de prévention, par manque de professionnels, ce qui engendre l'absentéisme et la mauvaise adhérence. Le protocole d'entrée du programme n'est pas claire, donc pas tous les utilisateurs connaissent les procédures. D'autre part développé des actions de santé publique ne sont pas coordonnées avec consultation médicale, ce qui affecte l'intégrité et de la gestion des maladies chroniques. **CONCLUSIONS:** L'augmentation des maladies chroniques non transmissibles et la forte demande pour les services de santé générer un défi pour les systèmes de santé, qui ont commencé à réorienter les services, en tenant compte des actions de prévention primaire et de promotion des changements »Pourtant, donnée dans les systèmes en raison de la nécessité de systèmes efficaces et auto-durable, ainsi que les caractéristiques socio-démographiques des populations, a créé des conditions qui affectent l'accès aux services.

Dimensões do Acesso e o Acolhimento aos usuários de um Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS na Bahia.

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Maria Angela Alves do Nascimento et Gesília Paiva Lopes, Brasil

O acesso aos serviços de saúde, especificamente aos Centros de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS, é um direito do cidadão garantido por lei. Assim, acesso e acolhimento são importantes para a resolubilidade da assistência prestada a esta população. Este estudo objetivou caracterizar o acolhimento e as formas de acesso (geográfico econômico e comunicacional) dos usuários de um Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS de um município baiano. Estudo qualitativo que empregou como técnica de coleta de dados entrevista semi-estruturada e observação sistemática com participação de usuários e trabalhadores. Os usuários apontaram dificuldades de acesso geográfico devido à localização da unidade, sendo o fator econômico limitante. O acolhimento foi considerado facilitador do acesso ao serviço, porém este apresentou capacidade limitada de adequação às especificidades dos usuários. Os achados apontam limitações na operacionalização do acesso universal; e reforça a necessidade de reflexão dos trabalhadores sobre o fazer saúde nesse micro espaço repleto de peculiaridades.

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde, especificamente aos Centros de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS, é um direito do cidadão garantido por lei. Assim, acesso e acolhimento são importantes para a resolubilidade da assistência prestada a

esta população. Este estudo objetivou caracterizar o acolhimento e as formas de acesso (geográfico econômico e comunicacional) dos usuários de um Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS de um município baiano. Estudo qualitativo que empregou como técnica de coleta de dados entrevista semi-estruturada e observação sistemática com participação de usuários e trabalhadores. Os usuários apontaram dificuldades de acesso geográfico devido à localização da unidade, sendo o fator econômico limitante. O acolhimento foi considerado facilitador do acesso ao serviço, porém este apresentou capacidade limitada de adequação às especificidades dos usuários. Os achados apontam limitações na operacionalização do acesso universal; e reforça a necessidade de reflexão dos trabalhadores sobre o fazer saúde nesse micro espaço repleto de peculiaridades.

RESUMEN

El acceso a los servicios de salud, específicamente a los Centros de Referencia Municipal en SIDA, es un derecho del ciudadano garantizado por ley. Así, acceso y acogimiento son importantes para la resolubilidad de la asistencia prestada a esta población. Este estudio objetivó caracterizar el acogimiento y las formas de acceso (geográfico económico y comunicacional) de los usuarios de un Centro de Referencia Municipal en SIDA / HIV de un municipio en Bahía. Estudio cualitativo que empleó como técnica de colecta de datos encuesta semiestructurada y observación sistemática con participación de usuarios y trabajadores. Los usuarios apuntaron dificultades de acceso geográfico debido a la localización de la unidad, siendo el factor económico limitante. El acogimiento fue considerado facilitador del acceso al servicio, sin embargo este presentó capacidad limitada de adecuación a las especificidades de los usuarios. Los encontrados apuntan limitaciones en la ejecución del acceso universal; y refuerza la necesidad de reflejo de los trabajadores sobre el hacer salud en ese micro espacio repleto de peculiaridades.

Necesidades y desafíos del cuidado coordinado hospital-hogar a los enfermos renales. La perspectiva de las enfermeras de una Unidad de hemodiálisis en San Luis Potosí México.

Luz María Tejada Tayabas, Karla Lizbeth Partida Ponce, Luis Eduardo Hernández Ibarra et Ma. Carmen Flores Gómez, México

En la actualidad la enfermedad renal (ER) constituye una de las principales causas de muerte en el mundo industrializado, afectando entre seis y 12% de la población, y su prevalencia aumenta cada año, aunque actualmente los tratamientos sustitutos o de reemplazo de la función renal como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis (HD) han alcanzado notables progresos. Este último tratamiento implica procesos complejos de cuidado dentro del sistema de atención médica y en el hogar del enfermo. Las personas con ER en tratamiento de hemodiálisis (HD) se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, que determinan su estilo de vida Tanto la ER como el tratamiento con HD generan cambios en sus roles, pérdidas de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, modificaciones en su imagen corporal y alteraciones emocionales. El deterioro del enfermo ocurre rápidamente haciéndole dependiente, por lo que se ve sometido a cambios amenazadores, a efectos adversos del tratamiento, angustia, y una serie de procedimientos de atención que ameritan un cuidado exhaustivo tanto en el hospital como en el hogar del enfermo. Todo ello se suma al afrontamiento de la muerte inminente por considerar el tratamiento como paliativo.

El personal de enfermería juega un papel muy importante en la atención de las personas que son ingresadas en el hospital por este padecimiento, tiene un contacto más estrecho y continuo con el paciente, y recae sobre estos profesionales la mayor responsabilidad del cuidado de este, por la capacidad técnica especializada que se requiere para la terapia de HD, y por la necesidad de mantener una estrecha educación al paciente y su(s) cuidador (res) para el seguimiento continuo de la terapéutica en el hogar. La enfermera se constituye entonces en el eje que aglutina el conjunto de acciones que incluye la atención integral al enfermo renal en hemodiálisis.

Objetivo : Evaluar desde la perspectiva de las enfermeras la atención que se brinda a los enfermos renales en hemodiálisis en una institución de seguridad social y su vinculación con el cuidado continuo en el hogar.

Material y Métodos: Se llevó a cabo una evaluación cualitativa con enfoque etnográfico en la Unidad de Hemodiálisis (UHD) de una clínica de la seguridad social en San Luis Potosí México, de octubre de 2012 a marzo de 2013. Para la recolecta de información se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal de enfermería que labora en la UHD. Participaron en el estudio siete enfermeras y dos enfermeros nueve de los 15 profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad en los tres diferentes turnos. Se realizó una entrevista por participante para lo cual se empleó una guía de preguntas, la cual se llevó a cabo dentro del hospital. También se empleó la observación no participante y se aplicó los participantes en el estudio un cuestionario para obtener datos personales y de las actividades que desempeñan. Se efectuó Análisis de Contenido Estructurado.

Resultados : Para las enfermeras de la unidad de hemodiálisis (UHD) la atención a los enfermos renales constituye un desafío por varias razones: a) por la complejidad de la enfermedad y la manera en que la asumen el enfermo y su familia. Las diversas afecciones físicas y emocionales y el deterioro paulatino del enfermo ameritan una atención integral y multidisciplinaria que no se ofrece en el sistema de atención médica; b) porque la responsabilidad de la atención a estos enfermos dentro del hospital recae sobre el personal de enfermería, otros profesionales (nefrólogo, médico internista

nutriólogo, químico, psicólogo, fisioterapeutas y personal de trabajo social) se involucran poco en el terapéutica continua de estos enfermos; c) por las alteraciones emocionales que presentan con frecuencia estos enfermos, lo que amerita brindarles un trato interpersonal que les apoye y les estimule a continuar con el tratamiento; d) estos enfermos requieren de un cuidado especial en el hogar a fin de que se garantice el apego a la terapéutica farmacológica y nutricional además del cuidado al acceso vascular entre otras acciones específicas de su cuidado.

Las enfermeras participantes de este estudio refieren algunas dificultades para otorgar sus cuidados dentro de la sala de hemodiálisis debido a la falta de cuidado de los enfermos en el hogar, el hecho de que los enfermos no sigan la dieta dificulta el procedimiento de HD, así mismo es común que los enfermos lleguen en malas condiciones de higiene e incluso con el acceso vascular para la conexión a la máquina de HD disfuncional (obstruido) y en ciertas ocasiones con signos de infección. Una buena cantidad de enfermos acuden al tratamiento solos, y resulta difícil que el personal de enfermería tenga contacto directo con los familiares.

Las experiencias que narra el personal de enfermería participante de este estudio muestran una falta de continuidad y seguimiento en el hogar de los cuidados que recibe el enfermo en el hospital. Las razones de esta falta de un cuidado coordinado en el hospital y el hogar del enfermo parecen asociarse a la falta de una estrategia sistemática que involucre a un equipo multidisciplinario para brindar atención integral al enfermo dentro del hospital considerando la participación activa de los familiares o cuidadores informales de estos enfermos. Las y los enfermeros (as) involucrados en este estudio expresan que no existe una estrategia para involucrar a los familiares en el cuidado del enfermo renal, solo se les brinda orientación general, se les compromete a trasladar al enfermo al hospital dos o tres veces a la semana para recibir sus sesiones de HD. No obstante resaltan la relevancia que tiene establecer un trabajo coordinado entre los profesionales de la salud y los (las) cuidadores (as) para mantener el apego al tratamiento del enfermo en el hogar y para brindar apoyo tanto a los enfermos como a sus familiares.

Temas a discutir: Alternativas para una atención integral al enfermo renal combinando la acciones en el hospital y el hogar.

Limitantes y barreras para la atención integral coordinada.

SESSION 33 – Salle 4

Thème : Politiques de santé 3 : coordination entre pays

El proceso de cuidado en la atención primaria de salud e interfaces con las políticas especiales: análisis de municipios de Bahía, Brasil.

Marluce Maria Araújo Assis, Washington Luiz Abreu de Jesus, Maria Ângela Alves do Nascimento et Erenilde Marques Cerqueira, Brasil

Introducción: El proceso de cuidado en la Atención Primaria en Salud (APS) busca la articulación entre las diferentes prácticas de equipo con los usuarios de los servicios, las familias y las comunidades para el Desarrollo de acciones de promoción, prevención, cura y rehabilitación. El proceso de cuidado es integral e integrador. Va para delante de la dimensión racional y asistencialista para valorizar prácticas relacionales y subjetivas. Presenta la capacidad de cambiar los vínculos con los usuarios y familias por medio del intercambio y de la reciprocidad de conocimientos, actitudes y prácticas que se presentan de modo dinámico y procesual para resolver los problemas de salud de la población. Las políticas especiales son las políticas de salud, diseñadas para resolver a determinados problemas de diferentes grupos sociales con diferentes enfermedades, tales como diabetes, hipertensión, o grupos tales como niños, jóvenes y otros.

Objetivo: discutir el proceso de cuidado en la APS y las interfaces con las políticas especiales en dos municipios de Bahía, Brasil.

Método: estudio cualitativo, teniendo como técnicas de recolección de datos, entrevistas semi-estructuradas y observación sistemática del proceso de cuidado. Los espacios empíricos de la investigación fueran 11 unidades de salud de la familia (USF) con equipos de salud completos, incluso con salud oral y que están funcionando desde hace más de un año en los dos municipios del estudio. Los sujetos del estudio fueran definidos por inclusión progresiva hasta la saturación, totalizando 102 entrevistados de tres grupos: trabajadores (49), usuarios (37) y dirigentes (16). La recolección de datos fue realizada en el período de junio a septiembre de 2012. Los aspectos éticos fueran determinados de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud para las investigaciones con seres humanos, teniendo sido aprobada por el Comité de Ética de la Investigación la Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahía, Brasil. Se analizaron los datos por medio del análisis de contenido temático.

Resultados y discusión: Las entrevistas revelan que APS tiene como locus de intervención la Estratégica de Salud de la Familia por medio de una práctica pautaada por la lógica de las políticas especiales, que son definidas por el nivel central (Ministerio de la Salud Publica) y traducidas en acciones programáticas para determinados grupos sociales. Desde el punto de vista práctico, este modelo provee el establecimiento de recortes poblacionales normativos para las acciones, sin tener

en cuenta las características específicas de las poblaciones, de sus territorios y de las condiciones reales de la vida. Sin embargo, este modelo no es suficiente para provocar cambios sustanciales esperados, o responder a las preocupaciones de la población, a pesar de ofrecer respuestas rápidas a algunas enfermedades específicas que requieren servicios, en el régimen de queja y conducta, porque la atención se ve poco a poco y sin el establecimiento de vínculos entre las prácticas, tecnologías y niveles de servicios. En las observaciones, se evidencia que la organización del proceso de cuidado en la USF, tanto en relación con la consulta de enfermería como médico, se da a través de grupos específicos, tales como la planificación familiar, prenatal, hipertensión / diabetes, pediatría y grupos de adolescentes, con poca atención a la salud de los hombres. Superar la fragmentación pasa por la interdisciplinariedad que los equipos multidisciplinarios deben presentar. Sin embargo, este proceso ha estado ocurriendo tímidamente dentro de los equipos de salud. Por un lado, hay profesionales que interactúan de forma dinámica en un equipo, hay quienes se alienan en sus prácticas, lo que ha sido especialmente notable en el trabajo médico. Por lo tanto, el proceso de cuidado, que debe ser el centro de todas las actividades de salud, impone para que el acto de profesiones tecnológicas va más allá del núcleo de las intervenciones, sumándose a otros y que puedan establecer porosidades entre los profesionales y los usuarios, lo que permite pisar otras áreas del conocimiento y práctica, que operan a través de tecnologías relacionales, superando la acción programática tradicional para establecer interfaz con las políticas de salud pública. El campo de las relaciones, a través de relaciones de intercesión dirigidas por el acto de la recepción, el vínculo y la rendición de cuentas como dispositivos de cambio, sería el escenario crucial para que el proceso de la atención vaya a mejorar el estado de salud de los usuarios.

Consideraciones finales: estos dispositivos pueden ser interpretados como "bookies" de cambio, capaz de conducir al desarrollo de un cuidado integrador, responsable y decidida, que se reunirá a las demandas presentadas por los usuarios. En este sentido, se puede superar la atención fragmentada y establecerá contactos con las políticas que en realidad tratan de satisfacer las necesidades de aquellos que buscan servicios de salud.

El proceso del plan de alta: ¿Promueve la transición del cuidado del enfermo crónico del hospital al hogar?

Juana Castro Ramírez, Josefa Valdez Mata, Blanca Flor Moreno Gutiérrez, Adriana Urbina Aguilar et Elsa Alvarado Gallegos, México

Contexto y descripción del problema: Hoy México enfrenta una compleja agenda de salud pública, al enfrentar desafíos que conlleva la carga de la enfermedad crónica principalmente con problemas como el cáncer, obesidad, cardiopatías y diabetes. El perfil epidemiológico que caracteriza a nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, el acceso a los servicios de salud, las estrategias para resolverlas así como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos.

La profesión de enfermería está presente en esos ámbitos, de tal manera que su participación en el proceso de transición del cuidado de estos enfermos en condición de cronicidad y/o dependencia cuando egresan del hospital al hogar, resulta imprescindible en apoyo a la calidad de vida de estos enfermos y sus familias. El plan de alta constituye una práctica del sistema de cuidado institucional fundamental en el proceso de transición de enfermos crónicos, del cuidado del hospital al hogar.

Todas las instituciones de seguridad social contemplan una normativa para la aplicación del plan de alta como una estrategia prioritaria tendiente a mejorar la calidad de la atención de enfermería que se brinda, sin embargo, en éstas aplicaciones la intervención de enfermería, del personal multidisciplinario, del familiar responsable, no ha sido considerada en profundidad.

Objetivo : Describir la forma en la que se lleva a cabo el proceso del plan de alta y su importancia en la continuidad del cuidado de personas con enfermedad crónica del hospital al hogar, desde la perspectiva del profesional de enfermería.

Material y métodos: Se realizó una investigación de tipo cualitativo, en una unidad médica de un Hospital de segundo nivel en la ciudad de San Luis Potosí, México.

Los participantes en el estudio fueron 34 integrantes del equipo de enfermería, a nivel directivo y operativo. La selección de los informantes fue a través de muestreo propositivo y la recolección de datos se realizó a través de observación no participante y grupos focales. Se efectuó análisis de contenido de tipo temático. Se respetaron los lineamientos éticos basados en el consentimiento informado. El protocolo fue revisado y dictaminado ante el Comité de Ética e Investigación de la institución en la que se realizó el estudio.

Resultados y discusión: Como parte de los resultados de este estudio se resaltan tres temas principales:

Importancia y objetivos del plan de alta.

El personal de enfermería considera al plan de alta como una continuidad de los cuidados en el hogar, consideran que su objetivo es reintegrar al paciente al núcleo familiar en el menor tiempo y en las mejores condiciones posibles, así como favorecer la salud del paciente, evitar complicaciones, prevenir reingresos y estancias hospitalarias. Señalan que se

favorece la pronta recuperación del paciente aunado que con el plan de alta se promueve una cultura de colaboración entre el paciente, familiar y enfermera.

Formas en que se implementa el PA.

Existe un consenso en el personal de enfermería, respecto a que el plan de alta se implementa como una actividad aislada, no sistemática, se basa principalmente en los aspectos administrativos. Coinciden en que lo anterior es consecuencia de una sobrecarga de trabajo y, por ello, no es posible proporcionar un plan de alta adecuado.

Contexto: condiciones en que se proporciona el PA.

La forma en la que se realiza el plan de alta al enfermo crónico tiene una relación estrecha con las condiciones de los servicios y su organización. Un factor importante es la sobrecarga de trabajo que caracteriza a estos servicios en los que se hospitaliza a los enfermos crónicos. El que los pacientes presenten abandono por parte de los familiares, el hecho de que no cuenten con familiar acompañante, incluido el poco o nulo compromiso del familiar para los cuidados del paciente.

Conclusión: Mediante este estudio se logró caracterizar el plan de alta identificando el cómo se concibe, cómo se implementa, sus limitantes y líneas de mejora. Existe una discordancia entre lo que plantea la normativa institucional y la manera en que se

implementa. Con relación a otros estudios aun cuando se reconoce la importancia del Plan de alta para garantizar la continuidad de cuidados en el hogar, en la práctica no se implementa de manera sistemática y orientada a tal fin. Desde la perspectiva del personal de enfermería el plan de alta se centra en dar indicaciones y transmitir información. Se identifican perspectivas diferentes donde el plan de alta se da como una actividad aislada y asistemática frente a otra que pretende ser sistemática y centrada en las necesidades del enfermo crónico y su familia en el proceso de transición del cuidado del hospital al hogar. Se destaca por parte del personal de enfermería su importancia y objetivos en el marco de los sistemas de cuidado y estrategias específicas para hacer frente a la problemática que hoy en día vive el enfermo crónico y su familia por un lado, y por otro, la problemática de los servicios de salud para hacer frente a los desafíos de atención que ello implica.

Planejamento de saúde em Tucumán-Argentina: relato de experiência no marco de uma cooperação técnica entre países.

Washington Luiz Abreu de Jesus et Teresa Madariaga, Brasil et Argentina

RESUMEN

La planificación ha sido rescatada en las instituciones de gestión en América Latina para construir sistemas de salud pública. En los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estado utilizando la estrategia de la Cooperación Técnica entre Países (TCC) para fomentar el intercambio, la consolidación de estos procesos y el fortalecimiento de las capacidades de gestión de las contrapartes involucradas. Este trabajo tiene como objetivo describir la experiencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) en la provincia de Tucumán, Argentina, en la organización de la planificación local en el período 2008-2009. Tenía la experiencia anterior del equipo local, los aportes de las experiencias de países como Chile y España, la existencia del documento Salud al Bicentenario, y como estrategia para apoyar CTP entre la OPS, MSP y la Secretaría de Salud del Estado de Bahía - Brasil (SESAB) con el intercambio de experiencias y el proceso de aprendizaje mutuo. Hemos adoptado un marco teórico enfoque situacional estratégico, concebido como un proceso de construcción colectiva y contribuyó a la idea de la producción social de la salud y la co-gestión de colectivos, teniendo en cuenta también el sello de aprendizaje institucional. Para sistematizar este informe, se analizaron documentos técnicos producidos en la CTP disponibles en las instituciones involucradas, así como los registros de cooperación hechas por los autores y documentos analíticos de cooperación técnica de la OPS/Brasil. Los resultados son los siguientes: a) elaboración del mapa de estrategia como un resumen del documento de las políticas de salud de Tucumán; b) un análisis más detallado de los procedimientos administrativos para la construcción de las prioridades ministeriales; c) la construcción de una agenda estratégica con los diseños de gobierno para el período de cuatro años; d) preparación de compromisos de gestión por cada departamento; e) el desarrollo de planes operativos anuales para el área operativa; f) la integración progresiva de las definiciones estratégicas para un proyecto de ley de presupuesto; g) el establecimiento de un proceso de rendición de cuentas trimestrales; h) construcción de instrumentos de seguimiento y evaluación de la gestión. Todo este proceso se ha desarrollado bajo la coordinación de la Dirección General de Planificación Sanitaria y culminó con una capacitación de los gestores del Sistema Provincial de Salud y la formación de un grupo de trabajo para la gestión compartida de los procesos de planificación en la institución llamado "Planifiquemos". Los retos a los que se impuso el proceso fueran de mantener, evaluar, reorientar y fortalecer los incipientes procesos de planificación, construyendo nuevas visiones para el futuro, a pesar de las coyunturas políticas se organizan. La planificación es un medio para construir, de manera integrada e integradora transformación de la realidad, considerando esto como un punto de partida para ello.

RESUMO

O planejamento vem sendo resgatado nas instituições gestoras da América Latina para construção de sistemas públicos de saúde. Nos últimos anos a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vem utilizando a estratégia da Cooperação Técnica entre Países (CTP) para favorecer o intercâmbio e a consolidação desses processos, fortalecendo as capacidades de gestão das contrapartes envolvidas. Este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência do Ministério da Saúde Pública (MSP) da província de Tucumán-Argentina na organização do sistema local de planejamento no período 2008-2009. Teve

como precedente a vivência da equipe local, os aportes das experiências de países como Chile e Espanha, a existência do documento Salud al Bicentenario; e como estratégia de apoio a CTP entre OPAS, MSP e Secretaria da Saúde da Bahia – Brasil (SESAB), com o intercâmbio de experiências e mútuo processo de aprendizagem. Adotou-se o enfoque estratégico-situacional como marco teórico, concebido como um processo de construção coletiva e aportado pela ideia da produção social em saúde e da co-gestão de coletivos, considerando-se também o marco da aprendizagem institucional. Para sistematizar esse relato, foram analisados documentos técnicos produzidos no marco da CTP, disponíveis nas instituições envolvidas, além de registros da cooperação realizados pelos seus autores e documentos analíticos de cooperação técnica da OPAS/Brasil. Como resultados destacam-se: a) elaboração do mapa estratégico como documento síntese das políticas sanitárias de Tucumán; b) aprofundamento da análise dos processos administrativos para a construção de prioridades ministeriais; c) construção de uma agenda estratégica com os delineamentos de governo para o período de quatro anos; d) elaboração de compromissos de gestão por dependência; e) desenvolvimento dos planos operativos anuais por área operativa; f) integração progressiva das definições estratégicas à uma proposta de lei orçamentária; g) estabelecimento de um processo de prestação de contas trimestral; h) construção de instrumentos de monitoramento e avaliação da gestão. Todo esse processo se desenvolveu sob a coordenação da Diretoria Geral de Planejamento em Saúde e culminou numa capacitação dos gestores do Sistema Provincial de Saúde e com a formação de um grupo de trabalho para a gestão compartilhada dos processos de planejamento na instituição, denominado “Planifiquemos”. Os desafios que o processo impôs foram o de sustentar, avaliar, reorientar e fortalecer os processos incipientes de planejamento, construindo novos olhares para o futuro, a despeito das conjunturas políticas que se organizem. Planejar é, portanto, um meio de construir, de modo integrado e integrador, a transformação da realidade, considerando o presente como ponto de partida para isso.

Política pública para transplantes de órgãos e tecidos: estudo comparativo entre Brasil e Uruguai.

Vera Maria Ribeiro Nogueira, Gilmara Andersson Timm et Carla Gabriela Cavini Bontempo, Brasil

Este trabalho tem como objetivo apresentar os resultados de pesquisa comparativa sobre a política pública de transplantes de órgãos e tecidos, realizada no Brasil e Uruguai. O que motivou estudar este tema foi a marcante diferença quanto aos resultados obtidos pelos dois países na captação de órgãos e tecidos, sendo evidentes os resultados altamente positivos obtidos pelo Uruguai em relação ao Brasil. O transplante de órgãos e tecidos é considerado como um dos mais importantes avanços médicos deste século, exercendo uma atração na imprensa e na opinião pública maior do que outras tecnologias ou formas terapêuticas. Uma possível explicação para este fato é que o processo doação-transplante, além dos aspectos técnicos, tem implicações éticas, morais e legais. Nessa política de saúde o agente principal é o Estado, tanto no âmbito das definições legais que regem a questão, como também na regulação e controle das instituições hospitalares para o cumprimento da legislação atinente ao tema. Enquanto uma política pública entende-se que as condições históricas, econômicas, sociais e culturais determinam que países limítrofes, de um mesmo continente, apresentem índices muito diferenciados em relação à doação e transplantes. O suposto que norteou a pesquisa foi a regulação existente sobre o tema e foram escolhidos para análise os dois países. O Brasil, que possui, segundo estudiosos do tema, uma das maiores políticas públicas de doação e transplantes do mundo, com uma Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos em quase todos os estados, além do Distrito Federal, todas ligadas ao Ministério da Saúde, formando o Sistema Nacional de Transplantes; e o Uruguai, por possuir índices muito superiores de captação de órgãos que no Brasil. À época do estudo, realizado em 2011, os dados reportavam a existência de 7,2 doadores por milhão de habitantes no Brasil e 19,1 no Uruguai. Quando se realiza uma comparação busca-se evidenciar aspectos que distinguem os elementos comparados, no intuito de se buscar alternativas para a solução em questão, qual seja o baixo índice de captação de órgãos e/ou tecidos do Brasil se comparado ao Uruguai. Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se a pesquisa documental, descritiva e comparativa tendo como base empírica a legislação a respeito das Políticas de Doação e Transplantes do Brasil e do Uruguai, buscando identificar suas semelhanças e diferenças. A coleta de dados se deu a partir das leis, decretos, portarias e resoluções em matéria de doação de órgãos e transplantes desses países. Os documentos que subsidiaram a análise foram de domínio público, publicados em sites oficiais dos governos desses países. Os dados sistematizados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, permitindo desvelar simetrias e assimetrias nas legislações do Brasil e do Uruguai e identificar aspectos limitadores do processo de Doação de Órgãos e Transplantes nesses países, mediante categorias pré-estabelecidas. Os resultados indicam que ambos os países utilizam o critério de morte como sendo o da Morte Encefálica (ME). No Brasil a doação de órgãos é consentida enquanto que no Uruguai é presumida. O diagnóstico de ME é mais sucinto no Uruguai do que no Brasil. No Brasil há maior facilidade de se doar um órgão em vida para um parente. Ambos os países dispensam a exigência de autorização judicial em se tratando de doação em vida para cônjuge e no Brasil se estende a dispensa para o companheiro, enquanto que a lei Uruguia é omissa nesse aspecto. No Brasil a entrevista familiar é parte fundamental no processo de doação. No Uruguai a entrevista familiar só irá ocorrer se o falecido não manifestar em vida o desejo ou não de doar. Em ambos os países há um controle social em relação à fila de espera por um órgão e tecido, e procuram atender assistencialmente o doador e receptor. Os dois países caracterizam os crimes em matéria de transplantes como crimes contra a vida, e ambos trazem em suas legislações tipos penais incriminadores em relação aos profissionais e instituições de saúde. Concluindo, parece ser fundamental para explicar a diferença no número de doadores brasileiros e uruguaios: no Brasil o modelo adotado é o do consentimento dos familiares ou do doador em vida; já no Uruguai, a doação de órgãos é presumida, ampliando assim o número de doadores potenciais. A contribuição esperada com os resultados é que possa ampliar o debate sobre o tema no Brasil e que os atores políticos envolvidos com a questão possam aproveitar as lições da experiência legislativa do Uruguai.

Liberté de circulation et soins de santé transfrontaliers en Europe.

Mónica De Angelis, Italia

Riassunto

In questo articolo si analizzano le norme della direttiva 2011/24/UE relativa all'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera e si mira a ragionare sui possibili effetti della loro implementazione. Le nuove norme – se opportunamente attuate – potrebbero, infatti, contribuire non solo ad una maggiore responsabilizzazione dei dirigenti del settore sanitario, ma anche a contrastare l'inefficienza delle strutture e il fenomeno delle liste di attesa, stimolando al contempo l'attivazione di sinergie fra i diversi attori del sistema deputati al miglioramento del servizio e al soddisfacimento dei bisogni di cura.

Résumé

Dans cet article, nous analysons les règles de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et l'objectif est de réfléchir sur les effets possibles de leur mise en œuvre. Les nouvelles règles - si elles sont appliquées de façon adéquate - pourraient, en effet, contribuer non seulement à accroître la responsabilisation des gestionnaires dans le secteur de la santé, mais aussi pour contrer l'inefficacité des structures et le phénomène des listes d'attente, tout en stimulant l'activation de synergies entre les différents acteurs du système de santé afin d'améliorer le service pour répondre aux besoins de soins.

SESSION 34 – Salle 5

Thème : Stratégies de prévention 3

Os grupos educativos na Estratégia da saúde da Família:

Cinira Magali Fortuna, Silvia Matumoto, Maria José Bistafa Pereira et Silvana Martins Mishima, Brasil

Objetivos da investigação: analisar os grupos educativos realizados e à partir da análise coletiva envolvendo todos os trabalhadores, aprimorar esses espaços buscando-se desenvolver a cidadania dos pacientes.

O contexto: Esse estudo articula-se a seguinte questão norteadora do Congresso da Associação latina para a análise de sistemas de saúde de 2013: Que formas de prevenção adotar, que tipo de educação, como tornar o paciente ator da sua saúde? Considera-se que a os grupos educativos constituem uma das formas de se realizar a educação em saúde para prevenção e controle de agravos como hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, entre outros. Esses são agravos que devem ser acompanhados na atenção primária à saúde. No Brasil a Estratégia Saúde da Família é o modo adotado para re-organizar a Atenção Primária em todo território nacional. É composta por equipe mínima formada por enfermeiro, médico generalista, dentista, dois auxiliares de enfermagem (ou técnicos), quatro a seis agentes comunitários de saúde, técnico de higiene dental e/ou atendente de consultório dentário. Essa equipe trabalha em um território definido com cerca de 800 famílias que precisa conhecer, acompanhar e intervir sobre a qualidade de vida das mesmas. Uma das formas de conhecer, acompanhar e intervir desenvolvida é a constituição de grupos educativos. Para a realização dessa modalidade de cuidado coletivo, é preciso que os profissionais avancem em conhecimentos estruturantes do processo grupal e de processos pedagógicos, além dos conhecimentos específicos sobre as doenças e os cuidados para prevenção das mesmas.

Caminho metodológico: Realizou-se uma pesquisa qualitativa com uma equipe de saúde da família e entrevistas com enfermeiros responsáveis pelas atividades educativas no distrito oeste da cidade de Ribeirão Preto. A pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo. Foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da EERP-USP, protocolo numero 251/2007. O material empírico constituiu-se da transcrição de vinte e seis encontros grupais ocorridos de janeiro a dezembro de 2009, desenvolvidos com profissionais e treze entrevistas com enfermeiros das equipes de saúde da família. Cada encontro durou cerca de noventa minutos horas e teve uma média de 15 participantes da equipe de saúde da família envolvendo todas as categorias profissionais

Resultados e discussão:

Os resultados apontaram para três tipos de atividades grupais: os grupos racionalizadores, os grupos informativos/prescritivos e grupos de convivência. Como grupos racionalizadores encontram-se aqueles de “resultados de exames” em que o profissional discute com os usuários seus valores obtidos em exames de colesterol, glicemia, papanicolau, etc e apresenta os valores de referencia aos usuários tomando como principal objetivo a redução de procura espontânea ao serviço de saúde e a racionalização das consultas médicas. Os grupos informativos/prescritivos trabalham temáticas como hipertensão, diabetes, re-educação alimentar, planejamento familiar, gestantes, entre outros. A principal oferta é de informações quanto aos agravos e quanto a sua prevenção. Neles são prescritas medidas que devem ser

adotadas pelos usuários. Objetivam controle de doenças e agravos, adesão de usuários ao tratamento, mudança de perfil sanitário, etc. São realizados com aulas expositivas, palestras e métodos de ensino bancários e passivos com a predominância do saber científico e refutação dos saberes dos usuários. Em geral seguem uma sequência pré-definida de temas a serem abordados. As dificuldades apontadas pelos enfermeiros nesses grupos são as faltas dos usuários o que as leva a introduzir “trocas” como oferta de enxovais nos grupos de gestante, prosseguimento do processo de planejamento familiar, no caso de indicação de laqueadura, somente mediante participação do casal no grupo, etc. Os dois tipos de grupos acima referidos não promovem a autonomia dos usuários para o próprio cuidado e não trabalham na perspectiva da produção de cidadania. Os grupos de convivência, tem por característica principal a troca afetiva e de experiência entre os participantes sobre suas dificuldades e formas de enfrentamento. Em geral a equipe e a enfermeira da ESF tem um papel horizontal ao dos participantes. Referem que sobre eles tem “pouco controle”. São criados com a intencionalidade de enfrentar problemas que tradicionalmente a equipe de saúde tem poucos saberes acumulados como a solidão, a depressão, a urbanização, a preservação de valores culturais, entre outros. Como exemplos desse tipo de grupo apontaram: grupo de qualidade de vida, de vivência, grupo de organização de festas, de artesanatos, etc.

Contribuições do estudo: A principal contribuição dessa investigação é apontar que os grupos educativos realizados tradicionalmente centrados nas patologias e em informações, pouco desenvolvem a autonomia e a cidadania dos pacientes.

La cultura física: una posibilidad de abordaje integral de las condiciones crónicas.

Diana Alexandra Camargo Rojas, Colombia

La cultura física es una categoría de análisis y estudio, que se ha relacionado con la actividad física y la educación física a lo largo del tiempo, retomando diferentes paradigmas de conocimiento; sin embargo el paradigma imperante ha sido el empirismo analítico, el cual reduce la mirada a los fenómenos medibles y observables del cuerpo y del movimiento, desde un enfoque biológico y biomédico, que a su vez busca corregir el cuerpo. No obstante frente a la presencia de la transición epidemiológica, en la cual se evidencia un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las demandas en los sistemas de salud y en los diferentes sectores, cambian y se orientan hacia la implementación de estrategias que no piensen únicamente en el sujeto y su patología, sino que además reconozcan la condición crónica, como un fenómeno multidimensional, que puede ser abordado desde la cultura física, como concepto que integra la cultura, el cuerpo y el movimiento de una perspectiva social.

RESUMEN

La cultura física es una categoría de análisis y estudio, que se ha relacionado con la actividad física y la educación física a lo largo del tiempo, retomando diferentes paradigmas de conocimiento. **Objetivo:** Identificar las concepciones y abordajes de la Cultura Física que se orientan a la promoción de la salud, la prevención y control de las condiciones crónicas, haciendo énfasis en estrategias que reconozcan los niveles de la determinación social. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática que permitió reconocer los conceptos y abordajes planteados alrededor de las categorías Cultura Física, teniendo como modelo de análisis la determinación Social. **Resultados:** La cultura física es un concepto relacionado con cuerpo, cultura y movimiento, sin embargo no se reconoce como motor de búsqueda en las bases de datos científicas, por el contrario se relaciona con términos de búsqueda como deporte, recreación y actividad física. No obstante para algunos países (México, Costa Rica, Cuba, Brasil) la cultura física es considerada como un conjunto de programas y acciones que se desarrollan desde las áreas de deporte, recreación y actividad física, la cual es considerada dentro de las políticas públicas y planes de gobierno. Desde otra perspectiva la Cultura Física ha sido entendida como un “conjunto de saberes, creencias, valores, leyes, reglas, hábitos, prácticas, usos, actitudes, esquemas perceptivos y representativos, sensibilidades, utensilios, aparatos, etc. adquiridos o construidos por el hombre que están directamente determinados por acciones corporales y que, a la vez, son determinantes del comportamiento corporal (de las actividades físicas); muy especialmente todo aquello que contribuye a configurar su cuerpo: su morfología física y su morfología simbólica o representativa” [25]. **Conclusión:** Se evidencia un campo de conocimiento amplio alrededor de la Cultura Física, que puede ser incluido en las políticas y programas orientados a la promoción de la salud, la prevención y control de las condiciones crónicas.

RÉSUMÉ

La culture physique est une catégorie d'analyse et d'étude, qui a été associée à l'activité physique et de l'éducation physique au fil du temps, le retour différents paradigmes de la connaissance. Objectif: identifier les concepts et les approches de la culture physique qui se concentrent sur la promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies chroniques, en mettant l'accent sur les stratégies qui tiennent compte des niveaux de détermination sociale. Méthodes: Nous avons effectué une revue systématique qui a reconnu les concepts et les méthodes proposées sur les catégories de la culture physique, en prenant comme modèle d'analyse de la détermination sociale. Résultats: culture physique est un concept lié au corps, la culture et le mouvement, mais pas reconnu comme moteur de recherche dans les bases de données scientifiques, d'autre part est liée à des termes de recherche tels que l'activité sportives, récréatives et physiques.

Mais pour certains pays (Mexique, Costa Rica, Cuba, Brésil) culture physique est considérée comme un ensemble de programmes et actions développés par les secteurs d'activité sportives, récréatives et physiques, ce qui est considéré au sein de la politique publique et les plans du gouvernement. Dans une autre perspective la culture physique a été défini comme un «ensemble de connaissances, les croyances, les valeurs, les lois, les règles, les habitudes, les pratiques, les habitudes, les attitudes, les modes de perception et de représentation, des sensibilités, des ustensiles, appareils électroménagers, etc. acquis ou construit par l'homme qui sont directement déterminée par les actions corporelles et, à leur tour, sont des facteurs déterminants du comportement de l'organisme (activité physique) en particulier tout ce qui contribue à façonner votre corps: leur forme physique et la morphologie symbolique ou son représentant »[25]. Conclusion: Nous avons trouvé un large champ de connaissances sur la culture physique, qui peut être inclus dans les politiques et programmes de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

A INICIATIVA DO PROJETO VER-SUS/Brasil: uma estratégia de educação permanente para o desenvolvimento e qualificação dos profissionais e trabalhadores para o SUS.

Mariana Bertol Leal, Alcindo Antônio Ferla, Ana Cristina Lima Pimentel, Andréia Burille, Bárbara Andres, Emmanuela Mendes Amorim, Brasil

O tema da formação de profissionais da saúde tem sido constante em fóruns que discutem a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ao mesmo tempo em que o SUS propõem uma nova lógica para os processos de cuidado ainda encontramos a universidade formulando e produzindo conhecimento que sustenta paradigmas teóricos e práticos, tecnicistas e cartesianos. Portanto, para avançarmos na qualificação do sistema de saúde, é necessária uma formação diferente capaz de qualificar os profissionais para um olhar e escuta ampliada ao processo saúde-doença e à qualidade de vida, bem como para desenvolverem novas práticas de atenção e gestão.

Nesse sentido, visando articular ensino-pesquisa-serviço-gestão, os estágios e vivência surgem como tecnologia leve na tentativa de suprir essas demandas, possibilitando aproximação dos estudantes com as realidades do SUS. Eles se caracterizam como importantes ferramentas que propiciam ao estudante um espaço diferenciado de aprendizagem, pois rompem com a lógica tecnicista e assistencialista geralmente empregadas nos estágios curriculares, proporcionando a ampliação de seu olhar sobre as realidades do SUS e à sua organização. Diversas experiências demonstram o poder de mobilização das vivências e, a partir de 2002, inicialmente no Rio Grande do Sul, houve uma grande retomada nacional destes estágios. Em parceria com órgãos do Ministério da Saúde, o Movimento Estudantil foi grande incentivador destes estágios, através de executivas de curso, centros e diretórios acadêmicos. Nos anos de 2011 e 2012, após um período de mais de 5 anos sem experiências nacionais, um forte movimento retomou a realização dos estágios, projeto hoje realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, Rede Governo Colaborativo em Saúde, CONASS, CONASEMS e UNE. Assim, na primeira edição do VER-SUS 2012, o projeto foi realizado em 8 estados brasileiros, em que mais de 3000 estudantes de 63 cursos de graduação se inscreveram para participar das vivências. No Rio Grande do Sul, 9 municípios aderiram ao projeto, envolvendo ainda mais de 40 outros municípios próximos e ofertando mais de 300 vagas para estudantes. Atualmente, o projeto está sendo ampliado para mais estados e deve atingir ainda em 2013 o número de 5000 estudantes envolvidos.

O projeto pretende qualificar os futuros profissionais do SUS possibilitando aos estudantes um espaço privilegiado de interação e imersão no cotidiano do sistema de saúde brasileiro em diversos territórios do país. Pretende-se que os estudantes possam partir das respostas individuais aos problemas de saúde desde o início da sua formação e possam ser instigados à construção de respostas e intervenções sobre e para o “coletivo”. Essa relação dos estudantes com as realidades deve ampliar o olhar do futuro profissional para o campo da saúde coletiva e para o SUS.

O projeto dá aos estudantes a oportunidade de vivenciarem as realidades do SUS, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. É dispositivo, pretende estimular a formação de trabalhadores comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais e agentes políticos, capazes de promover transformações.

O projeto deverá envolver até 10 mil estudantes sendo que os municípios interessados devem fazer adesão ao projeto junto ao Ministério da Saúde, o qual apóia os mesmos com incentivos financeiros para manutenção da estadia dos estudantes no regime de imersão que dura entre 7 a 15 dias. O grande objetivo desse projeto é mobilizar os atores para sucessivas aproximações com o SUS, seja no sentido da militância individual e coletiva, seja no sentido de mobilização das instituições de ensino para que possam modificar suas práticas na formação dos futuros trabalhadores da saúde.

As avaliações preliminares já apontam avanços na sensibilização dos estudantes, das universidades e dos gestores para um olhar diferenciado do SUS. Na primeira edição do projeto, realizada em janeiro e fevereiro de 2012, participaram 915 estudantes em 69 municípios de 9 estados. Na segunda edição, realizada em julho e agosto, participaram 1640 estudantes em 114 municípios de 11 estados. Em maio de 2012 foi realizada a I Mostra de Experiências do VER-SUS/Brasil no Congresso da Rede Unida onde foram apresentados mais de 300 trabalhos sobre as diferentes experiências. Em junho de 2012 foi realizado o I Encontro Nacional de Formação de Multiplicadores do VER-SUS e a I Oficina Nacional de Mobilização do VER-SUS/Brasil, envolvendo gestores, estudantes e professores de universidades de 16 estados. Em julho e agosto de 2012 foi realizada a segunda edição do projeto nacional e participaram 1640 estudantes em 114 municípios e em 11 estados. Atualmente, em 2013, já temos um balanço bem positivo o que demonstra que o projeto está em processo de crescimento e expansão,

Espera-se que o VER-SUS possa ajudar na mudança da formação dos futuros profissionais do SUS apoiando o processo de fortalecimento do sistema de saúde e nos seus processos de qualificação para melhor cuidar da população brasileira.

Programa Nacional de Inmunizaciones en Chile.

Mario Parada et María Ines Romero, Chile

La inmunización es una de las intervenciones más costo-efectivas disponibles en salud pública. Más de la mitad de las ganancias en la reducción de la mortalidad infantil en América Latina en los últimos años son atribuibles a la vacunación. Las vacunas siguen siendo una de las intervenciones clave para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad en niños menores de 5 años.

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) está destinado a prevenir morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles inmunoprevenibles y está compuesto por un conjunto de vacunas destinadas a proteger a la población a lo largo de todo el ciclo vital, las cuales han sido definidas como bien público.

Las vacunas que comprende el PNI se categorizan en tres grandes tipos: por programa, por campaña y por eventos y condiciones especiales.

La estrategia utilizada es la vacunación gratuita a la población objetivo según el esquema de vacunación vigente, en los establecimientos asistenciales públicos y privados del país. La obligatoriedad de las vacunas se encuentra establecida en el Código Sanitario, sin embargo, las personas tienen libertad para aceptar esta intervención. El actual PNI tiene su origen en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), establecido en el país en 1979, de acuerdo a recomendaciones de los organismos internacionales competentes. El PAI nació como iniciativa de la OMS/OPS en 1974. Esta iniciativa fue apoyada por UNICEF, las Agencias Internacionales de Desarrollo y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. En el marco del PAI se constituyó, entre otros, el Fondo Rotatorio para apoyar la compra de vacunas, especialmente en países en desarrollo.

Objetivo: Evaluar el desempeño del PNI en Chile 2000 - 2011

Metodologías: Análisis documental de registros oficiales y bibliografía. Estudio cualitativo con focus group.

Resultados : En Chile, el PNI es un programa de Salud Pública exitoso, demostrado a través de:

- Haber evitado una gran cantidad de muertes debido a las enfermedades incluidas: Aunque este es un ejercicio teórico, y el descenso de las tasas no puede ser atribuido exclusivamente a las vacunas, las cifras de casos y muertes evitados son muy elevadas. Aunque solo el 50% del descenso fuera atribuible a las vacunas, las cifras siguen siendo importantes.

- Haber disminuido la carga de enfermedad en casi todas las enfermedades incluidas (excepción es la TBC).

- Haber generado una cultura favorable hacia la inmunización activa en la población chilena.

- Se observó un discreto descenso en las coberturas en los últimos tres años para la mayoría de las vacunas programáticas. Ello se puede atribuir a un conjunto de factores entre los que destaca: mejoramiento de la calidad de los registros dada la

implementación del RNI a partir de 2010, dificultades post terremoto 2010; cambios en el comportamiento de la población en torno a las vacunas por menor percepción de riesgo de enfermar

- Ser un programa universal, no focalizado, no discriminatorio y gratuito.

- Al realizar una revisión de las coberturas por comunas, se aprecia que en varias de ellas hay coberturas muy bajas o muy altas. Estos casos deben ser analizados individualmente para poder verificar las causas que producen estas fuertes distorsiones

- Haber logrado una adecuada coordinación con el sector privado en la administración de las vacunas.

El estudio cualitativo, indicó que en Chile existe una cultura sanitaria aceptante de la vacunación como una estrategia de prevención de la enfermedad y no estamos frente a una crisis de confianza en lo que a inmunización se refiere. No hay discurso explícito respecto de problemas de acceso a la vacunación.

Conclusiones

- i) El PNI es eficaz y costo efectivo, presentando eficiencia económica y social. Es aceptado y está validado por la comunidad.

- ii) La capacitación del personal y comunicación social - educativa están todavía poco

- iii) Existe una gobernabilidad limitada del PNI y problemas de gestión asociados a las coordinaciones necesarias para la gestión más eficiente.

Session spéciale 3 (suite) – Salle 1

Thème : Cinq ans de tarification à l'activité, ça suffit (2^{ème} partie)

Atelier organisé par: Bernard Odier, Policlinique de l'ASM, Paris

Les effets déstructurants de la T2a. Quelques pistes pour en sortir.

André Grimaldi, France

Les dés pipés de la concurrence clinique privée/hôpital public.

Bernard Granger, France

Comment la T2a liquiderait la psychiatrie de secteur.

Bernard Odier, France

La T2a, les stratégies d'établissements, et la segmentation des filières en Soins de Suite et de Réadaptation.

Jean-Claude Devailly, France

POSTERS (Exposés toute la durée du congrès. Les auteurs doivent préciser 3 plages horaires pendant lesquelles ils seront présents pour présenter leurs travaux)

1. Prevenzione del tabagismo, Social Mobile Marketing (SSM). Una proposta di collaborazione condivisa per il nostro territorio.

Luca Carlo Sala, Maurizio Bacchi, Antonella Fornaro, Maria Cimmino, Mauro Valentini et Dania Brioschi, Italia

Horaires:

Obiettivo: ridurre il numero annuo di giovani neo fumatori, ridurre il numero di sigarette fumate dai giovani fumatori.

Attori: Dipartimento di Prevenzione ASL Biella, Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL Biella, Centro Antitabagismo del Servizio per le Tossicodipendenze ASL Biella, LILT (Lega Italiana per la lotta contro i Tumori).

Al fine di introdurre il progetto, è utile sviluppare il concetto di anti-marketing: attività di marketing sociale mirata a promuovere nei cittadini comportamenti salutari "goods" che si oppongano a "comportamenti a rischio" "bads". Questi sono spesso promossi da altre "Aziende" che dal loro consumo e uso traggono vantaggi di diversa natura. Fin qui nulla di nuovo, evidentemente, la novità vuole invece essere negli strumenti da adottarsi nel progetto e in particolare nell'uso "sperimentale" in ambito di promozione della salute, del SSM (Social Mobile Marketing).

Di che cosa si tratta? Di un Marketing Sociale che agisca in ambiente di comunicazione che si sviluppi fra le singole realtà personali, la diversa portabilità delle singole esperienze, la facilitazione di collaborazioni interattive, lo stimolo alla revisione di scelte e di gerarchie e che si avvalga della creazione di nuovi valori.

Si propone di rivedere alcune posizioni relative alla promozione della salute, superando l'impostazione basata sul controllo dei comportamenti, per abbracciare una prospettiva in cui il coordinamento sociale ed economico delle azioni a rischio, sia promosso come *social sensemaking*, processo per il quale l'individuo sintetizza nuove informazioni attraverso o mediante il risultato di interazione o stimoli sociali, elaborando diversi stimoli o informazioni condivise da altri o con l'aiuto di altri.

Proporre quindi i nostri interventi come strumenti di supporto alla creazione di una *collective mind* orientata al rifiuto del fumo di sigaretta e favorendone la divulgazione come apprendimento continuo distribuito sul target di riferimento.

Le fasi del progetto:

- 1) occorre individuare il target o i target di riferimento: età, sesso, scuola, livello sociale, testimonials, personaggi cui il/la ragazzo/a si riferisce, preferenze in termini di gusti musicali, artistici, politici, idoli...
- 2) Occorre valutare il fenomeno "fumatori" potenziali o attivi nel target/nei target di riferimento.
- 3) In base ai rilievi di cui ai punti 1 e 2 occorre progettare interventi mirati che risultino il più possibile vantaggiosi per chi intenderà lasciarsi coinvolgere dal progetto.
- 4) Partire da una conoscenza approfondita dei trend e delle opportunità di interazione fra soggetti.
- 5) Capire i comportamenti dei ragazzi e cosa li determina.
- 6) Adottare un approccio di fare Marketing che sia comunque sperimentale, coinvolgente, interattivo.

Alcuni esempi possibili: la comunicazione con i soggetti destinatari, durante la realizzazione del progetto, avverrà esclusivamente per SMS o via mail in forma anonima: creazione di un forum o un sito apposito?

Per i non fumatori si potrebbe inventare un percorso/gioco implementabile dai singoli attori relativo alle proprie esperienze, convinzioni e curiosità, di conoscenza e coscienza circa i rischi fumo correlati che preveda, come incentivo, di premiare i migliori partecipanti (magari diluito e ripetuto nel tempo o previsto su diversi livelli di approfondimento). Lo scopo è quello di informare con ogni mezzo disincentivando i comportamenti "sociali" che portano a provare e a continuare a fumare (emulazione, curiosità, trasgressione ...).

Per chi già fuma l'approccio dovrà essere personalizzato in relazione alle diversità soggettive. Riunire quindi i fumatori in gruppi interattivi che condividono le medesime esperienze ad esempio sportive o musicali ecc. e stimolare all'interno di ogni gruppo una sorta di tendenza al miglioramento, una riduzione del numero di sigarette o una stabilizzazione su

un numero limitato. Prevedere una sorta di classifica periodica che premi i più virtuosi con accessi a palestre, sconti su materiale sportivo o sull'acquisto di musica, libri o altro. Stimolare ogni possibile strumento di autocontrollo e di controllo reciproco utile a limitare i danni passando attraverso la presentazione di stimoli positivi (visite dentarie per sbiancamento denti, prodotti per rinfrescare l'alito, prove funzionali in competizione sotto sforzo fisico, gare di resistenza sportiva).

I **risultati** del programma saranno presentati agli studenti stessi, coinvolgendoli nei successi e negli insuccessi della campagna, si potrà favorire trasferte e viaggi premio per i partecipanti per far sì che l'esperienza sia trasmessa ad altre realtà.

2. Communauté virtuelle de pratique en milieu de soins de longue durée.

Hermine Harnagea, Québec

Horaires: Jeudi, 29 août, 09:00-11 :00 et 16 :00-17:30 et Samedi matin, 31 août, 09:00-11 :00

Objectif du projet : La communauté virtuelle de pratique (CVP) a été conçue pour répondre aux besoins d'échanges professionnels entre les différents établissements qui offrent de soins de longue durée dans un contexte de pénurie de ressources humaines et financières et d'optimisation de services de santé.

Contexte et description du problème : L'AEPC regroupe 58 centres d'hébergement de soins de longue durée répartis dans 11 régions du Québec. Étant donné l'intérêt commun pour un milieu de vie de qualité qui pourra répondre aux enjeux complexes du vieillissement de la population, nous avons développé un outil enraciné dans un champ de savoir infirmier lié à la pratique. Les déplacements aux formations et la participation aux différentes rencontres professionnelles ne sont pas toujours possibles de façon optimale, situation qui nous a amené à créer un espace virtuel de rencontres utilisé comme pont interrégional et inter-établissements, facile à utiliser, pour permettre des échanges professionnels en temps réel. Aussi, un autre aspect considéré a été le fait que certains professionnels, par exemple en nutrition, sont employés dans les centres d'hébergement à temps partiel; leur contact avec les autres professionnels (autant intra-établissement avec les autres professionnels qu'inter-établissements avec d'autres nutritionnistes) est réduit, ce qui affecte de façon importante la continuité des services et l'interdisciplinarité. L'isolement de ces professionnels induit trop souvent un travail *en silo* qui nuit aux résultats finaux de soins pour les résidents.

Méthodes :

Cadre de référence

L'apprentissage dans le contexte (« situated learning ») s'inscrit dans des environnements qui tiennent compte des préoccupations des participants, les compétences ainsi développées deviennent très significatives car elles se forment autour des échanges ouverts sur des problèmes reconnus communs.

Le contexte crée par le milieu de soins de longue durée et les normes s'y référant, **la communauté** composée par des intervenants travaillant dans ces milieux et **le contenu** formé par les préoccupations des intervenants à offrir des soins de qualité sont les éléments exploités conjointement par la CVP en soins de longue durée.

L'animateur joue le rôle d'accompagnateur pour les membres, organise le contenu et réalise le suivi sur l'utilisation de la CVP.

Résultats et discussions : La communauté compte présentement une cinquantaine de membres. L'implication de l'animateur est essentielle pour assurer le flux de l'information, la gestion des rencontres virtuelles et stimuler les discussions en proposant des sujets d'intérêt commun.

L'environnement virtuel intègre une variété de ressources sous forme de textes, des outils technologiques (forums de discussion, courrier électronique) et méthodologiques (avis, événements). Une des difficultés rencontrées a été le niveau inégal des connaissances informatiques des participants, ce qui a demandé des rencontres individuelles pour s'assurer de la compréhension du mode de fonctionnement. Une évaluation de l'implantation est prévue pour la fin de l'année.

Apport par rapport aux pratiques : Dans un premier temps, la CVP permet la diffusion des informations, l'accès aux connaissances liées à la pratique de soins de longue durée, ainsi que le partage et le transfert des connaissances dans un réseau inter-établissements.

Dans un deuxième temps, la CVP permet le développement du réseautage des intervenants appartenant à différentes professions : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, ainsi que d'un bottin de ressources liées à la pratique de soins de longue durée.

3. Maladies chroniques : expérimentation d'une mise en place d'éducation thérapeutique du patient chronique dans un département français.

Christine Michel, Michel Lamure et Louisa Beyragued, France

Horaires:

En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques. Certaines peuvent souffrir de plusieurs maladies à la fois. Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

La maladie chronique est un fait de société majeur par le nombre de personnes touchées qui est en constante augmentation : il s'agit d'un sujet éminemment politique dont tous les acteurs doivent se saisir.

Dans le département de l'Ain on recense en 2010, 83 738 personnes en ALD (Affections Longues Durées) dont 16 600 diabétiques auxquelles il faut rajouter les personnes malades chroniques non référencées ALD.

L'association UDESP, située dans l'Ain, porte depuis 2008 le projet de créer une maison départementale pour les maladies chroniques, pour l'accès et la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique hors hôpital, au plus près des patients.

Il ne s'agit pas d'une structure de soins mais d'un lieu ressource favorisant les liens et l'action commune des associations et des différents professionnels intervenant sur la santé des patients porteurs de maladies chroniques. Elle rassemblera ainsi les associations de patients afin de favoriser leur mutualisation de moyens et leur visibilité ainsi que leurs actions d'informations dans l'accompagnement des patients et de leurs familles. Cette maison sera également un appui pour les aidants, eux même bouleversés dans leur vie par l'irruption de la maladie de leur proche.

L'enjeu novateur de ce projet repose essentiellement sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP), processus régulier et continu, territorialisé au plus près des réalités de vie des patients.

Objectif du travail : L'objectif du travail est la mise en place d'une méthodologie pour faire sortir l'éducation thérapeutique du patient hors de l'hôpital et pour l'amener au plus près du quotidien des patients en bénéficiant de l'expertise expérientiel d'autres patients. Plus précisément, dans cette présentation, on s'intéressera à définir des Critères d'évaluation de performance et de qualité de l'Education thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de la mise en œuvre d'une Maison des Maladies Chroniques dans le département de l'Ain. On précisera ainsi les indicateurs de santé qui permettront d'apprécier l'impact de l'éducation thérapeutique sur l'état de santé des patients ayant recours à cette Maison des maladies chroniques dans le département de l'Ain, et, de montrer sa pertinence en matière de recours aux soins et à la santé, à travers quatre dimensions qui se rapportent essentiellement à :

- 1 – Plus value d'une ETP de proximité et territorialisée
- 2 – Adéquation de l'offre ETP au système de soins et de santé existant dans le département de l'Ain
- 3 – Amélioration du recours aux soins et réduction des inégalités territoriales
- 4 – Amélioration de l'Etat de santé perçue et de la qualité de vie

Méthodologie : La méthodologie proposée suit une démarche en trois temps qui comprend une phase d'élaboration et une phase d'essai :

- a) Revue de la littérature et sélection des critères et indicateurs déjà publiés et élaboration de nouveaux critères
- b) Sélection des critères : Ces derniers doivent être acceptés par les professionnels de santé (promoteurs et acteurs de terrain) et les patients. Ils devront avoir des indicateurs SMART (Pour cette phase utilisation de la méthode Delphi)
- c) Validation des critères auprès des professionnels de santé (Enquête par questionnaire) :

4. La "salute" dell'organizzazione. Sul ruolo degli intangibile assets nell'organizing del servizio sanitario pubblico.

Pierfranco Malizia, Italia

Horaires:

La sfida di fondo oggi per le organizzazioni del servizio sanitario pubblico è forse fondamentalmente costituita dalla necessità di sviluppare una imprenditorializzazione più professionale anche se non omologata, capace di sollecitare risorse interne ed esterne attraverso uno specifico e ben determinato orientamento strategico-organizzativo, in una situazione molto complessa che vede da un lato l'aumento crescente della domanda e, dall'altro, una sostanziale riduzione delle risorse a disposizione.

Necessità quindi di concentrarsi sull'organizzazione e sullo organizing in modo forte più che in passato, in quanto è proprio oggi che le organizzazioni della pubblica amministrazione delegate alla fornitura dei servizi sanitari sono definitivamente emerse come soggetti attivi e significativi non solo nell'ambito del welfare ma anche in quelli occupati dall'economia e dalla politica, soggetti che operano peraltro in un contesto affollato e competitivo; in altri termini, l'innovazione dei modelli organizzativi ed un modo differente di concepire l'organizing, possono essere fattori decisivi per una rinnovata capacità di risposta ai problemi.

In particolare questo orientamento strategico nell' organizing può significare soprattutto concentrarsi sugli intangibile assets (o, perlomeno alcuni fondamentali) che costituiscono il patrimonio immateriale anche delle organizzazioni del

servizio sanitario; questo contributo tenta di individuare alcuni attraverso una lettura sociologica dei fenomeni organizzativi contemporanei.

5. Visitas domiciliares na estratégia da saúde da família: situação encontrada na unidade básica de saúde da família do Jardim Guanabara I – Goiânia, Goiás.

Rômulo Mendes Silva, Bianka de Oliveira Silva, Cindy Fernandes Melo Alves, David Carvalho Resende, Diego Araújo, Gabriela Cristina Ferreira Borges, Gustavo Santana de Lima et Fernando Passos Cupertino de Barros, Brasil

Horaires: Jeudi 29: 14h-15:30 et vendredi 30: 11h-12:30 e 14h-15:30

Objetivo:

O objetivo geral é analisar a conformidade das visitas domiciliares (VD) realizadas pelas equipes de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF), no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, com a periodicidade mínima preconizada pelas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). São objetivos específicos: a) conhecer os motivos de cada visita. b) identificar quais profissionais de saúde as realizaram.

Contexto e Descrição:

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou universal o acesso gratuito à saúde. A ESF, uma proposta do SUS, torna o serviço de saúde mais acessível à população. Ele é desenvolvido por profissionais da saúde e por agentes comunitários de saúde (ACS) que residem na área em que atuam e são treinados por meio de um curso de qualificação básica. Dessa forma, estratégias e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, recomendadas desde 1986 pela Carta de Ottawa, são mais facilmente implementadas.

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelecida pelo Ministério da Saúde, institui no mínimo 1 visita domiciliar mensal por família para sucesso da estratégia. Inserção sociocultural e critérios de risco e vulnerabilidade devem ser considerados.

Este trabalho visa analisar as visitas feitas pela UABSF do Jardim Guanabara I, localizada no município de Goiânia-GO/Brasil.

Materiais e métodos:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo ecológico. Foram utilizadas anotações manuscritas das seguintes fontes secundárias: prontuários de atendimento, fichas A (cadastramento) 1 saúde da unidade e relatórios consolidados. Para a análise das visitas realizadas por médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem (AE) utilizou-se uma amostra de 1.798 famílias, dentre 2.536 cadastradas na UABSF. As informações sobre visitas realizadas por ACS foram obtidas dos relatórios consolidados das equipes de saúde da família, com referência em todas as famílias cadastradas na unidade.

Resultado e Discussões:

Das 2.536 famílias cadastradas na UABSF, 1.798 (70,90%) foram objeto de análise dos prontuários de atendimento e fichas A, constatando a realização de 173 visitas por médicos, enfermeiras e AE no período em estudo.

O número de visitas feitas pelos ACS, registradas nos consolidados mensais, foi de 42.624 no período analisado. Esse número equivale ao total de visitas realizadas pela UABSF, uma vez que os ACS participam de todas elas.

Constatou-se uma média de 0,62 visitas por mês a cada família em 2009; 0,63 visitas em 2010 e 0,67 em 2011. Houve aumento da frequência das visitas, entretanto, continuam abaixo da média mínima mensal.

De acordo com os prontuários médicos e fichas A dessa UABSF, os principais motivos geradores das visitas foram: acompanhamento do paciente, principalmente em procedimentos de orientação, verificação de medicamentos, aconselhamento de dieta e verificação de exames (19,02%); visitas a puérperas, acompanhamento pós-parto e de recém-nascidos (18,48%) e realização/troca de curativos (9,24%).

Os consolidados mensais apontam como principais motivos geradores das visitas realizadas pelos ACS o acompanhamento de rotina e orientações (57,67%), acompanhamento de pacientes com hipertensão (28,25%) e diabetes (6,72%). Tais informações revelam a importância dos profissionais na educação e controle de doenças crônicas.

No período estudado, os ACS destacam-se por participarem sempre nas 42.624 visitas realizadas pela unidade. Os prontuários analisados indicaram que, no mesmo período, os médicos contribuíram com um total de 63 visitas realizadas, sendo 21 delas acompanhadas por enfermeira e 3 por AE. As enfermeiras participaram de 93 visitas, sendo que em 2 houve participação de AE. Em 38 visitas não houve o registro do profissional envolvido.

Contribuições e Interesse:

O estudo em questão é relevante para verificar se as visitas domiciliares contribuem com os objetivos da atenção primária. Apesar do aumento nesse período, a frequência das visitas continua baixa, indicando a necessidade de ampliação do número de famílias atendidas. Diferentes autores insistem que a visita domiciliar envolve ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde e fornecimento de subsídios educativos, daí sua importância. Há falhas de registros nos prontuários das visitas

realizadas e perda de arquivos, devido à utilização exclusiva de arquivamento manual. A partir dessa exposição, espera-se reorientar a prática e adotar a sistematização e o registro acurado das visitas domiciliares.

6. **Cooperação internacional para atenção a pacientes renais crônicos na Fronteira Brasil – Uruguai: um estudo de caso.**

Carla Gabriela Cavini Bontempo, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Francielle Lopes Alves et Helena Silveira Fagundes, Brasil

Horaires:

O mote deste trabalho é trazer discutir o caso dos pacientes renais crônicos dos municípios de Chuí e Chuy, separados apenas por uma rua na fronteira do Brasil com o Uruguai. Apresenta os resultados de um estudo realizado na região fronteira em debate, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério de Ciência e Tecnologia do governo brasileiro. Naquele território, com 16.319 habitantes, há cerca de 40 pessoas que necessitam se deslocar por 250 quilômetros no Brasil, ou 130 km no Uruguai para acessar o serviço de hemodiálise disponível. Desde a década de 1990, com a implantação de Comitês de Fronteira que favoreceriam a comunicação e a cooperação local entre os países, é pleiteado um Centro de Hemodiálise binacional composto por 11 máquinas em funcionamento e 3 para eventuais substituições, às segundas, quartas e sextas-feiras, contando com enfermeiros, pessoal treinado e médicos que se deslocariam de Rocha no Uruguai para acompanhar os procedimentos. Ainda que por alguns anos esses comitês tenham se desarticulado, a viabilização desse Centro não saiu da pauta local, tendo tomado fôlego nos últimos anos com a criação de uma Nova Agenda de Cooperação entre os países em questão. No artigo é traçada uma trajetória sobre a cooperação em âmbito local em limites fronteiriços, a caracterização dos sistemas e do acesso ao serviço de saúde, de forma que é possível vislumbrar o cenário posto. De fato são indicados avanços nas tratativas de consolidação do Centro, porém seguem impasses quanto ao financiamento das ações por parte dos governos, já que os sistemas de saúde do Brasil e do Uruguai são diferentes. Pretende-se que sua instalação se dê em solo uruguaio e que seja gerenciado por uma cooperativa de saúde (Cooperativa Médica de Rocha – COMERO), posto que aquela população conta também com hospital, ao passo que o lado brasileiro tem apenas uma Unidade Básica de Saúde, não tendo portanto, como dar suporte em caso de alguma intercorrência durante os procedimentos. Um convênio que torne exequível o repasse de recursos do Brasil para o Uruguai pode ser firmado, amparado por um acordo binacional que permite a compra de serviços na faixa de fronteira, porém o sistema de pagamento não ficou bem definido, inviabilizando o repasse de recursos financeiros. Enquanto as questões burocráticas não são resolvidas, essa população, que necessita do serviço, também enfrenta outras dificuldades, como a falta de emprego por conta dos três dias que necessitam viajar em busca de tratamento e o perigo a que se submetem pelas longas distâncias percorridas. Além da desestruturação da vida cotidiana e familiar. Por fim, o convênio também acarretaria em diminuição dos custos com o traslado desses pacientes, que no Brasil durante o ano de 2012 foram orçados em 7 mil reais mensais, que poderiam ser aplicados no referido centro.

7. **¿Se ajusta la formación que reciben los profesionales que atienden a personas con demencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica?**

Marta López de Argumedo, Gemma Villanueva, Marta López de Argumedo, José Asua, Eva Reviriego, Maider Mateos del Pino, Celia Gómez Poveda, Elena Aguirreche Olló, Rosana Fuentes-Gutiérrez et Lorea Galnares-Cordero, España

Horaires:

Contexto y la descripción del problema. A pesar del aumento en los últimos años del conocimiento sobre epidemiología, genética, factores de riesgo y mecanismos neuropatológicos que subyacen en la enfermedad de Alzheimer (EA) y de otras demencias, así como la generación de un creciente número de declaraciones de consenso y guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, poco se ha dicho o se ha hecho sobre la formación requerida por los profesionales involucrados en el cuidado de personas con este problema de salud. El proyecto europeo ALCOVE (Alzheimer COOperative valuation in Europe) ha abordado recientemente esta cuestión y ha planteado con ello un interesante campo de investigación sobre la atención de las personas con demencia.

Objetivo o la propuesta de la investigación

1. Comparar las prácticas actuales en relación a la formación del personal sociosanitario sobre la atención de personas con demencia en el País Vasco y su comparación con las recomendaciones propuestas por el estudio ALCOVE.
2. Proponer recomendaciones específicas para la formación de profesionales que trabajan con pacientes con EA y otras demencias (neurólogos, psiquiatras, proveedores de atención primaria, enfermeras, asistentes sociales...) de cara a mejorar la atención sanitaria de estas personas.

Teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados: Con el fin de recoger la información necesaria para llevar a cabo los objetivos propuestos, se diseñó y distribuyó a principios de 2013 un cuestionario en versión electrónica y en papel, a más de 2.000 profesionales sanitarios y sociales del País Vasco. Este cuestionario incluye cuestiones relativas a la formación recibida y demandada sobre aspectos clínicos (pruebas diagnósticas, diagnóstico precoz, seguimiento, evolución, tratamiento farmacológico y no farmacológico), así como sobre otros aspectos como el apoyo a las actividades de la vida diaria, los cuidados paliativos, las estrategias de apoyo a los familiares, ayudas socio-sanitarias disponibles, aspectos éticos y legales, coordinación del trabajo en equipo, la discapacidad, así como sobre procesos de calidad asistencial.

Resultados: Hasta finales de abril de 2013 se han recogido un total de 783 cuestionarios respondidos y actualmente se está llevando a cabo el análisis de la información recogida. Los resultados de este análisis estarán disponibles a finales del mes de mayo y permitirán conocer la situación actual sobre la formación de que disponen los profesionales sanitarios tanto del ámbito sanitario público como privado. Además el cotejo de esta información con las recomendaciones del ámbito europeo que se derivan del estudio ALCOVE, ayudará a identificar las áreas formativas y las características de la formación demandada de forma que permita ajustar la oferta a las necesidades reales de este colectivo profesional.

Discusión: La atención de los pacientes con EA y otras demencias precisa de una preparación específica que permita a los profesionales sanitarios y sociales maximizar los efectos beneficiosos del tratamiento, así como dignificar y humanizar el cuidado y la vida de las personas con estas patologías.

8. Optimisation des procédures du set up des patients atteints de cancer du district du Bassin.

Giovanni Mazzoni, Liliana Balardi, Sofia Pellegrinil, Luigi La Riccia et Luigi Imperiale, Italia

Horaires: 29, 30 et 31 août, 12:00-13:00 h

La reproductibilité de la position du bassin du patient dans son système d'immobilisation est une exigence fondamentale pour assurer un traitement optimal des cancers pelviens. L'utilisation quotidienne de l'imagerie dans le bunker avant chaque séance de radiothérapie permet la détection et la correction presque totale de l'erreur du set up. Cela se fait par un déplacement de la table de traitement, le long des trois axes x, y, z, égal à l'erreur mesurée. La rotation antéro-postérieure du bassin, qui a été partiellement compensée par le déplacement constitue une erreur résiduelle, à considérer dans la planification. RIASSUNTO: La riproducibilità della posizione del bacino del paziente nel suo sistema di immobilizzazione è un requisito fondamentale per garantire un trattamento ottimale delle neoplasie pelviche. L'impiego quotidiano dell'imaging in bunker prima di ogni seduta di radioterapia permette l'individuazione e la correzione quasi totale dell'errore di set up. Questo avviene mediante una traslazione del lettino di trattamento, lungo i tre assi x,y,z, pari all'errore misurato. La rotazione antero-posteriore della pelvi, parzialmente compensabile mediante traslazione, configura un errore residuo, da considerare nella pianificazione. CALCUL ET CORRECTION DE L'ERREUR DU SET UP: Pour toute erreur du set up du patient on définit comme la différence entre la position du target au cours du traitement d'irradiation et celle programmée dans le plan de traitement. L'ICRU considère trois sources d'incertitudes géométriques qui peuvent affecter la bonne exécution du plan de traitement: (1) les changements du set up du patient, (2) les erreurs de organ motion, (3) des erreurs liées à la machine. Les erreurs du set up patient sont causées par des variations dans le positionnement journalier du patient sur le divan du traitement. Certaines de ces variations sont inévitables, malgré des mesures appropriées ont été mises en place pour assurer la meilleure reproductibilité possible. Les erreurs du set up peuvent être divisés en deux catégories: aléatoires et systématiques. Les erreurs systématiques se produisent lorsque l'irradiation moyenne de la géométrie en cours de traitement diffère de la géométrie du plan de traitement. L'erreur systématique est plus important que l'erreur aléatoire parce que, si elle n'est pas corrigée, est répétée systématiquement à chaque session, et ne peut être éliminé par la répétition de la mesure. La radiothérapie guidée par l'image (IGRT) nous permet de capturer des images du patient, donc l'organe cible, directement sur la table juste avant le traitement de radiothérapie. Ceci permet la correction de l'erreur du set up on line. L'acquisition des images IGRT dans le Service de Radiothérapie de Ancona a lieu au moyen d'un On Board Imager (OBI), un système à rayons X se compose d'un tube à rayons X et un silicium amorphe à écran plat monté perpendiculairement à la culasse de l'accélérateur linéaire. Le système OBI permet l'acquisition d'images en 2D (kV) et 3D (CBCT, Cone Beam Computed Tomography). Après l'acquisition de 2D ou 3D d'un logiciel dédié permet de superposer les images obtenues avec celles du plan de traitement, ce qui permet la correction du set up du patient. Nous nous sommes concentrés sur l'utilisation des images 2D en latéro-latérale pour quantifier l'angle de rotation du bassin dans le sens antéro-postérieur qui représente l'erreur résiduelle. SYSTÈMES DE RETENUE: Les systèmes d'immobilisation utilisés dans le service de radiothérapie d'Ancône pour les traitements du bassin sont Combifix et mousse de polyuréthane.

MÉTHODE D'ÉVALUATION DE L'ANGLE DE ROTATION: Pour un groupe de 34 patients en traitement nous avons procédé à l'acquisition d'images 2D kV pour la correction du set up dans les trois axes x, y, z. Pour chacun d'entre eux ont été calculés pour chaque séance de traitement, les angles de rotation du bassin dans le sens antéro-postérieur selon la méthode suivante: l'image numérique de référence reconstruite par CT centrage (DRR) en projection latérale a

été tracée une première ligne horizontale, parallèle au réticule à travers exactement la moitié de la symphyse pubienne. A partir de ce moment, sur le devant du pubis, a été tracée une deuxième ligne oblique, parallèle au bord avant du pubis suivant le profil de la symphyse pubienne et de la branche ischio. En utilisant la même méthode a été déterminé l'angle du pubis sur chaque kV.

CONCLUSIONS: Comme prévu, l'analyse des données a montré une importante rotation du bassin, quel que soit le système utilisé pour l'immobilisation. Dans un tiers des patients la déviation s'est produite systématiquement dans le même sens. Afin de réduire la rotation du bassin sur l'axe x, ont été mis en place certaines mesures correctives sur le mode d'immobilisation de patients sur Combifix. L'efficacité des modifications apportées au protocole du set up a montré une amélioration de la reproductibilité de la position du bassin avec une réduction significative de l'erreur systématique tout en notant la persistance d'une petite erreur résiduelle de rotation. Ces données ont été assimilées dans le protocole IGRT en usage au Service de Radiothérapie de Ancona; moyenne incertitude rotation résiduelle du bassin documenté par IGRT est compensée dans la délimitation de PTV personnalisé pour chaque patient.

9. Formação e educação permanente em saúde: alguns pressupostos para os trabalhadores da saúde indígena.

Eliana E.Diehl, Marcos A. Pellegrini et Esther Jean Langdon, Brasil

Horaires: 29 de agosto: 11:00 h - 11:30 h, 30 de agosto: 11:00 h - 11:30 h, 31 de agosto: 11:00 h - 11:30 h

No Brasil, a atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros foi definida em 1999 como um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), cujo modelo tem entre seus princípios, denominado "atenção diferenciada", o respeito a formas específicas de atenção à saúde e à doença usadas pelos diversos povos e comunidades. A participação individual e coletiva dos indígenas na formulação, execução e avaliação das ações e serviços também é considerada um direito (e um dever), sendo que na atuação como profissionais de saúde, são enfatizados o vínculo empregatício e a formação e capacitação de indígenas. Valendo-nos de pesquisas etnográficas conduzidas desde a década de 1990 entre diferentes povos indígenas, tratando de temas como agentes indígenas de saúde, participação e controle social, atenção diferenciada e profissionalização de indígenas para a saúde, nesse trabalho buscamos refletir sobre a formação e educação permanente no modelo de atenção à saúde indígena.

A incorporação de indígenas nos serviços como agentes indígenas de saúde já era uma estratégia utilizada antes da implementação do subsistema, porém a inserção e o trabalho desses profissionais a partir de 1999 se deram (e ainda se dão) com ambiguidades e conflitos, deixando muitas dúvidas e lacunas sobre quais seriam as formas mais adequadas de encaminhar tais processos. Da mesma maneira, profissionais não indígenas de saúde, como membros das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), também se mostram despreparados para atuarem em contextos interétnicos muito heterogêneos.

Desde 2000, a formação e capacitação de trabalhadores para a saúde no Brasil têm sido objetos de políticas e ações intersetoriais (envolvendo especialmente os Ministérios da Saúde e da Educação), baseadas na educação permanente pautada na multiprofissionalidade, na resolução de problemas vividos pelas equipes de saúde, no uso de pedagogias problematizadoras e no compromisso entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários. Várias iniciativas, desde o ensino médio até a pós-graduação, passaram a ser implementadas, como as Diretrizes Curriculares Nacionais, o

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde para a graduação e a Universidade Aberta do SUS, a Residência em Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família para a pós-graduação.

Em que pese esse contexto propício, na saúde indígena a formação na graduação está longe de contribuir para atuação em contextos interétnicos e interculturais e as capacitações dos trabalhadores têm sido descontínuas e de modo geral desconsideram especificidades socioculturais, mantendo o foco na biomedicina e pouca ou nenhuma ênfase aos estudos etnológicos e antropológicos na área da saúde. Portanto, a formação e educação permanente se mostram como uma das diretrizes mais frágeis e inconclusas da agenda do subsistema. Salientamos que essa reflexão não é exaustiva, procurando trazer alguns elementos que contribuem para o debate, destacando os pontos críticos e os desafios para a efetivação da atenção à saúde indígena, principalmente por ter negligenciado, nos últimos anos, o papel da educação permanente como constituinte do espaço de diálogo necessário à compreensão da diferença dos processos de saúde-doença-atenção vivenciados nas diversas regiões do país.

Descritores: Serviços de Saúde do Indígena; Educação Continuada; Formação de Recursos Humanos; Atenção Primária à Saúde; Índios Sul-Americanos.

10. L'effet des TIC sur la pratique infirmière dans le cadre d'une organisation apprenante en région éloignée.

Marie-Pierre Gagnon, Julie Payne-Gagnon, , Jean-Paul Fortin, Guy Paré et José Côté, Québec

Horaires: Pauses café du jeudi 29 août (am et pm) et à la pause café du matin le 30 août.

Objectif de la recherche

Cette étude analyse l'impact des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le cadre d'une organisation apprenante sur la pratique, le recrutement ainsi que la rétention des infirmières dans un centre de santé et des services sociaux (CSSS) en région éloignée dans la province de Québec, au Canada.

Contexte : Au début des années 2000, plusieurs erreurs sentinelles, une lente déprofessionnalisation du personnel infirmier ainsi qu'un grand nombre de départs à la retraite causant une perte importante de capital du savoir paralysèrent le CSSS étudié. Un comité fut mis sur pied afin de se pencher sur ces problématiques. La solution choisie par les membres du comité pour surmonter ces enjeux fut l'instauration d'une nouvelle culture organisationnelle favorisant les apprentissages collectifs et le transfert de connaissances en milieu de travail, l'*organisation apprenante*. Cette recherche s'intéresse particulièrement aux TIC développées et utilisées dans le cadre de l'organisation apprenante et à leurs impacts sur la pratique infirmière.

Méthodologie : Nous avons adopté une approche par étude de cas pour cette recherche. Les données furent collectées par des entrevues semi-structurées en face-à-face dans la région visée par l'étude. La codification des données fut basée sur une carte conceptuelle développée par les auteurs et visait à décrire la vision et l'expérience des participants.

Résultats et discussion : Dix personnes ont participé aux entrevues. Dans l'ensemble, il semble que pour les participantes interviewées, l'organisation apprenante ait mis un frein aux enjeux de perte du savoir et de qualité du travail présents dans l'établissement.

Un des outils de transfert de connaissances privilégié dans l'organisation apprenante est la vidéo, que ce soit sous forme de DVD ou de mémo-animé. Ces vidéos « faits maison » sont une manière de rendre à la fois accessible, transportable, personnalisée et simple la prise d'information au travail, tout en offrant aux infirmières un soutien clinique même quand leurs collègues sont indisponibles. Ces observations rejoignent celles de plusieurs auteurs sur les avantages des TIC dans les organisations. Il faut aussi noter les bénéfices de l'organisation apprenante au niveau du travail infirmier, se traduisant par une autonomie accrue, des gains en temps, une diminution du stress au travail ainsi qu'une uniformisation de la pratique quotidienne.

L'organisation apprenante a aussi permis une amélioration de la communication et de la collaboration entre les infirmières, à travers les outils tels que l'*iPad* et l'*iPhone*, mais aussi par la collaboration demandée dans l'élaboration de projets pour l'organisation. Cette participation a suscité chez plusieurs infirmières un sentiment de reconnaissance et de fierté. Il faut aussi noter l'amélioration générale de la satisfaction au travail depuis les débuts de l'organisation apprenante.

Contrairement à la littérature sur le sujet, les effets des TIC de l'organisation apprenante sur le recrutement et la rétention des infirmières dans cette région restent mitigés. Bien que l'apport des TIC ne soit pas remis en question, des facteurs tels que les contextes familiaux et de travail ainsi que l'origine des infirmières semblent être plus importants dans le choix de travailler en région.

Malgré tout, l'organisation apprenante fait face à des défis de plusieurs ordres. L'accessibilité aux outils technologiques de l'organisation apprenante est encore inégale dans les installations du CSSS et son intégration chez l'ensemble des professionnels de la santé n'est pas encore complète.

De plus, les restrictions budgétaires empêchent certains projets de voir le jour. Les importants coûts reliés aux TIC sont d'ailleurs souvent rapportés dans la littérature comme une barrière à leur implantation en milieu de travail.

11. Características clínicas e sociodemográficas de pacientes com HIV/AIDS atendidos em um município da Bahia, Brasil.

Ana Margarete Cordeiro da Siva Maia, Amanda Pamponet Brandão de Cerqueira Camilla de Souza Cerqueira; Geovania Brandão de Oliveira et Eujcely Cordeiro Santiago, Brasil

Horaires:

Introdução: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) mostram-se como um importante problema de saúde pública e de bem-estar social, estando sua disseminação e incidência associada às profundas desigualdades da sociedade, evidenciando assim uma epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico (GABRIEL; BARBOSA; VIANA, 2005). As manifestações clínicas associadas à AIDS estão diretamente vinculadas à diversidade social e cultural, uma vez que as ocorrências das infecções oportunistas pelo HIV diferem umas das outras em diferentes localidades do mundo.

Objetivo: analisar as características clínicas e sociodemográficas de pacientes com HIV/AIDS atendidos no Centro de Referência de um município da Bahia, Brasil, 2011.

Método: estudo quantitativo, do tipo descritivo. A coleta de dados foi realizada através de ficha de notificação, livro de registro e relatório anual dos pacientes acompanhados no Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) do município em estudo. Foram realizados 215 formulários de pacientes e as informações

colhidas foram configuradas através de uma análise estatística, utilizando os programas Microsoft Excel e Word na versão 2007, sendo processados e digitados os dados como meio de estruturação e organização das variáveis.

Resultado e Discussão: Os dados foram devidamente avaliados e interpretados, pautando em sete variáveis, que foram agrupadas em duas categorias: I – Dados sociodemográficos; II – Dados clínicos. O perfil delineou-se como pacientes do sexo masculino 64,65%, com idade que variavam de 20 a 29 anos 31,16%, com relação ao grau de escolaridade 40,93% tem o ensino fundamental incompleto, 55,81% residem na zona urbana do município o que justifica tal fato pelo início da disseminação do HIV/AIDS, onde a difusão havia sido em grande parte urbana, 16,74% tem como ocupação o trabalho no lar. No que se refere aos dados pertinentes à clínica, observou-se que a principal exposição ao risco foi considerada a via sexual 96,27%, e a orientação sexual com maior destaque foi à heterossexual com 72,55%. A Organização Mundial de Saúde considera a transmissão heterossexual como a mais frequente do ponto de vista global, trazendo consigo os fatores que aumentam o risco de transmissão numa relação sexual (BRASIL, 2006).

Considerações finais: Embora muitas sejam as ações realizadas na atualidade que visem informar a sociedade sobre a transmissão e prevenção do vírus, a incidência demonstra que ainda há muito a que se aprimorar, é preciso direcionar a públicos-alvo diferentes maneiras específicas e assim abranger uma grande massa da sociedade, desmistificando a doença e assim promovendo uma melhor qualidade de vida, assim como uma esperança de mudança.

12. Câncer de mama: percepção das mulheres acerca da realização dos exames diagnósticos para prevenção.

Ana Margarete Cordeiro da Siva Maia, Karolyne Guimarães da Silva Araújo; Pâmila Araújo Xavier de Souza; Michelle Teixeira de Oliveira et Suzana Alves Nogueira, Brasil

Horaires:

Introdução: O câncer (CA) de mama é o segundo mais abundante no mundo. No Brasil, é o mais prevalente no sexo feminino, entre 40 e 69 anos. Ele é responsável por um número elevado de óbitos entre as mulheres adultas, sendo considerado um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2007). De acordo com Abreu e Koifman (2002), é uma das doenças mais temidas pelo público feminino, e sua incidência está cada dia mais crescente, interligado a esse fator, está o diagnóstico tardio da doença, decorrente de uma política ineficaz de controle e rastreamento, tendo a mamografia, juntamente ao exame clínico das mamas e o auto-exame, como aliados fundamentais.

Objetivo: analisar o conhecimento das mulheres atendidas em um serviço de referência em mastologia sobre a realização dos exames diagnósticos para a prevenção do câncer de mama.

Método: pesquisa com abordagem qualitativa realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas (13 clientes atendidas no centro de referência em mastologia de um município da Bahia, Brasil) nos meses de agosto a novembro de 2012. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010).

Resultado e Discussão: Os resultados foram categorizados da seguinte forma: **O cliente em busca do atendimento**, a maioria das mulheres que foram entrevistadas informaram que realizam os exames anualmente, e temem pelo surgimento de alguma alteração mamária, principalmente aquelas que já tiveram alguma patologia na mama. Outras ainda desconhecem os serviços disponíveis pelo SUS para o atendimento, como as consultas clínicas e exames diagnósticos, referem só procurarem a assistência médica quando apresentam algum sintoma. O programa de rastreamento populacional do CA de mama é realizado justamente com o objetivo de buscar estas usuárias que não conhecem os serviços disponíveis, no sentido de diagnóstica essa enfermidade. **Realização do diagnóstico precoce para o câncer de mama**, a maioria das mulheres comparecem a consulta com o mastologista como prevenção secundária em relação à realização dos exames diagnósticos para o CA de mama, informam que já fizeram alguma vez a mamografia e a ultrassonografia mamária e relatam desconhecerem ou não realizarem com frequência o autoexame das mamas. Assim, elas devem ser esclarecidas sobre a importância da realização destes exames a fim de evitar agravos futuros que possam ser irreversíveis. **Acesso aos serviços para realização dos exames preventivos para o câncer de mama**, as dificuldades enfrentadas pelas entrevistadas vão desde a marcação de consultas até a locomoção para a realização dos procedimentos. O serviço de saúde deve adequar o atendimento as necessidades de cada indivíduo, visando à atenção integral.

Considerações finais: Conclui-se, que as mulheres ainda desconhecem seus direitos a respeito dos exames que podem e devem realizar para a prevenção do CA de mama, enfrentando dificuldades para marcação de consultas e realização de exames, além de possuírem muitas dúvidas em relação à patologia, devendo então ser mais divulgado os métodos de prevenção e controle. Portanto, a realização regular dos exames para o diagnóstico do Ca de mama é de extrema importância para o bom prognóstico do paciente, pois o hábito dessas práticas contribui para a detecção do câncer ainda na fase inicial, antes que qualquer alteração possa vir a surgir.

13. Les transferts Intra-Muros de patients: projet de diffusion des bonnes pratiques par e-learning.

Mathieu Louiset, Xavier de Béthune et Elisabeth Darras, Belgique

Horaires: 15:30 le jeudi 29, la pause de 10:30 le vendredi 30 et l'accueil de 8:30 du samedi 31

Objectifs du projet : Notre question de départ est de savoir comment diffuser au plus grand nombre de personnes possible les techniques permettant d'organiser au mieux les transferts grâce à des méthodes d'amélioration des processus.

Contexte et description du problème : En lien direct avec le projet de formation des transferts intramuros des 3 Ecoles et Faculté de Santé Publique, il nous semble que les institutions ont encore souvent besoin d'un soutien théorique et pratique pour la mise en place de projets d'amélioration continue.

Ce pourquoi, nous avons pris en compte les méthodes d'organismes reconnus comme l'Institut for Healthcare Improvement aux USA.

Ces derniers ont lancé l'Open School, un cours de masse à destination des professionnels de la santé avec comme objectif de les sensibiliser et les former au management et l'amélioration de la qualité. Cette méthode a pour objectif d'améliorer la situation de base dans les hôpitaux.

Théories, méthodes, modèles et matériaux employés : A partir du cycle PDCA et de nos formations-actions précédentes, nous avons gardé des outils validés comme par exemple : plan de communication, OSSIE guide, SBAR, ISOBAR, Check liste et feuille de transfert.

De plus, pour augmenter la pertinence de cette formation, nous travaillons sur la traduction, et l'adaptation aux contextes locaux, des résumés de l'Open School.

La méthode de transmission de ces différents outils sera une formation par e-learning avec une proposition d'accompagnement des équipes de terrains et le développement d'un réseau d'échanges de pratique.

Pour chaque projet, 10 personnes, de minimum 4 services, seraient formées par institution afin de diffuser les pratiques au public le plus large possible.

Résultats et discussion : Nous mettons au service des hôpitaux notre expérience, acquise lors des formations-actions précédentes, via un système de e-learning qui évite les problèmes liés aux déplacements, à la manière de ce qui se fait aux USA pour l'Open School de l'IHI.

Ce sont des nouveaux outils à la croissance actuellement forte qui diffusent de l'information internationale validée et adaptée au contexte local.

Le défi qui attend notre faculté est la diffusion des informations, l'adhésion des individus à ce type de programme puis l'évaluation de l'impact de cette technique sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

Apports et intérêt du poster par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques : Il s'agit d'une expérience locale qui pourrait servir à d'autres institutions francophones.

14. Tratamento da tuberculose das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional em um município da Bahia, Brasil: um estudo de caso.

Juliana Alves Leite Leal, Maria Angela Alves do Nascimento, Vallesca Ihasmim Oliveira Chaves, Marluce Maria Araújo Assis, Erenilde Marques de Cerqueira et Pricila Oliveira de Araújo, Brasil

Horaires:

No Brasil, a tuberculose (TB) é considerada uma questão de saúde pública desde o início do século XX e continua a preocupar as autoridades sanitárias de todo país, uma vez que sua incidência vem aumentando em várias regiões do mundo desde a década de 1980. Tal aumento é atribuído, sobretudo, a deterioração das medidas de controle, as precárias condições econômicas e até a epidemia da doença pelo HIV/AIDS (ROZMAN; SANTOS; ROZMAN, 2007). Estima-se que um, em cada quatro brasileiros, esteja infectado pelo bacilo de Koch (BARREIRA;GRANJEIRO, 2011). O estado da Bahia encontra-se dentre as cinco unidades federativas que notificaram mais de quatro mil casos da doença e foram responsáveis por 55% dos casos no país (BRASIL, 2011). Particularmente nas penitenciárias o número de pessoas privadas de liberdade (PPL) com tuberculose (TB) é alto devido a precariedade física e ambiental diante das baixas condições higiênicas e superpopulação (OLIVEIRA; CARDOSO, 2004). E, uma das graves falhas de combate à TB é a não adesão ao tratamento, pois poderá aumentar a sua transmissibilidade (GONÇALVES; COSTA; MENEZES, 1999).

Objetivo: descrever as formas de tratamento das PPL com TB.

Metodologia: Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, realizada no Conjunto Penal de um município da Bahia com as PPL que tiveram TB e realizaram o tratamento na instituição. No período estudado, encontravam em tratamento da

TB apenas três PPL, todos eles voluntariamente participam deste estudo. Para coletar os dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a observação sistemática; a técnica de análise foi análise de conteúdo. O estudo obedeceu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que tange à ética na pesquisa com seres humanos.

Resultados: No conjunto penal estudado a equipe de saúde é constituída de duas enfermeiras, uma auxiliar de consultório do dentista (ACD), quatro técnicos de enfermagem, três médicos, um assistente social, dois dentistas e um psicólogo. Essa equipe de saúde orienta as PPL com TB, cuida e oferece apoio emocional, estando sempre dispostos a ajudar. Durante o tratamento, foi observado que as PPL ficavam com as medicações nas celas, ficando responsáveis por tomá-los nos horários prescritos. Entretanto, durante o período de observação, não houve um acompanhamento ou supervisão da equipe, em particular da enfermeira, quanto ao uso desses medicamentos pelas PPL. Apesar de quinzenalmente, haver consultas com a equipe de saúde, numa forma de observar o andamento do tratamento. A medicação é disponibilizada pelo Centro Especializado Leone Leda de Carvalho (CSE), aonde existe o serviço de controle da TB.

Conclusão: As PPL recebiam as medicações corretamente, não apresentaram reações adversas, realizaram as consultas de acompanhamento e os exames (raio X de tórax, baciloscopia, exame de HIV) e receberam alimentação adequada, aspectos importantes para uma adesão efetiva ao tratamento da TB. Todavia, observou-se ainda, que as pessoas diagnosticadas com a tuberculose pulmonar sofrem não só pelas manifestações clínicas da doença, mas também pela possibilidade de vivenciarem o preconceito e a rejeição por estarem privadas de liberdade, o que consequentemente, acaba por interferir nas relações sociais, seja na afetividade, seja no tratamento.

15. Cuidado gerencial da enfermeira na atenção à saúde do idoso no programa saúde da família de feira de santana– BA, BRASIL.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Vallesca Ihasmim Oliveira Chaves, Juliana Alves Leite Leal, Marluce Maria Araújo Assis et Erenilde Marques de Cerqueira, Brasil

Horaires:

O processo de trabalho da enfermeira organiza-se nas atividades cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar (PERES; CIAMPONE, 2006). Nas décadas de 1960 e 1970 a prática curativa estava fortemente presente nas políticas de saúde, com exigência de um profissional especializado para a área hospitalar com ações voltadas a essas práticas. Contudo, o planejamento desse cuidado já era utilizado (KLETEMBERG et al., 2010). A Enfermagem como profissão institucionalizada, assumiu a organização da assistência ao 'paciente' com a adoção de rotinas e protocolos, utilizando o gerenciamento como instrumento de trabalho, na prestação da assistência direta e indireta, quer na organização do cuidado, quer na organização do ambiente e dos profissionais de enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2005). A prática profissional da enfermeira compreende o gerenciamento da assistência ao 'paciente', que é implementada através do planejamento das ações, tomada de decisões, adequação de recursos materiais e gestão de pessoas (TREVIZAN et al., 2002). Com a reorganização do sistema de saúde focado na atenção básica na década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), um dos programas ali desenvolvidos é a atenção à saúde do idoso diante o aumento do seu tempo de vida. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) revelam que no Brasil há uma população idosa de aproximadamente 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Na região Nordeste essa população é de 5.646.000 e na Bahia, há 1.566.000 de idosos. Tais informações revelam um aumento quantitativo de idosos e esse envelhecimento torna a saúde foco de cuidado. Diante desta realidade brasileira, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso, com a adoção de medidas coletivas e individuais de saúde (BRASIL, 2006a). Sendo assim, a Enfermagem é fundamental para operacionalização dessa política, principalmente no que tange a Atenção Primária à Saúde, destacando-se o gerenciamento da assistência da saúde do "paciente". Pois a Enfermagem desde a sua institucionalização vem assumindo a organização da assistência ao 'paciente' com a adoção de rotinas e protocolos, utilizando o gerenciamento como instrumento de trabalho, na prestação da assistência direta e indireta, quer na organização do cuidado, quer na organização do ambiente e dos profissionais de enfermagem. Diante de tal realidade, questionamos: como se dá o processo de trabalho gerencial da enfermeira na atenção à saúde do idoso no PSF? Para tanto, este estudo teve como

objetivos compreender a prática gerencial da enfermeira na atenção à saúde do idoso em unidades de saúde da família do PSF de Feira de Santana; analisar os cuidados gerenciais da enfermeira na assistência à saúde do idoso no PSF.

Metodologia: estudo qualitativo, realizado em cinco unidades de saúde da família de Feira de Santana selecionadas aleatoriamente; os sujeitos participantes foram cinco enfermeiras com mais de seis meses atuando na USF e cinco idosos assistidos nas referidas unidades. Entrevista semiestruturada e observação sistemática foram técnicas utilizadas para coletar os dados que foram posteriormente sistematizados e analisados pelo método análise de conteúdo. Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética.

Resultados: Nas USF a atuação da enfermeira é focada nos programas preconizados pelo MS voltados para Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, mas nesse estudo destaca-se a atuação da enfermeira na Saúde do Adulto/Idoso (HIPERDIA, Saúde do Homem). Dentro desse contexto, observamos um enfoque nas atividades assistenciais, com certo distanciamento das atividades gerenciais por parte das enfermeiras. Quando indagadas sobre as atividades realizadas nas unidades, elas não citaram a gerência apesar de que durante a execução do seu trabalho a gerência é inerente sua atividade. A falta de conhecimento das enfermeiras acerca da prática gerencial leva a precarização do trabalho e da própria assistência prestada ao idoso. Vimos que a prática da enfermeira na atenção à saúde do idoso ainda é muito incipiente e centrada na atenção ao idoso que tem diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, esquecendo-se da necessidade de avaliação multifuncional deste sujeito. Assim, o processo de trabalho da enfermeira nesse programa compreende as vertentes da sua profissão e requer conhecimento e habilidades técnicas para desenvolver o trabalho com efetividade. A enfermeira deve estar capacitada para atender essas populações, com todas as suas particularidades.

16. Cuidado à saúde aos portadores do bacilo de hansen numa unidade de referência no Brasil: um estudo de caso.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Mariana de Oliveira Araujo, Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Bianca de Oliveira Araujo et Erenilde Marques de Cerqueira, Brasil

Horaires:

A história da hanseníase é marcada por estigmas e preconceitos, devido a sua transmissibilidade e as incapacidades físicas que podem trazer ao seu portador, representando um problema de saúde pública. Assim, compreendemos que é preciso haver um cuidado à saúde com condições de acesso e equidade para uma assistência acolhedora, e equânime, com a responsabilização do vínculo entre o serviço, trabalhador de saúde e usuários. Esse modelo deve contribuir para que o usuário receba uma atenção à saúde direcionada para práticas que dêem respostas às necessidades de saúde com a resolubilidade dos problemas, dispositivos esses considerados fundamentais à assistência à saúde. Para tanto, esta pesquisa teve como **objetivo** analisar o cuidado à saúde prestado pelos trabalhadores de saúde no Programa de Controle da Hanseníase (PCH) de Feira de Santana aos usuários do Programa em tratamento.

Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Participaram deste estudo 12 sujeitos, ou seja, seis (6) trabalhadores e seis (6) usuários do Programa de Controle da Hanseníase (PCH). O campo de estudo foi o Centro de Saúde Especializado de Feira de Santana – BA, no qual funciona o serviço. Ressalta-se que a pesquisa respeitou os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 196 de 1996. Para coletar os dados foram utilizadas a observação sistemática e a entrevista semiestruturada. A Análise de Conteúdo foi o método selecionado para analisar os dados.

Os **resultados** deste estudo mostraram que a atenção prestada ao usuário portador de hanseníase no PCH de Feira de Santana apresenta limites que precisam ser superados para a promoção de uma assistência acolhedora, pois, muitas vezes, as ações dos trabalhadores de saúde encontravam-se centradas no modelo biomédico, na valorização dos sinais e sintomas e na medicalização, enfim, focalizada na doença e não no doente/ usuário enquanto sujeito do processo saúde doença. Todavia, vislumbrou-se a possibilidade do exercício de uma prática desenvolvida no PCH marcada por aspectos que têm facilitado e contribuído para a construção do acolhimento ao usuário, dentre eles a existência de um comprometimento da equipe do PCH tanto com o usuário como sujeito singular (subjetividade) como também no cuidado durante o processo saúde doença frente ao tratamento, inclusive com a busca de seus familiares e comunicantes. Todavia, observou-se a satisfação desses usuários à atenção recebida, principalmente pela médica do Programa, o que favorece o desenvolvimento do acolhimento no PCH. Diante destas considerações, acredita-se que o acolhimento se constitui em uma ferramenta que possibilita o exercício da cidadania e a prática de uma assistência humanizada e resolutiva, através da valorização do usuário enquanto sujeito do processo de trabalho em saúde.

17. L'implantation d'un système de prescription électronique dans les services de santé première ligne : Une revue systématique.

Édith-Romy Nsangou, Marie Pierre Gagnon, Sonya Grenier, Julie Payne-Gagnon et Claude Sicotte, Québec

Horaires:

Objectif de la recherche

Les objectifs de cette revue systématique sont de répertorier les barrières et les facilitateurs perçus par les différents groupes d'utilisateurs lors de l'implantation d'un système de prescription électronique dans les services de santé de première ligne.

Contexte

La prescription électronique dans les services de santé de première ligne est la transmission électronique de données entre les établissements de soins de première ligne et les pharmacies communautaires. L'implantation de cette technologie est susceptible d'améliorer l'efficacité du processus de prescription et de réduire les erreurs de médication, tout en favorisant la sécurité et la qualité des soins de santé. L'implantation d'un système de prescription électronique implique des acteurs ayant des perceptions différentes quant aux changements requis en vue de cette implantation dans leur environnement de travail. Les utilisateurs constituent des groupes de personnes adéquates pour nous renseigner sur les facteurs pouvant limiter ou contribuer à la réussite de l'implantation de la prescription électronique. C'est dans cette optique qu'il s'avère indispensable de s'intéresser préalablement à leurs perceptions dans le but de faciliter l'implantation de cette technologie.

Méthodologie

Une revue systématique de littérature a été effectuée par un spécialiste de l'information sur la base de données électronique PubMed pour la période allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2012. Nous avons retenu les études empiriques répondant à la question de recherche suivante : quels sont les barrières et les facilitateurs perçus par les différents groupes d'utilisateurs lors de l'implantation de la prescription électronique dans les établissements de soins de santé de première ligne ? Deux réviseurs ont procédé à la sélection des études en appliquant les critères d'inclusion suivants : devis empirique (étude quantitative, qualitative ou mixte), mention d'items perçus comme des barrières ou des facilitateurs par les utilisateurs lors de l'implantation d'un système de prescription électronique dans les soins de première ligne. Quatre groupes d'utilisateurs de la prescription électronique ont été ciblés : les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les autres professionnels de la santé. L'extraction des données des études incluses a été réalisée indépendamment par deux auteurs à l'aide d'une grille d'extraction proposant une catégorisation préétablie des barrières et facilitateurs selon le cadre de Delone et McLean.

Résultats et discussion

Au total, 37 des 230 publications issues de la stratégie de recherche ont été retenues. Le devis des études est soit qualitatif, quantitatif ou mixte. À l'exception d'une seule étude publiée en espagnol, les études incluses sont en anglais. La première analyse des résultats indique un total de 687 mentions de facteurs pouvant agir comme barrière ou facilitateur à l'implantation de la prescription électronique dans les études. La majorité de ces facteurs sont liés aux caractéristiques de l'innovation (347 mentions sur un total de 687), incluant le design (80 mentions) l'interopérabilité (40 mentions), la validité de la ressource (98 données). Les facteurs humains (166 mentions) ainsi qu'organisationnels (174 mentions) ont aussi un apport important au succès de l'implantation de la prescription électronique.

Apports de la communication

Cette synthèse permet de développer de nouvelles connaissances sur les facteurs influençant l'implantation de la prescription électronique dans les services de santé de première ligne. Ces résultats pourront informer les différents intervenants quant aux facteurs à considérer afin de maximiser les chances de succès lors de l'implantation de ce type de technologie. Une meilleure connaissance des facteurs importants pour les différents groupes d'utilisateurs pourra aider à minimiser les difficultés inhérentes à l'implantation de la prescription électronique dans les soins de première ligne.

18. Estrategias de Fidelización a Programas de Seguimiento Intensivo para Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Florencia Becerra, Alejandro Ruiz Lascano, Jorge de la Fuente, Cecilia Camillucci, Cecilia Contesso, Constanza Ramacciotti et Diego Robledo, Argentina

Horaires: 29 août: 16:00 – 17:30 h et 30 août: 9:00 – 10:30 hr. Et de 16:00 – 17:30 hr.

Las enfermedades crónicas constituyen una de las problemáticas actuales de los sistemas de salud. El envejecimiento progresivo de la población asociado a la creciente prevalencia de obesidad y sus consecuencias, han generado un incremento exponencial de estas patologías. El impacto de estas enfermedades se refleja tanto en los años de vida perdidos como en el enorme costo del tratamiento y sus complicaciones. Las enfermedades crónicas afectan al 44% de la población y consumen el 78% de los recursos destinados a salud.

En función de esta problemática, creamos un sistema de gestión y seguimiento intensivo de pacientes con enfermedades crónicas a través de un programa de monitoreo continuo fundado en protocolos de intervención basados en la evidencia.

El programa de prevención implementado contiene la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas con el propósito de modificar los factores de riesgo a fin de promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones para lograr una mejor calidad de vida.

Los resultados de los programas de prevención dependen de la fidelización de los pacientes a estos programas a lo largo de los años, lo que representa un gran desafío.

Desde el año 2006 trabajamos en la implementación de estos programas aplicados a diferentes aseguradores de salud y encontramos que los factores críticos del éxito para la adhesión y fidelización de los pacientes se basan en estrategias como: comunicación con información personalizada según el estado de salud del paciente, información específica sobre el rol del paciente en dicho programa, disponibilidad de un profesional especialista que está en contacto directo y personalizado con el paciente y una retroalimentación basada en la entrega de un reporte de recomendaciones y resultados sobre la evolución de sus parámetros clínicos.

OBJETIVOS: Evaluar resultados de fidelización a programas de prevención aplicados en diferentes aseguradores de salud.

MATERIALES Y METODOS: Para el seguimiento y fidelización de los pacientes al programa preventivo se utilizó un sistema informático desarrollado en entorno web que ofrece un registro completo de los indicadores de salud, con un programa de alertas basado en recomendaciones de aceptación internacional. El software está conectado con la agenda médica y con un sistema de CRM «customer relationship management», para gestionar el seguimiento proactivo de los pacientes. Se incorporaron a los programas preventivos grupos de pacientes de ambos sexos pertenecientes a diferentes aseguradoras de salud de la República Argentina que estaban bajo un esquema de atención médica. La incorporación a los programas se realizó mediante contacto personalizado con cada paciente. El total de pacientes correspondientes a las diferentes aseguradoras fue los siguientes: Grupo A: 12.000 pacientes con diagnóstico de diabetes con un período de seguimiento en el programa de prevención de 4 años. Grupo B: 5.500 pacientes con diagnóstico de patología cardiovascular con un período de seguimiento de 3 años. Grupo C: 46.000 afiliados con un período de seguimiento en programa de 16 meses.

Se relevaron datos de contacto individual, incorporación (contacto efectivo con el profesional especializado) y permanencia al programa de los pacientes para el seguimiento de fidelización. Evaluando los resultados de aplicar innovadoras técnicas de contacto y seguimiento año a año.

RESULTADOS: La evolución en la fidelización al programa de prevención en el grupo A fue: 1er año: 23%, 2do año: 37%, 3er año: 59%, 4to año: 60% de fidelización. Grupo B: 1er año: 17%, 2do año: 18%, 3er año: 58%. Grupo C: Al cabo de 16 meses de implementación del programa se logró una fidelización del 70% de la población contactada.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los datos obtenidos la fidelización a los programas preventivos dependerá de: La valoración que haga la población sobre la información previa recibida sobre dicho programa. La percepción de un beneficio concreto, disfrutable en el corto plazo que justifique el tiempo que se le requiere para escuchar la propuesta y participar en el programa realizando las actividades a las que se lo invita. La percepción de calidad y valor agregado del servicio que le reporte el programa. Finalmente de la retroalimentación al paciente mediante la generación de reportes de resultados y recomendaciones para que el paciente pueda conocer y seguir de cerca su evolución.

La educación, comunicación e información continua al paciente sobre su enfermedad son los pilares fundamentales para asegurar el compromiso a lo largo del tiempo en los programas preventivos.

19. Promoção a Saúde para Idosos Diabéticos.

Reinaldo Sergio Hamamoto, Gabriella Machado, Monica Meira, Fernanda Luporini, Natalia Ramos et Fabio Gazellato, Brasil

Horaires:

Résumé

Le diabète de type II est une maladie chronique causée par une augmentation de la résistance à l'insuline, par leur handicap ou réduire la production, l'impact socio-économique élevé, cependant, peut être contrôlé. Par conséquent, les objectifs de cette étude étaient d'identifier les mesures recommandées dans la promotion de la santé pour les plus âgés diabétiques insulino-dépendants et de vérifier la mise en œuvre de ces actions dans un service de santé dédiés à la prise en charge des personnes âgées. Pour cela, nous avons mené une étude exploratoire de la méthodologie mixte, avec un examen systématique, dans lequel les articles ont été utilisés dans les bases de données PubMed et Scielo, les autorités sanitaires orgues, national et sociétés médicales internationales et ils sont sélectionnés entre 1988 à 2012 avec les termes «diabète sucré» et «promotion de la santé» et une étude rétrospective basée sur revue des dossiers de 2008 à 2012, le résidentiel Israelita Albert Einstein, chez les patients âgés de plus de 60 ans. 41 dossiers ont été sélectionnés et enfin, compte tenu des critères d'inclusion de l'étude étaient au total 28 enregistrements. Les résultats ont montré que le traitement médicamenteux seul n'est pas efficace et qu'il doit être fait d'un traitement multidisciplinaire, l'activité physique et des conseils nutritionnels et psychologiques.

Resumen

El tipo de diabetes Mellitus II, es una enfermedad crónica causada por el aumento y resistencia de la insulina también es causada por la insuficiencia o reducción de suproducción en el tratamiento de alto impacto socio-económico, sin embargo puede ser controlada. Por lo tanto los objetivos deste estudio fueron identificar las acciones

recommandées en promotion de la santé de personnes âgées diabétiques insulinodépendantes et vérifier l'application de ces actions, en service de santé dédié au soin des personnes âgées. Pour cela, une étude exploratoire, de méthodologie mixte, avec la vérification bibliographique systématique, dans laquelle furent utilisés des archives trouvées dans la base de données de l'Organisation Scielo et Pubmed, organisme officiel de santé, qui fait partie des Sociétés Médicales Nationales et Internationales furent les mêmes procédures pour réaliser la recherche entre les années 1988 et 2012, avec la même expression "Diabète Mellitus et Promotion de la santé" car c'est un étude rétrospective réalisée avec base dans la révision des registres entre les années 2008 et 2012, étant réalisées dans la Résidence Israélite Albert Einstein, chez des personnes âgées de plus de 60 ans. Furent sélectionnés 41 archives mais finalement en tenant compte des critères d'inclusion furent considérés 28 archives. Les résultats montrent que le traitement médical seul, n'est efficace et qu'il existe le besoin de réaliser un traitement multidisciplinaire, avec des activités physiques, accompagnement nutritionnel et psychologique pour obtenir un résultat efficace.

20. L'utilisation du dossier de santé électronique du patient (DSE-P) pour la gestion des maladies chroniques: une revue des expériences internationales.

El Kebir Ghandour, Marie-Pierre Gagnon, Jean-Paul Fortin et Hassan Alami, Québec

Horaires:

Objectif de la recherche : Notre objectif est de réaliser une revue de la littérature internationale sur le dossier de santé électronique du patient (DSE-P) afin de décrire les caractéristiques liées à son utilisation dans la gestion des maladies chroniques et pour améliorer l'état de santé des patients (conception, fonctionnalités utiles, conditions d'implémentation, résultats et avantages perçus et réels, évaluation d'efficacité). L'accent sera mis sur les principales expériences internationales en cours en matière d'utilisation du DSE-P dans la gestion des maladies chroniques, afin d'orienter les prises de décisions.

Contexte et description du problème : Les maladies chroniques, principale cause de morbidité et de mortalité dans les pays occidentaux, exigent des services de santé continus, sur une longue période et plus de ressources. Parallèlement, plusieurs difficultés sont notées dans le système de soins : le manque de coordination entre les soins spécialisés et les soins de proximité, des problèmes d'accès pour les malades chroniques, un manque de soutien informationnel et une multidisciplinarité limitée. Ceci se traduit par des difficultés d'accès, un manque de continuité et une réduction de la capacité du système à répondre aux besoins de santé des populations. Par ailleurs, grâce à l'utilisation généralisée d'internet et la disponibilité de l'information médicale sur le web, les patients sont plus informés sur leurs maladies et les options de traitement. Internet est devenu source d'information pour grande partie des populations pour prendre et renforcer leurs décisions liées à la santé pour eux-mêmes et pour leurs proches. Ainsi, le DSE-P pourrait permettre au patient d'être mieux informé sur ses problèmes de santé (soutien à l'autogestion et empowerment), de mieux informer les intervenants sur leur évolution et de favoriser une meilleure communication (plus complète, continue, en temps opportun) en cohérence avec un modèle intégré de gestion des maladies chroniques. Cependant, les données sur les effets du DSE-P demeurent très partielles, particulièrement sur leur rôle dans l'amélioration de la capacité du patient à se prendre en charge, dans la relation avec les intervenants ou dans la transformation des pratiques et des services. De plus, peu de données existent sur les conditions d'utilisation de ces solutions par les patients ainsi que sur leurs conditions d'adoption par les intervenants et les organisations pour la gestion des maladies chroniques.

Méthodes, modèles et matériaux utilisés : Nous avons consulté les bases de données pertinentes (MEDLINE, PUBMED, CINAHL, GOOGLE SCHOLAR). Sont retenus les articles de langue française ou anglaise, incluant dans le titre ou l'abstract un des mots clés, publiés avant avril 2013, décrivant un système informatique du DSE-P pour les maladies chroniques en général, ou une maladie chronique spécifique. Deux examinateurs indépendants ont évalué chacun des articles retrouvés afin d'en déterminer l'inclusion. Les études sont classées par catégorie et les données selon une grille d'extraction basée en partie sur la classification réalisée par Tang (2006).

Résultats et discussion : L'étude étant en cours, les résultats sont préliminaires. Nous avons identifié 385 références qui répondent à nos critères. Ainsi, 60 publications ont été retenues sur l'examen du titre et de l'abstract, et seuls 25 articles sont retenus après lecture des textes. Les principaux thèmes relevés sont : la description de programmes de DSE-P existants pour la gestion des maladies chroniques, les résultats cliniques directs liés au DSE-P, l'évaluation du rôle du DSE-P dans l'empowerment du patient, l'expérience, les perceptions et les attitudes des patients et les perceptions des médecins envers l'accès au DSE-P. Aucune étude ne s'est intéressée aux facteurs organisationnels liés à l'utilisation du DSE-P. Ces études rapportent un ensemble d'avantages associés au DSE-P qui se situent aux niveaux du *patient atteint de maladie chronique* (amélioration de sa participation aux soins et à l'autogestion, amélioration de son expérience de son soutien et de la continuité des soins, augmentation des taux de référence, etc.) des *prestataires de soins* (meilleur suivi du patient avec plus de services préventifs, meilleures décisions cliniques, libération de temps, meilleure communication avec les patients, etc.) et des *organisations* (réduction des coûts de gestion des maladies chroniques, ceux des médicaments et des programmes du suivi de l'état de santé, l'amélioration

de la qualité de soins, etc.). Cependant, les auteurs relient l'ensemble des avantages du DSE-P à l'intégration de celui-ci avec le DSE du médecin.

Thèmes à discuter au-delà de la session de présentation : L'apport de l'accès électronique du patient à ses données et à l'information de santé pour l'amélioration de la participation active du patient à la gestion des maladies chroniques. Aussi comment le DSE-P peut renforcer des approches organisationnelles (approches centrées sur le patient et d'empowerment) pour améliorer les résultats de santé de ces patients. Les enjeux éthiques et autres liés à l'accès des patients à leurs données de santé, voire au contrôle de celles-ci.

21. Projeto VER-SUS Brasil e a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com o Sistema Único de Saúde.

Ana Cristina Pimentel, Emmanuela Amorim et Mariana Bertol Leal, Brasil

Horaire: Dia 30/08 : 11h-12h30, 14h-15h30, 16h-17h30

O tema da formação de profissionais da área da saúde tem sido constante em fóruns que discutem a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir do entendimento de que os trabalhadores e seus processos de trabalho têm grande relevância na definição dos modelos de atenção e gestão do sistema. Nesse sentido, o tema da gestão da educação entrou na agenda das políticas setoriais da saúde e a inserção pretende contribuir para a mudança nas lógicas do trabalho.

Recentemente um projeto chamado VER-SUS Brasil procurou abordar essa questão de forma a refletir sobre possibilidades de construção de novos processos de trabalho.

Acredita-se que os estágios constituam importantes dispositivos para que o estudante possa experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde. Com essa estratégia, inserida em um contexto de outras estratégias de educação, a política nacional de educação na saúde pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações (Ministério da Saúde, 2004).

Os estágios de vivência não são novidade, já tiveram inúmeras experiências realizadas, inclusive no campo da saúde. Os estágios de vivência aqui nominados como VER-SUS têm uma identidade a partir da sua realização em 2002 no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Além disso, contou com uma versão em âmbito nacional em 2004 e 2005. Recentemente, uma nova edição do projeto foi proposta pelo Ministério da Saúde. Portanto, essa nova edição conta como parceiros: a Rede Unida, a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, a União Nacional dos Estudantes e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O objetivo desse trabalho é apresentar alguns elementos sobre a dinâmica de constituição e construção dessa atual versão do projeto VER-SUS Brasil. Dentre diversas reflexões sobre a formação em saúde em curso, o projeto VER-SUS tem procurado repensá-la a partir de estratégias que promovam uma abordagem problematizadora dos processos de trabalho na produção do cuidado. Nesse sentido, entendemos que parece relevante apresentar algumas possibilidades abertas pelo projeto. Esta análise, portanto, é implicada, uma objetivação participante.

Refletir sobre a formação em saúde nos remete ao processo de trabalho, temas recorrentes nas discussões sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, parece relevante destacar a fragmentação dos saberes e práticas na área de saúde, pois ela enseja uma determinada produção de cuidado, rígida, normatizada que se fundamenta em um pretensão conhecimento biomédico, neutro, reproduzível e universalmente aplicável. Este pólo atua cotidianamente no controle da produção do cuidado, tanto a partir da aplicação unívoca do conhecimento médico, quanto pela cultura organizacional rígida. Outro pólo atua no sentido de dinamizar a dimensão relacional na produção de saúde, apontando para autonomia do processo de produção do cuidado, mobilizando, assim, outras estratégias de trabalho, bem como outros processos pedagógicos. Metodologicamente este trabalho baseou-se em entrevistas abertas com 5 estudantes a partir do que produziram em seus portfólios. O "portfólio" foi um instrumento de uma comunidade virtual chamada otics utilizada na última versão do projeto em que os estudantes produziam um relato analítico da experiência diariamente. Analisamos alguns desses relatos para perceber potencialidades do projeto. Os apontamentos seguintes partem das reflexões proporcionadas por essa análise.

O projeto VER-SUS possibilita ao estudante vivenciar o cotidiano de trabalho das organizações de saúde a partir de uma experimentação não apenas focada na transmissão do conhecimento biomédico, mas enquanto um espaço de aprendizagem significativa, ou seja, a partir de espaços de ensino-aprendizagem participativos, interativos, esse encontro pode ressignificar o trabalho e o ensino. O projeto, ao utilizar abordagens problematizadoras, coloca o estudante como protagonista do processo pedagógico, construindo um espaço de implicação ética e política do estudante com a produção do cuidado. A inovação do projeto, portanto, é congrega estudantes, formadores e gestores potencializando a formação. Nesse entendimento o VER-SUS se constitui um dispositivo que possibilita ao estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem em ato, produzindo encontros que abalam verdades, instigam dúvidas e mobilizando outros processos de ensino-aprendizagem, não apenas por uma acumulação cognitiva. Para além disso, parece uma alternativa de articulação entre ensino-pesquisa-serviço-gestão, podendo ser bastante interessante, inclusive, na formulação de agendas políticas.

22. Política de Carreira e gestão do trabalho na Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, Brasil (2009-2012): estudo de caso.

Luciana Maciel de Almeida Lopes et Marluce Maria Araújo Assis, Brasil

Horaires:

Introdução: a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída, em 2009, pelos municípios baianos para que, de modo solidário e compartilhado, pudessem ter condições de solucionar os principais problemas que atingem a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Saúde da Família, com destaque para a rotatividade dos profissionais que dificultam a produção do cuidado de modo qualificado e o estabelecimento do vínculo com o usuário. A FESF apresenta um modo de gestão com estrutura jurídico-institucional que permite a criação de uma lógica interfederada de apoio aos municípios, o quê, isoladamente, não é possível para os gestores municipais, pois suprir as necessidades de provimento e fixação dos profissionais da saúde por meio de criação de uma carreira que permita mobilidade, garantia dos direitos trabalhistas e um plano de carreira com regras claras tem sido a grande dificuldade para a maioria dos municípios brasileiros, diante das amarras burocráticas e institucionais do Estado brasileiro.

Objetivo: discutir se o PECS tem possibilitado a construção de uma política de gestão do trabalho para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em municípios pactuados com a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, Brasil (2009-2012).

Método: estudo de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, tendo como fontes de dados documentos que tratam da Política de Carreira e Gestão do Trabalho da referida FESF-BA no referido período. A análise e tratamento dos dados adotaram os preceitos da análise de conteúdo.

Resultados e Discussão: O PECS traz para a relação trabalhista regras claras e transparentes, com o acompanhamento contínuo dos trabalhadores e de seus representantes sindicais, sendo o acesso à carreira da FESF-SUS, exclusivamente por meio de concurso público, com estrutura de empregos definidas em grupos salariais, com previsão de progressão horizontal, através de estratégias de educação permanente, mérito e titulação, bem como a progressão vertical, por meio da progressão por antiguidade. Para além de progressões na carreira o PECS foi pensado de modo a atrair e fixar os profissionais, principalmente o trabalhador médico, pois prevê em sua remuneração uma gratificação que compatibiliza a lotação do trabalhador com a análise do mercado de trabalho regional, fixado por meio de faixas de localização (regional e municipal) que variam de 0% a 100% de gratificação para que o trabalhador seja estimulado a trabalhar em áreas remotas e de difícil acesso. O foco do PECS traz como destaque a avaliação sistemática das metas e dos resultados a serem atingidos pelos trabalhadores, pois não os separam dos seus processos de trabalho e da principal função a eles conferida, que é o de produzir o cuidado de maneira qualificada e centrada nas necessidades dos usuários do SUS. Após três anos de implantação da FESF-SUS já ocorreu a primeira progressão por antiguidade e o primeiro ciclo de negociação coletiva entre a FESF-SUS e os sindicatos, onde novas demandas dos trabalhadores foram incorporadas ao PECS, além do reajuste salarial.

Considerações Finais: a criação e efetivação do PECS pode ser uma importante ferramenta para a qualificação da assistência na APS, pois permite que os trabalhadores sejam acompanhados e apoiados durante a produção do cuidado, com vistas à correção de trajetória no cotidiano do serviço, o reconhecimento do seu trabalho, com conseqüente valorização do trabalhador e o despertar do desejo em trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

23. Caminhos e descaminhos do VER-SUS/Brasil: avaliação de algumas experiências do projeto de vivências e estágios nas realidades do SUS.

Mariana Bertol Leal, Ana Cristina Lima Pimentel et Emmanuela Mendes Amorim, Brasil

Horaires: Dia 30/08 : 11h-12h30, 14h-15h30, 16h-17h30

O projeto VER-SUS, os estágios e vivências tiveram sua marca construída a partir da realização do VER-SUS/RS em 2002 e do VER-SUS/Brasil em 2004 e 2005. Importante situar também que após esse período inúmeras iniciativas locais e regionais foram desenvolvidas com bases conceituais ancoradas nos princípios da Educação Permanente, mas somente em 2012 esse projeto foi retomado nacionalmente pelo Ministério da Saúde para ser realizado em grande escala pelo país.

Essa retomada em 2012 ocorreu através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde com parceiros como a Rede Unida, a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com a União Nacional dos Estudantes (UNE). Tais atores sociais têm então diante de si o contexto das políticas atuais do SUS e o desafio da formação em saúde para atuar e construir as Redes de Saúde.

Assim sendo, no atual contexto, o VER-SUS/Brasil traz diretrizes que convergem com as atuais políticas prioritárias que prevêm a organização das Redes de Atenção à Saúde tendo a Atenção Básica como organizadora do processo de cuidado. Entende-se que a construção desse projeto deve dialogar com as especificidades locais/regionais em que os diferentes atores políticos constroem essas Redes dialogando com os territórios modelados pelas especificidades e singularidades locorregionais. Propicia aos estudantes a experimentação de um novo espaço de aprendizagem, através do cotidiano de trabalho das organizações de redes e sistemas de saúde. A aproximação com o trabalho na saúde é um dispositivo educativo e essa aproximação é capaz de fomentar espaço para desenvolver processos de luta dos setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. E nessa aproximação é possível transformar diferentes atores envolvidos com o SUS seja estudante, trabalhador, usuário e mesmo atores de diferentes movimentos sociais que estão na disputa de um projeto de saúde para a sociedade brasileira.

Aqui pretende-se apresentar alguns elementos sobre a dinâmica de constituição e construção do projeto VER-SUS Brasil. Dentre diversas reflexões sobre a formação em saúde em curso, o projeto VER-SUS tem procurado repensá-la a partir de estratégias que promovam uma abordagem problematizadora dos processos de trabalho na produção do cuidado. Nesse sentido, entendemos que parece relevante apresentar algumas possibilidades abertas pelo projeto. Esta análise, portanto, é implicada, uma objetivação participante.

Refletir sobre a formação em saúde nos remete ao processo de trabalho, temas recorrentes nas discussões sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, parece relevante destacar a fragmentação dos saberes e práticas na área de saúde como um elemento importante, pois ela enseja uma determinada produção de cuidado, rígida, normatizada que fundamenta-se em um pretenso conhecimento biomédico, neutro, reproduzível e universalmente aplicável. Este pólo atua cotidianamente no controle da produção do cuidado, tanto a partir da aplicação rígida e unívoca do conhecimento médico, quanto pela cultura organizacional rígida. Um outro pólo atua no sentido de dinamizar a dimensão relacional da atuação na produção de saúde, apontando para autonomia do processo de produção do cuidado, mobilizando, portanto, outras estratégias de trabalho, bem como outros processos pedagógicos.

Metodologicamente este trabalho baseou-se em entrevistas abertas com 5 estudantes a partir do que produziram em seus portfólios. O "portfólio" foi um instrumento da comunidade virtual otics utilizado na última versão do projeto em que os estudantes produziam um relato analítico da experiência diariamente. Analisamos alguns desses relatos para perceber potencialidades do projeto. Os apontamentos seguintes partem das reflexões proporcionadas por essa análise.

O projeto VER-SUS possibilita ao estudante vivenciar o cotidiano de trabalho das organizações de saúde a partir de uma experimentação não apenas focada na transmissão do conhecimento biomédico, mas enquanto um espaço de aprendizagem significativa, ou seja, a partir de espaços de ensino-aprendizagem participativos, interativos, esse encontro pode ressignificar o próprio trabalho. O projeto, ao utilizar abordagens problematizadoras, coloca o estudante como protagonista do seu próprio aprendizado. Enfim, coloca-o no centro do processo pedagógico, construindo um espaço de implicação ética e política do estudante com a produção do cuidado. A inovação do projeto, portanto, é congrega estudantes, formadores e gestores como elemento potencializador da formação além de política desenvolvimento do setor. Nesse entendimento, se constitui um dispositivo que possibilita ao estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem em ato, produzindo encontros que abalam verdades, instigam dúvidas e mobilizando outros processos de ensino-aprendizagem, não apenas por uma acumulação cognitiva.

A partir desses breves apontamentos, já resultados dessas análises, podemos compreender que, para além de tudo isso exposto, o projeto parece ser uma alternativa de articulação entre ensino-pesquisa-serviço-gestão, portanto, pode ser bastante interessante, inclusive, na formulação de agendas políticas para a formação e para a política nacional de educação permanente em saúde.

24. A Mochila de arte-fato e dispositivos de Educação Permanente no VER-SUS/Brasil.

Mariana Bertol Leal, Aline Gomes Fernandes, Ana Cristina Lima Pimentel, Bárbara Andres, Emmanuela Mendes Amorim et Silvia Cypriano Vasconcellos, Brasil

Horaires: Dia 30/08 : 11h-12h30, 14h-15h30, 16h-17h30

Em 2002, através da Escola Estadual de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP-RS), surge a proposta de Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que teve como versão piloto a vivência no estado, envolvendo mais de 300 estudantes, sendo, posteriormente, ampliada para outros estados brasileiros. O projeto VER-SUS/Brasil foi iniciado em 2003, através do Ministério da Saúde, e, entre 2003 e 2005, gerou a oportunidade de mais de 1.200 estudantes estabelecerem contato com 60 Secretarias Municipais de Saúde ao longo de 2004.

Os estágios e vivências constituem importantes dispositivos que permitem o estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, entendido enquanto um princípio educativo e os processos de lutas e educação dos setores do campo, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população. Pode-se dizer que o estágio de vivência se assemelha aos projetos de extensão universitária, por ser uma proposta onde o estudante sai dos muros da academia e vai conhecer/vivenciar alguma situação/organização da comunidade/sociedade.

Na Bahia, a Escola Estadual de Saúde Pública do Estado da Bahia (EESP), em agosto de 2009, cumprindo com sua missão de formar e qualificar profissionais e trabalhadores da saúde, realizou o projeto piloto do Estágio de Vivências na Realidade do SUS com o intuito de testar a metodologia, parte importante do processo de formação de futuros facilitadores de novas vivências. Atualmente, eles já estão organizando sua sexta edição do projeto.

Nos anos de 2011 e 2012, após um período de mais de 5 anos sem experiências nacionais, um forte movimento retomou a realização dos estágios, projeto hoje realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, Rede Governo Colaborativo em Saúde, CONASS, CONASEMS e UNE. Assim, na primeira edição do VER-SUS 2012, o projeto foi realizado em 8 estados brasileiros, em que mais de 3000 estudantes de 63 cursos de graduação se inscreveram para participar das vivências. Atualmente, o projeto está sendo ampliado para mais estados e deve atingir ainda em 2013 o número de 5000 estudantes envolvidos.

Todos esses projetos desenvolvidos buscaram aproximar pedagogicamente os estudantes, possibilitando um contato direto com o SUS, visando uma transformação na cultura interna das IES, nas relações entre os atores sociais da formação, no dia-a-dia do campus acadêmico, para gerar mudanças curriculares necessárias às reais necessidades do sistema.

Um dos componentes que articula, especialmente, essas experiências relatadas em nível nacional e/ou estaduais é a oferta metodológica dos projetos. A proposta de construção de uma *“mochila de arte-fatos”* surgiu a partir da concepção metodológica da *“caixa de ferramentas”* de Emerson Elias Merhy (2002), em que as teorias e conceitos são elementos que nos ajudam a interpretar e propor mudanças na realidade. Assim, tal como um artesão, sujeito criador de um objeto manufaturado, um profissional da saúde torna os conceitos instrumentos de interpretação e mudanças de cenários de trabalho em saúde. Ou seja, diante de um determinado contexto, podemos lançar mão de teorias e conceitos que nos ajudem a interpretar e mudar o cenário que se apresenta. Essa idéia foi então adaptada para do estágio de vivência onde o estudante é um interlocutor singular que carrega em sua mochila instrumentos que o ajudem a olhar, sentir e pensar essas diferentes realidades, organizações e pessoas do SUS.

Essa mochila “recheada” de materiais para vivência forneceu aos estudantes um guia que tanto vislumbrava disparar reflexões acerca de cada vivência, apontando possíveis questionamentos para serem abordados e melhor observados, quanto fornecia conceitos e definições sobre temas que seriam objeto de observação, facilitando o processo de aprendizado. Além disso, a mochila símbolo do estágio foi proposta aos estudantes para que estes deixassem as mãos livres para dar as mãos aos colegas na caminhada de construção do conhecimento coletivo e um aperto de mãos diante de um trabalhador e usuário dos serviços, e levassem na bagagem apenas o necessário em termos de pré-conceitos (a serem problematizados em atos e encontros).

Os estudantes facilitadores passaram por um processo de formação pedagógica para empoderarem-se de instrumentos e metodologias para mediação de um processo de formação baseado na aprendizagem significativa. A *“mochila de arte-fatos”* representa o convite ao olhar curioso e astuto do viajante que quer descobrir e desbravar, sem ter a pretensão de ser superior que o diferente, mas aprender com esse diferente, através do encontro e da aprendizagem significativa.

Após alguns processos avaliativos já realizados considera-se que a metodologia dos estágios e vivências bem como as ferramentas disponibilizadas, nesse caso, a *“mochila de arte-fatos”*, é significativa para apoiar os processos pedagógicos propostos. A intensidade dos encontros disparados é tamanha que poder contar com o apoio das ferramentas e das metodologias ativas para permear o processo é positivo e já reconhecido pelos estudantes envolvidos.

25. Proyecto AlzhBASQUE: análisis de la situación y propuesta de intervención para la mejora del manejo de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Autónoma de País Vasco.

Gemma Villanueva, Marta López de Argumedo, José Asua, Eva Reviriego, Elena Aguirreche Ollo, Celia Gómez Poveda, Ana Olaizola-Pildain, Rosana Fuentes-Gutiérrez, Lorea Galnares-Cordero et Mainer Mateos del Pino, España

Horaires:

Contexto y descripción del problema: La demencia es una enfermedad que afecta fundamentalmente a las personas mayores, aunque su aparición puede darse a partir de los 60 años e incluso en personas más jóvenes. Es por ello que el envejecimiento de la población conlleva un importante aumento del número de casos de demencia. En el informe de la OMS publicado en 2011 “Demencia. Una prioridad de salud pública” se revela que cada año hay 7,7 millones de nuevos casos de demencia, y hace un llamamiento a los gobiernos, legisladores y a todos los agentes implicados para hacer de la demencia una prioridad mundial de salud pública.

Objetivo: El objetivo de este proyecto es aumentar la conciencia de la importancia de la demencia como un tema de salud pública prioritario y, en última instancia, incitar a la acción a nivel de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) para el cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Aspectos metodológicos : Este trabajo se ha desarrollado paralelamente al proyecto europeo ALCOVE para ofrecer la información necesaria que ayude a generar una respuesta para afrontar el reto socio-sanitario que supone la enfermedad de Alzheimer, y se abordan las siguientes áreas: (1) prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras

demencias en la CAV; (2) revisión de las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica en relación al diagnóstico del Alzheimer y análisis exploratorio de los métodos diagnósticos utilizados en la práctica clínica real en la CAV; (3) aspectos relacionados con el tratamiento de las personas con Alzheimer, revisando las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica y datos sobre el consumo de fármacos en la CAV; (4) descripción de la formación existente para la formación de los profesionales que trabajan en el ámbito de las demencias y evaluación de sus necesidades formativas y; (5) aspectos éticos y legales relacionados con el cuidado de las personas con demencia.

Todas las áreas se abordan con una metodología arriba-abajo y abajo-arriba. Para ello se realizan, por un lado, revisiones de la literatura que identifiquen estándares internacionales. Por otro, se identifican proyectos locales y servicios disponibles a las personas afectadas con la EA. Se ha cuenta además con la colaboración de profesionales sanitarios en el campo de la EA para evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad y analizar la relación entre profesionales.

Resultados

A continuación se describen los resultados preliminares obtenidos, ya que el proyecto está actualmente en curso. Los datos finales estarán disponibles para la presentación en el congreso.

- Prevalencia: se estima que la prevalencia de la demencia en la CAV es del 9%, aunque los resultados del proyecto ALCOVE apunta a una estimación más conservadora del 7,23%. Esto supondría entre 30.000 a 38.000 casos en nuestra comunidad.
- Diagnóstico: la revisión sistemática de las GPC sobre diagnóstico muestra que existe concordancia inter-guías en relación al abordaje diagnóstico. Además las estrategias diagnósticas utilizadas en la CAV se adecuan a las recomendaciones de buena práctica clínica.
- Tratamiento farmacológico: la revisión sistemática de las GPC sobre el tratamiento farmacológico apunta que en general existe acuerdo en las recomendaciones acerca del tratamiento, pese a algunas diferencias en las recomendaciones sobre el uso de fármacos como la memantina.
- Consumo de fármacos específicos para la demencia: se observa un aumento en el consumo para el periodo 2006-2011 de todos los fármacos evaluados en un porcentaje variable: donepezilo (20%); rivastigmina (106%), galantamina (47%) y memantina (81%). En cuanto al gasto farmacéutico se observa un aumento superior al 56%, pasando de 11,6 millones de euros en el año 2006 a 18,1 millones en 2011.

Discusión: Este proyecto permite evaluar cómo se están utilizando los recursos para poder diseñar una estrategia integral de intervención que suponga una transformación en el abordaje de la EA y una mejora de la eficiencia del sistema, basada en el conocimiento de nuestro entorno y en la mejor evidencia científica. Como producto final se desarrollará una serie de recomendaciones para la atención integral del paciente con EA basada en criterios de buena práctica clínica que se adapte al entorno de la CAPV. Esta intervención buscará potenciar la relación entre profesionales favoreciendo su desarrollo profesional y manteniendo una cultura enfocada al paciente que asegure la mejora y continuidad de los cuidados.

26. Aspectos legales relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias: conocimiento y actitud de los profesionales.

Gemma Villanueva , José Asua, Eva Reviriego, Maider Mateos del Pino, Celia Gómez Poveda, Elena Aguirreche Ollo, Lorea Galnares-Cordero et Rosana Fuentes-Gutiérrez, España

Horaires:

Contexto y descripción del problema: Las características propias de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, que implica pérdida de memoria y dificultad para razonar, a menudo plantea a las familias y enfermos problemas jurídicos y legales, por lo que es importante preverlos para poder proteger adecuadamente al paciente cuando ya no pueda seguir ocupándose personalmente de sus asuntos. Por ello, es necesario no solo evaluar los mecanismos de protección disponibles, sino el acceso que tienen las personas afectadas a los mismos.

Este estudio no pretende abarcar de modo exhaustivo toda la problemática asociada, sino abordar los aspectos más relevantes, específicamente las voluntades anticipadas (VA) y el proceso de incapacitación. El documento de voluntades anticipadas (DVA) o testamento vital sirve para que las personas puedan indicar por adelantado qué tipo de cuidados médicos desean recibir al final de la vida en el caso de que no pudiera expresarse o careciera de facultades para tomar decisiones.

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer de qué recursos disponen las personas con Alzheimer para garantizar sus derechos, autonomía y dignidad, y valorar su acceso a los mismos, así como el conocimiento y actitud de los profesionales implicados en su cuidado sobre el DVA y la incapacitación.

Aspectos metodológicos: Con el fin de alcanzar el objetivo propuesto para este estudio se han llevado a cabo tres tareas: (1) la identificación de las recomendaciones acerca de los recursos de los que deben disponer las personas

con Alzheimer para que se puedan garantizar sus derechos; (2) la identificación de los recursos disponibles en la CAV y el acceso a los mismos y (3) la evaluación del conocimiento y actitudes de los profesionales médicos y socio-sanitarios que trabajan con pacientes afectados con Alzheimer sobre las VA y la incapacitación mediante un cuestionario específicamente diseñado para este objetivo.

Resultados : De entre los más de 2.000 cuestionarios distribuidos se han recibido un total de 783 respuestas. En este momento se está procediendo al análisis de los datos. Los resultados finales estarán disponibles para su presentación en el congreso ALASS.

Los resultados de esta encuesta mostrarán el conocimiento de los profesionales acerca del proceso de incapacitación y el documento de voluntades anticipadas y su actitud hacia estos recursos legales. Nos permitirá ver como se adecua el uso de estas prácticas a lo recomendado en la guía de práctica clínica y a las recomendaciones establecidas por el grupo de trabajo de aspectos legales y demencias del proyecto Alzheimer, para así poder establecer recomendaciones que se ajusten al contexto local.

Discusión: Aunque los aspectos legales relacionados con el cuidado a las personas con demencia han sido descuidados durante mucho tiempo, en la actualidad las guías de práctica clínica otorgan una creciente importancia a este aspecto. El DVA representa un importante paso adelante en el respeto a la autonomía de las personas, al permitirles decidir respecto a las actuaciones sanitarias que deseen recibir, o no, en el futuro si se encuentran en unas determinadas circunstancias, ya que la ley reconoce que constituyen "un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, a fin de conocer con más exactitud la voluntad del paciente" cuando éste no se encuentre en condiciones de expresarla directamente en el momento de necesitar una actuación sanitaria. Así mismo, la incapacitación legal y la tutela se consideran ahora un importante instrumento de protección legal del paciente cuando este no tiene posibilidad de autogobierno, debido a una enfermedad o a una deficiencia.

No obstante la experiencia en la práctica clínica refleja que la adherencia a estas prácticas no es tan alta como sería deseable, por lo que conocer las barreras que impiden la utilización adecuada de estos recursos por parte de los profesionales permitirá establecer recomendaciones de mejora.

28. Alternativas pedagógicas en educación para la salud: Una experiencia participativa orientada a la prevención del cáncer en la mujer. Alternativas pedagógicas en educación para la salud: Una experiencia participativa orientada a la prevención del cáncer en la mujer.

Juana Castro Ramírez, Adriana Urbina Aguilar, Isabel Valentina Ríos Olivera et Ana Isabel Correa Andrade, México

Horaires:

Sponsors Calass 2013:

