

# CALASS2014

## RESÚMENES

4, 5 y 6 septiembre 2014, Granada

### RESÚMENES DE COMUNICACIONES, ATELIERS Y POSTERS DEL JUEVES, 4 SEPTIEMBRE 2014

**Tema principal :** « Profesionales de la salud al servicio de la ciudadanía: demografía, formación y desarrollo profesional »

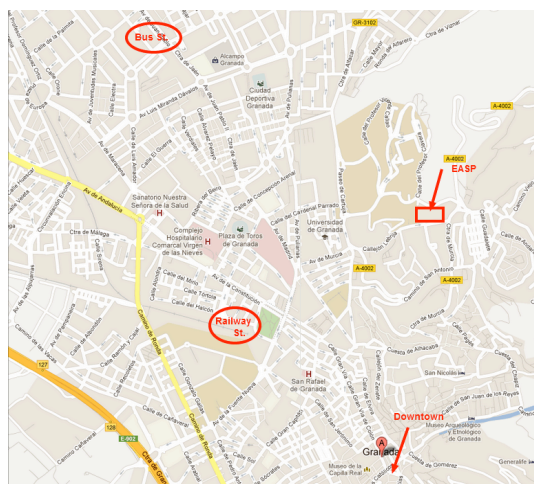
#### Lugar del congreso e instituciones de acogida

##### Escuela Andaluza de Salud Pública

Cuesta del Observatorio, 4

18011 - Granada

Coordenadas GPS: N 37°11'25" - W 3°35'39" (en formato decimal: 37.190278, -3.594167)



#### Itinerario desde el aeropuerto

##### Aeropuerto de Granada:

El Aeropuerto de Granada está a unos 11km del centro de la ciudad. Hay vuelos diarios desde Madrid y Barcelona. Además, hay conexión con el aeropuerto de Londres (City Airport) lunes, miércoles, viernes y domingo, y con el aeropuerto de Palma de Mallorca.

Desde el Aeropuerto se puede llegar a Granada mediante:

Taxi: el precio ronda los 25€

Bus Aeropuerto: Itinerario: Aeropuerto → Granada.

Para más información consultar con la página web de ALASS: [www.lass.org](http://www.lass.org)

#### ALASS cuenta con el apoyo de:

##### Bélgica

- Université Catholique de Louvain, Faculté de Santé Publique et Institut de Recherche Santé et Société. Bruxelles
- Université Libre de Bruxelles. Hôpital Erasme. Bruxelles
- Santhea, fédération hospitalière, Bruxelles-Namur
- Centre Hospitalier Universitaire Sart Tilman Liège
- Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles
- Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. ANMC. Bruxelles

## **Brasil**

- Rede de promoção à Saúde. São Paulo

## **Canadá**

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal
- Institut National de la Santé Publique du Québec

## **España**

- O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

## **Francia**

- IRDES. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Paris
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes
- Université Jean Moulin Lyon 3 - IAE Lyon

## **Italia**

- CRISS. Centro interdipartimentale per la Ricerca e l'Integrazione Socio-Sanitaria. Università Politecnica delle Marche. Ancona
- INRCA – IRCCS Istituto di Ricovero e Cura per anziani

## **Luxemburg**

- Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois. Luxembourg
- Centre de Recherche Public de la Santé. Luxembourg

## **México**

- Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

## **República de Moldavia**

- Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină. Chisinau

## **Rumanía**

- Școala Națională de Sănătate publică și Management sanitar. Bucarest.
- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

## **Suiza**

- Département de la sécurité et de l'économie (DEAS). République et Canton de Genève
- Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

**Jueves, 4 septiembre**

---

**Horario: 08:45 - 09:00 – Salón de Actos**

BIENVENIDA -Salón de Actos. Marie-Lise Lair-Hillion, Présidente de l'ALASS, Luxembourg y Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía

**Horario: 09.00 - 11.00 – Salón de Actos**

**SESIÓN PLENARIA I**

**MESA REDONDA I**

**"El futuro empieza hoy"**

**Coordinadora** : Teresa Campos García. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. España

**Nuevos modelos organizativos para los Sistemas Sanitarios**

José María Sánchez Burlón, Director Adjunto de Prospectiva. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

**Nuevos roles profesionales**

Francisco Garrido Peña, Departamento de Filosofía del Derecho, Universidad de Jaén

**Nuevas metodologías docentes.**

Gonzalo Olivares, Director Académico de IAVANTE

**Estrategias de recursos humanos para afrontar los retos del presente y futuro del Sistema único de Salud de Brasil.**

Heider Pinto, Secretario de Gestión del Trabajo y Educación en Salud del Ministerio de Salud de Brasil

**Estrategias de recursos humanos para afrontar los retos del presente y el futuro en la función pública de Andalucía.**

José Luis Rocha Castilla. (sin confirmar), Consejería de Hacienda y Administración Pública. Junta de Andalucía

**Horario: 11.00 - 11.30 – Salón de Actos**

**25 años de ALASS**

**Horario: 12:00 – 14 :00**

**SESIÓN DE TRABAJO 1 - Sala 0- Informática**

**Tema : Modelo de Acreditación de competencias profesionales en el Sistema Público de Andalucía**

**Organizador** : Rocío Salguero Cabalgante. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y  
Sheila M<sup>a</sup> Martín García. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

**Plazas:** máximo 30 personas

**Lengua:** español

**Objetivos del Taller:**

- Describir el modelo de Acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Situar el modelo en el contexto de la acreditación/evaluación de las competencias profesionales en el mundo.

- Describir el proceso de acreditación que desarrolla un profesional que quiere acreditar sus competencias.
- Mostrar la aplicación informática que da soporte al proceso.

### **Descripción:**

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en colaboración con profesionales y representantes de sociedades científicas, ha desarrollado los programas de acreditación de competencias profesionales, diseñados para reconocer los logros alcanzados por parte de los profesionales en su práctica real y diaria y para impulsarlos hacia el desarrollo y la mejora continua.

El taller pretende dar a conocer a los asistentes el modelo de acreditación de competencias profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Se realizará una descripción teórica del mismo exponiendo el marco en el que se sitúa, los objetivos del proceso de Acreditación, sus fundamentos metodológicos y el estado actual del programa en Andalucía, exponiendo los resultados obtenidos por los profesionales según nuestro Modelo.

Además se mostrará cómo se realiza el proceso de Acreditación de forma práctica, las fases que lo constituyen, las herramientas que dan soporte, la aplicación informática y los distintos tipos de pruebas que aportan.

En la parte práctica se dará acceso a los asistentes a proyectos demo de manera que puedan conocer el funcionamiento de la herramienta.

### **Población a la que va dirigida/participantes esperados:**

Profesionales de la salud, Gestores de Organizaciones Sanitarias.

### **SESIÓN DE TRABAJO 2 - Sala 1**

**Tema:** Metodologías docentes innovadoras: simulación, MOOC

**Organizador:** Fundación Progreso y Salud. Línea lavante. Centro CMAT

**Plazas:** 30

**Lengua:** español

### **SESIÓN DE TRABAJO 3 - Sala 2**

**Tema:**

**Organizadora:** SAS

**Plazas :**

**Lengua :**

### **SESIÓN DE TRABAJO 4 - Sala 3**

**Tema:** Reorientación de los servicios sanitarios para trabajar con los ayuntamientos en los planes locales de salud: competencias de profesionales sanitarios para este contexto

**Organizador:** Covadonga Monte Vázquez, Leticia Reyes, Dolores Rodriguez, Dolores Rodriguez, Lourdes villar. Servicio de Acción Territorial en Salud Pública. SG. Calidad, Innovación y Salud Pública

**Plazas:** 20

**Lengua:** español

## Objetivos del Taller:

- Conocer el fundamento teórico de la acción local en salud/ planes locales de salud y de los mapas de competencias
- Reflexionar sobre las funciones que deben tener y desarrollar los profesionales de los servicios de atención primaria (DAP, UG), en su ámbito municipal
- Identificar las competencias de carácter transversal necesarias para garantizar el desarrollo de las funciones en este proceso de reflexión
- Reflexionar sobre las actuaciones necesarias para dar respuesta al desarrollo de estas competencias.

## Descripción:

- Presentación del Taller
- Exposición: La salud en todas las políticas en el contexto comunitario/la acción local en salud /la reorientación de los servicios. (20 minutos)
- Exposición: Los mapas de competencias. (10 minutos)
- Tormenta de ideas con todo el grupo para concluir una relación de funciones de los/as profesionales sanitarios para trabajar en acción local / reorientación de la atención primaria. (30 minutos)
- Separación en tres grupos de trabajo (7 - 7- 6) para identificar en el listado de funciones las correspondientes a conocimientos habilidades y actitudes (35 minutos):
  - I) Para identificar en el listado de funciones las correspondientes a competencias de conocimientos; describirlas; forma de desarrollarlas.
  - II) Para identificar en el listado de funciones las correspondientes a habilidades; describirlas; formas de desarrollarlas.
  - III) Para identificar en el listado de funciones las correspondientes a actitudes; describirlas; forma de desarrollarlas.
- Exposición de conclusiones por parte de los/as moderadoras y cierre (15 minutos)

## SESIÓN 1 – Sala 4

### Presidente :

### Tema : Necesidades de los ciudadanos 1

#### L'empathie : sa place et son développement chez le médecin.

Hubert Wallot, Emmanuel Tremblay, Québec

Le sens est central dans le rétablissement d'une personne aux prises avec une maladie en général et plus particulièrement avec une maladie psychiatrique Si le sens réfère à la capacité de comprendre son expérience et de l'arrimer avec une projection dans un futur désiré, ce sens, pour un certain nombre de personnes, dont celles souffrant de troubles mentaux, a besoin, pour émerger, d'un accompagnement, notamment celui du médecin et surtout du psychiatre. Or, cet accompagnement ne peut être qu'une activité rationnelle qu'un ordinateur androïde pourrait faire, mais il est plutôt une intégration d'une réflexion partagée où la composante émotive, du côté du psychiatre, doit comporter l'ingrédient empathie. De quoi s'agit-il ? Quelles sont les caractéristiques associées ? Quels effets ont pu en être démontrés ? Se mettre à la place de l'autre ? Pour le médecin, pour le psychiatre ? Peut-on mesurer l'empathie ? Est-ce différent entre les spécialités médicales ? Quel est l'effet de la formation médicale sur le développement de l'empathie ? Quels facteurs interviennent pour moduler positivement ou négativement les changements dans l'empathie ? Dans le curriculum formel ? Dans le "curriculum caché" ? Empathie vs compassion ? Réflexion finale : quelle est la part du développement de l'empathie du côté du patient dans l'émergence chez lui du sens ?

#### Serviço público regular de transporte entre os municípios em Região de Saúde na Bahia: desafios para contemplar a diversidade de necessidades e trajetórias dos usuários na rede.

Adriano Maia dos Santos, Ligia Giovanella, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Brasil

## Pilotage et management des maisons de retraite dans un contexte d'évolution inéluctable de la dépendance.

Véronique Zardet, Nathalie Krief, Renaud Petit. , ISEOR, Magellan. France. [nathalie.krief@univ-lyon3.fr](mailto:nathalie.krief@univ-lyon3.fr)

**Objectifs de la recherche** / La recherche propose d'analyser la manière dont les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) peuvent, tant à leur niveau qu'en activant les coopérations territoriales avec les établissements proches, contribuer à améliorer leur fonctionnement, à développer leurs compétences... Il s'agit de comprendre quelles sont leurs propres marges de manœuvre.

**Contexte et description du problème** / L'accroissement inéluctable de la dépendance des personnes âgées en France, nécessite, à côté du maintien à domicile, d'accueillir davantage de personnes âgées avec des moyens et financements relativement stagnants. Comment, dans une approche intra-organisationnelle, les fonctions de management et de pilotage peuvent contribuer à mieux répondre à ces enjeux ? Il s'agit d'identifier les marges de manœuvre locales.

**Théories, méthodes et modèles** / La recherche sollicite deux études de terrain :

- une étude européenne de comparaison des systèmes sociaux et médico-sociaux (France-Italie) portant sur les pratiques, les problématiques et les enjeux de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, menée à partir d'entretiens semi-directifs et d'une analyse documentaire ;
- une démarche de recherche-intervention conduite en partenariat avec une ARS (Agence Régionale de Santé), dans 10 établissements EHPAD et SSIAD, visant à mieux comprendre et à améliorer l'attractivité des établissements du point de vue des personnels soignants (53 entretiens individuels et de groupes réalisés auprès de directeurs, cadres soignants et professionnels de santé, IDE, AS, AMP...). Une analyse qualitative sur les dysfonctionnements perçus et les effets économiques (évaluation des coûts cachés) a été faite et présentée aux acteurs interviewés.

**Résultats, apports et intérêts de la communication** / Ces deux études montrent la complexité du financement et des relations aux tutelles (ARS, Conseil général) des EHPAD, mais aussi la méconnaissance par les tutelles du fonctionnement réel des EHPAD. Ces derniers sont isolés et se connaissent mal, sur un même bassin. Des besoins multiples de formation émergent, relatifs à la prise en charge des personnes âgées (ex : Alzheimer, gériatrie, relations avec les familles), au management de la part des cadres et des coordonnateurs (IDE, cadres soignants, directeur d'établissement), en particulier en matière de gestion des ressources humaines, de conduite de projet, d'amélioration du fonctionnement. Ces dysfonctionnements ont des impacts sur la prise en charge des résidents : dégradation de la qualité des soins et de l'accompagnement. Des coûts cachés élevés relatifs en particulier à l'absentéisme ont été évalués (12 à 30% d'absentéisme). La phase de projet participatif, actuellement en cours, associe les directeurs et cadres de ces EHPAD, ainsi que différentes institutions partenaires : ARS, Conseil général, DIRRECTE, DRJSCJ, fédérations professionnelles d'employeurs, OPCA... Des premières prises émergent pour améliorer le fonctionnement et la prise en charge des personnes âgées, telles que : l'amélioration des pratiques de recrutement, d'intégration et de fidélisation ; le développement du dialogue vertical et transversal entre les différentes catégories de personnels, les services et les familles ; la mise en place d'actions mutualisées entre les établissements (ex : actions de formation, renfort en cas d'absentéisme, personnel partagé entre établissements) ; le développement de formations internes, ainsi que des actions auprès des instituts de formation pour valoriser ou revaloriser l'image de marque des EHPAD.

## Determinantes asociados a la salud de los migrantes de retorno.

Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez, Cristina Almeida Perales, Pascual Gerardo García Zamora. México

## El copago sanitario a debate: ¿Qué opinan los andaluces?

Lourdes Biedma Velázquez, Rafael Serrano-del-Rosal y Julia Ranchal-Romero. CSIC. España. [lbiedma@iesa.csic.es](mailto:lbiedma@iesa.csic.es)

## Resumen

Con el objetivo de conocer la opinión que los ciudadanos tienen sobre una posible implantación de un copago sanitario asistencial, el IESA-CSIC, ha realizado un estudio financiado por la Fundación Pública Centro de Estudios Andaluces, de la opinión de los ciudadanos en Andalucía ante esta posibilidad. Para ello se ha

entrevistado telefónicamente a una muestra de 1200 personas, a través de un muestreo aleatorio simple estratificado. Se presentan los principales resultados sobre la opinión de los andaluces sobre el copago sanitario.

### Resumo:

Com o objetivo de conhecer a opinião dos cidadãos sobre uma possível implantação de um co-pagamento em saúde assistencial, o IESA/CSIC realizou um estudo financiado pela Fundação Pública Centro de Estudos Andaluces. Para tanto, entrevistou-se telefonicamente a 1200 pessoas através de uma amostra aleatória simples estratificada.

Assim, neste trabalho, são apresentados os principais resultados sobre a opinião dos andaluces a respeito do co-pagamento em saúde.

## SESIÓN 2 – Sala 6

### Presidente :

### Tema : Necesidades de los ciudadanos 2

#### Apprendre à prendre soin des enfants. La formation à l'épreuve du travail.

Anne-lise Ulmann, Daniela Rodriguez, CNAM, France

En France, l'accueil des enfants de moins de 6 ans se fait dans plusieurs types de structures: crèches municipales, crèches parentales, crèches familiales, haltes garderies... Les enfants sont pris en charge par des personnes diversement qualifiées: infirmières puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, des personnes titulaires du certificat d'aptitude professionnelle « petite enfance » <sup>1</sup>(CAP PE)... Les missions de ces structures consistent à accueillir, veiller à la santé, à la sécurité et au bien-être ainsi qu'au développement des enfants (décret 2010-613 du 7 juin 2010).

Dans le cadre d'une recherche sur les relations entre le travail et son apprentissage pour les professionnels passant le diplôme d'auxiliaire de puériculture ou le CAP PE, nous nous intéressons aux liens établis entre les modalités de formation et les conditions d'accueil des enfants. Cette recherche est une réponse à un appel à projets de la Caisse nationale des Allocations Familiales<sup>2</sup>, sur la socialisation des enfants dans ces modes d'accueil. Notre proposition fait l'hypothèse d'un lien entre la formation de ces professionnels et leur contribution à la socialisation des enfants par leurs manières d'interagir avec eux.

Sur un plan méthodologique, nous approchons l'activité de ces professionnels à partir d'une démarche de type ethnographique de manière à saisir le travail en train de se faire, qu'il s'agisse de professionnels de la petite enfance ou de professionnels de la formation.

D'un point de vue social, il s'agit de métiers à la fois idéalisés et peu valorisés. Idéalisés parce que les représentations du travail avec les enfants est souvent « enjolivé ». Il est fréquent par exemple d'entendre « qu'on y joue toute la journée », occultant ainsi l'effort physique, psychique et émotionnel éprouvant. Peu valorisés parce que, associé à la sphère familiale, ce travail suppose plutôt des qualités que des compétences. Le public qui suit ces formations est composé principalement de femmes orientées après un parcours scolaire difficile, ou réorientées professionnellement sur la base d'un intérêt plus ou moins développé pour les enfants.

Notre communication portera sur un aspect de notre recherche qui interroge les relations entre la formation et la santé entendue ici comme une aisance ou un certain plaisir à exercer son travail. Nous montrerons que les fréquents conflits entre professionnels pourraient se trouver pré-structurés par la formation qui différencie et hiérarchise fortement ces deux qualifications (auxiliaire de puériculture et CAP.PE) alors que la division sociale du travail au sein des structures ne s'effectue pas à partir de cette distinction. Une autre source de tension dans le travail est liée à la manière dont les formateurs, en s'attachant à revaloriser ces métiers par l'apprentissage de gestes techniques distincts des savoirs indigènes, installent des décalages entre le travail tel qu'il se fait et tel



qu'il devrait être fait. Ces distorsions entre un idéal professionnel pensé à distance des contraintes et le réel peuvent éclairer les sentiments de fatigue, de lassitude voire le fort absentéisme ou les nombreux maux de dos constatés après quelque temps passé dans le métier.

Nous illustrerons ces analyses à partir des « mises en situations professionnelles » (MSP), qui sont des modalités d'évaluation effectuées conjointement avec les formateurs et les tuteurs dans le cadre professionnel. A la jonction du travail et de la formation, cette modalité d'évaluation est un révélateur de ces tensions entre la pratique et son apprentissage. Les pleurs fréquents durant cette épreuve, même quand ces futurs professionnels donnent satisfaction, amènent à constater que l'évaluation de la pratique se fait en fonction de critères déterminés par la formation et non par les exigences du travail. Cette tension crée de l'inconfort et installe un sentiment d'échec ou une difficulté à se reconnaître comme professionnel dès l'entrée dans le métier.

Le principe d'alternance pourtant destiné à mieux appréhender le travail peut installer les futurs professionnels dans une spirale impossible, quand ils doivent en même temps se garder de mobiliser une pratique domestique de parent, pour être considérés comme de vrais professionnels, tout en sachant se distancer de la pratique des professionnels quand celle-ci n'est pas conforme aux normes de la formation, ce qui est fréquent.

### A Experiência de ser conselheiro local de saúde no exercício do controle social do SUS.

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, Universidade do Estado da Bahia, Maricélia Maia de Lima, Universidade Estadual de Feira de Santana. Brasil. [falcaoenfermeiro@gmail.com](mailto:falcaoenfermeiro@gmail.com)

#### Resumo

O estudo teve como objetivo compreender a experiência de ser conselheiro local de saúde de Feira de Santana-BA, no exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando o papel do sujeito enquanto conselheiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória. Os conselheiros entendem que a sua função é pública, voltada para o bem coletivo, envolvendo melhorias sociais para a comunidade. Os conselheiros encaram a ajuda ao próximo como a principal motivação, além da consciência em exercer a democracia e cidadania para o bem de toda comunidade.

#### Resumen

El estudio pretende entender la experiencia de ser un consejero local de salud de Feira de Santana-BA, en el ejercicio del control social del sistema unificado de salud (SUS), abordando el papel del sujeto como consejero. Es una investigación cualitativa de tipo exploratorio. Los consejeros entienden que su función es pública, centrada en el bien colectivo, que implican mejoras sociales para la comunidad. Los consejeros ven la ayuda al próximo como la principal motivación, además de la conciencia en el ejercicio de la democracia y la ciudadanía por el bien de toda la comunidad.

### Recherche écosanté : de la problématique de la leishmaniose cutanée à un projet de développement local.

Leila Houti, S.Belgat, A.Ikhlef-Allal, F.TabetAoul, A.Kebaïli, A. Sellami, S.Chougrani, B. Makhoulouf, M. Hamedi y Y Rahou. Algérie

**Introduction :** Au cours de ces cinquante dernières années les politiques agraires successives, l'importance croissance démographique, l'urbanisation mal contrôlée ainsi que les sécheresses récurrentes, ont abouti en Algérie, à une gestion inadéquate de l'eau et de l'environnement. Dans ce contexte, et à la faveur du changement climatique, les maladies vectorielles ont connu depuis les années 80, une propagation importante dans la frange nord saharienne.

Le projet en cours s'intéresse à la leishmaniose cutanée, dans deux foyers présentant des écosystèmes naturels contrastés. Draa El Mizan en zone côtière montagneuse à climat subhumide, et Aïn Skhouana, une zone humide emboîtée dans la steppe, à climat semi-aride.

**Objectif :** Proposer selon une démarche écosanté, des scénarios d'adaptation au changement climatique afin d'améliorer la santé des populations.

**Méthode :** La recherche écosanté (transdisciplinarité, approche participative et approche genre) a été préconisée. Les activités déployées sont basées sur les études de terrain visant à identifier les déterminants socioculturels et



naturels de la maladie, des ateliers communautaires participatifs, des actions d'éducation pour la santé et de veille environnementale.

**Résultats :** Au point de vue scientifique, les études de terrain ont confirmé la forme Major de la maladie à Aïn Skhouna, transmise par les gerbilles suite au rétrécissement de la zone humide par pompage anarchique de l'eau. A Draa El Mizan, sévit la forme Infantum, liée au chien et favorisée par la pollution domestique et des cours d'eau. La maladie reste mal connue par les populations et sa prévention n'est basée que sur les pulvérisations cycliques d'insecticides.

A partir des connaissances produites par les études de terrain, le projet a dégagé en accord avec les acteurs locaux, des interventions spécifiques de protection de l'écosystème naturel. Un programme de promotion de la santé a été mis en place pour les populations, ainsi qu'une large communication en direction du public, des décideurs et des professionnels. En parallèle, le projet contribue à la formation de chercheurs et de professionnels dans les domaines de la leishmaniose cutanée et de l'écologie. Le système de veille de la leishmaniose cutanée, centré sur la surveillance du vecteur, du réservoir et du climat a été mis en place et utilise l'envoi des SMS par des veilleurs issus de la communauté.

**Discussion :** De façon inégale et au regard des contextes socioculturels spécifiques, l'approche écosanté a favorisé la prise de conscience générale et l'implication des communautés locales pour réduire leur vulnérabilité.

**Conclusion :** Le projet a pu réaliser des impacts positifs en termes de gestion de l'écosystème par les acteurs locaux, avec une meilleure prise de conscience de la population et des décideurs quant à la relation santé-environnement. Le projet leishmaniose cutanée ouvre des perspectives intéressantes de développement local, de renforcement des capacités ainsi que de nouvelles pistes de recherche et de partenariat. Celles-ci permettent de poursuivre l'approche écosanté dans les sites d'étude et de l'élargir à d'autres régions.

#### Principales necesidades de salud en adultos mayores.

Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez, Jorge A. Zegbe y Pascual Gerardo García Zamora. México

### SESIÓN 3 – Sala 7

**Presidente :**

**Tema :** Accesibilidad, Igualdad 1

#### A institucionalidades dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde.

Vera Maria Ribeiro Nogueira, Helenara Silveira Fagundes - Doutora em Serviço Social. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina – Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Josiane Agustini. Mestre pelo Programa de Pós – Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.  
[vera.nogueira@pq.cnpq.br](mailto:vera.nogueira@pq.cnpq.br)

#### Resumo

Este texto procura contribuir para elucidar uma das questões do CALASS 2014, a saber: Quais as necessidades da cidadania em relação à Saúde e que papel ela tem nas decisões das políticas de Saúde ou de atenção individual? Que modelos de organização são necessários? Busca-se responder à esta questão em um espaço de fronteira entre países. Observa-se que a questão da cidadania nas linhas de fronteira, ou seja, o direito à saúde independente de nacionalidade, é um tema com inserção crescente nas esferas governamentais e não-governamentais. Tal ocorre devido às demandas dos estrangeiros aos sistemas locais de saúde de outro país, o que os obriga a um redesenho constante. Os governos da Argentina, Brasil e Uruguai, reconhecendo esta situação estabeleceram acordos binacionais para reduzir os impactos deste tipo de desigualdade. No Brasil, dois programas nacionais foram igualmente instituídos para minorar esta desigualdade. O objetivo do estudo realizado foi identificar como, e em que medida, as inovações decorrentes das normas, regras e pactos foram incorporados na esfera municipal na linha de fronteira com a Argentina e o Uruguai, conferindo padrões de institucionalidade passíveis de garantir ou não, o direito à saúde aos não nacionais.

#### Résumé

Ce texte vise à contribuer à l'élucidation d'une des questions posées par CALASS 2014, à savoir : Quels sont les besoins des citoyens à l'égard de la Santé et quel rôle jouent-ils dans les décisions politiques de Santé ou de soins individuels ? Quels modèles d'organisation sont-ils nécessaires ? Cherchant à répondre à cette question en lieu de frontière entre pays, on observe que la citoyenneté en zone de lignes frontalières, c'est-à-dire le droit à la santé indépendamment de la nationalité, est un thème grandissant dans les sphères gouvernementales et non gouvernementales. Ceci est dû aux recours d'étrangers aux systèmes locaux de santé d'un autre pays, ce qui force ces derniers à un réaménagement constant. Les gouvernements d'Argentine, du Brésil et de l'Uruguay, reconnaissant cette situation, ont établi des accords binationaux de façon à réduire les impacts de ce genre d'inégalité. Au Brésil, deux programmes nationaux ont également été institués pour atténuer cette inégalité. L'objectif de l'étude réalisée a été d'identifier comment et dans quelles mesures les innovations issues des normes, règlements et pactes ont été incorporées en échelle municipale dans la zone frontière entre l'Argentine et l'Uruguay, en établissant des schémas institutionnels pouvant assurer ou pas le droit à la santé aux non-ressortissants.

### **L'accessibilité potentielle localisée : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux soins primaires en France.**

Véronique Lucas-Gabrielli, Magali Coldefy. France

### **Equidade na prevenção do câncer do colo do útero: uma contribuição da Estratégia de Saúde da Família.**

Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Maria Lúcia Salim Miranda Machado; Alfredo Chaoubah; Carmen Justina Gamarra; Gulnar Azevedo e Silva; Kristiane de Castro Dias Duque, Brasil

### **Diferencias entre los distritos sanitarios andaluces según los nacimientos y la inmigración de mujeres en el siglo XXI.**

Manuel Gómez Castellano, Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. España.  
[manugocas@hotmail.com](mailto:manugocas@hotmail.com)

**Objetivo.** Traer los resultados de un estudio en el que analicé la evolución de los nacimientos en Andalucía en este siglo XXI, los cambios sociales con los que se relacionaba y sobre todo analicé las diferencias entre los distritos sanitarios para así facilitar la aplicación de este estudio a la planificación de los servicios sanitarios relacionados con la natalidad y atención a la mujer. Para que estos servicios sean socialmente eficientes deben de responder a las peculiaridades de cada espacio, por lo que hay que conocer como es la demanda previsible de servicios sanitarios en cada distrito en función de los nacimientos que se han producido y en función de las características de su población pues, como han mostrado toda una serie de autores, algunos rasgos del entorno social concretamente la nacionalidad y edad de las mujeres residentes en cada distrito, van a influir en la cuantía de los nacimientos así como en las características de los partos, y en el riesgo obstétrico y perinatal entre madres extranjeras y españolas

**Contexto.** Tras veinte años de caída en el número de nacimientos se produce una fuerte recuperación entre 1996 y 2008 debida en parte a que las generaciones más numerosas de mujeres de nacionalidad española nacidas durante el baby boom (nacidas de 1960 a 1975) retrasan la edad de la maternidad y tienen sus hijos en estos años, pero esta recuperación de los nacimientos también fue provocada porque progresivamente se les fueron sumando los nacimientos de madres extranjeras que llegan con una fecundidad mayor y más precoz en función de las pautas de fecundidad de sus países de origen. Después de esos doce años de recuperación desde 2008 no ha dejado de disminuir el número de nacimientos.

**Fuentes.** Todas las tasas y gráficos se han elaborado a partir de los datos ofrecidos en el SIMA (Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía) del Instituto de Estadística y Cartografía de la Junta de Andalucía

**Resultados.** He podido comprobar cómo esa recuperación y disminución de los nacimientos se había dado con muy diferente intensidad en los distintos distritos sanitarios debido a la existencia de grandes disparidades en la edad, la nacionalidad y la fecundidad de las mujeres residentes en ellos. Estas diferencias en la evolución y situación de la fecundidad permiten agrupar y clasificar a los distritos sanitarios en cinco tipos:

- 6 distritos que han recibido una gran cantidad de mujeres extranjeras jóvenes que han originado un gran impulso en los nacimientos e incluso un adelanto en la edad de la maternidad

- 7 distritos en las áreas metropolitanas también con una fecundidad elevada porque han ido a residir parejas de jóvenes mayoritariamente de españoles que han retrasado su fecundidad a partir de los 30 años
- Los distritos de las ciudades de Málaga, Sevilla, Córdoba y Granada, debido a la huida de las jóvenes de los centros urbanos a la periferia y las áreas metropolitanas, presentan relativamente más adultas mayores, y con unas tasas de fecundidad entre 35 y 45 años superiores a la media andaluza. Es decir, son los distritos con una fecundidad más retrasada
- 6 distritos en las zonas de montaña más meridionales con poblaciones envejecidas por la emigración que están recibiendo grupos más o menos numerosos de extranjeras jubiladas procedentes de Europa Occidental por lo que se mantiene el envejecimiento y la baja fecundidad
- 10 distritos en las zonas de montaña más septentrionales envejecidos y con muy poca inmigración de mujeres extranjeras y muy baja fecundidad

A partir de este conocimiento de la evolución y la situación de la fecundidad en los distritos sanitarios andaluces me planteo en estudios inmediatos el prever cómo va a ser la evolución futura de los nacimientos, y de la cuantía y estructura por edad de las mujeres, y por lo tanto prever cuales van a ser las necesidades para la atención a la mujer en estos distritos.

**Horario:** 12:00 – 19:30

## **SESIÓN DE TRABAJO 5 – Sala 8**

**Tema :** Elementos claves en la elaboración de itinerarios formativos individuales a través de la evaluación de competencias

**Organizador :** Mayte Periañez Vega. Directora de proyectos de Desarrollo Profesional. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Filomena García Rioja. Técnico de Desarrollo Profesional. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Thomas Espósito Gonfía. Técnico de Desarrollo Profesional. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Blanca Fernández-Sacristán Garrido. Técnico de Desarrollo Profesional. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Manuel Ceballos Pozo. Jefe de Proyecto. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

**Plazas:** 20

**Lengua:** español

### **Objetivos del Taller:**

- Conocer el modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual y la herramienta de soporte web GPDI.
- Conocer el concepto de competencia profesional y los elementos claves de un mapa de competencias
- Identificar competencias, buenas prácticas y evidencias de los puestos de trabajo que ocupen los participantes del taller.
- Conocer como se elabora un itinerario formativo a partir de un mapa de competencias.

### **Descripción:**

En este taller teórico-práctico los/las participantes conocerán como en el marco de la Gestión por competencias, el proceso de gestión de planes de desarrollo individual constituye uno de los procesos claves para orientar el reclutamiento, selección, y capacitación de los profesionales, en función de las brechas individuales en el desempeño de sus puestos de trabajo, partiendo del establecimiento de las competencias claves y las prácticas requeridas para cada uno de esos puestos de trabajo a través de sus mapas de competencias. Este proceso permite identificar lagunas formativas, y articular programas de formación e itinerarios formativos para que los profesionales adquieran las competencias necesarias

Los/las participantes aprenderán como se define un mapa de competencias para un puesto de trabajo a partir de las funciones y las tareas que se llevan a cabo, además de cómo se elabora un itinerario formativo a partir del mapa.

Una vez explicada la metodología, los/las participantes tutorizados por las personas encargadas del taller, llevarán a la práctica los conocimientos adquiridos mediante la identificación de algunas competencias, buenas prácticas y evidencias del puesto de trabajo que ocupen y como estos elementos se convierten en itinerarios formativos.

### **Población a la que va dirigida/participantes esperados:**

Profesionales de la salud, Responsables de formación y/o el Desarrollo Profesional, Responsables de Unidades, Responsables de Servicios, Gestores de formación, etc..

**Horario:** 12:00 – 14:00

### **SESIÓN 4 – Salón actos**

**Presidente :**

**Tema :** Nuevos Roles professionnels

### **Evaluation des technologies de santé en milieu hospitalier et dispositifs médicaux : quel rôle pour les pharmaciens ?**

Nicolas Martelli<sup>1,2</sup>, Anne-Sophie Lelong<sup>1</sup>, Judith Pineau<sup>1</sup>, Patrice Prognon<sup>1</sup>, Hélène van den Brink<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service Pharmacie, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, 20 rue Leblanc, 75015, Paris

<sup>2</sup>Groupe de Recherche et d'Accueil en Droit et Economie de la Santé (GRADES), Faculté de Pharmacie, Université Paris-Sud, 5 rue Jean-Baptiste Clément, 92290 Châtenay-Malabry. France.

[nicolas.martelli@egp.aphp.fr](mailto:nicolas.martelli@egp.aphp.fr)

**Contexte et description du problème :** à la différence des médicaments, les dispositifs médicaux ne bénéficient pas du même niveau d'évaluation de leur efficacité et de leur sécurité avant leur mise sur le marché. Ces dernières années, ce constat a poussé les établissements de santé à renforcer leur niveau d'exigence vis-à-vis de ces produits de santé et à prendre des dispositions locales afin d'optimiser leurs choix notamment pour les plus innovants et onéreux d'entre eux. Cette démarche, connue sous le nom d'évaluation des technologies de santé (ETS) en milieu hospitalier, est devenue un enjeu essentiel en particulier pour les hôpitaux universitaires où l'innovation y est omniprésente. En effet, l'ETS en milieu hospitalier permet de déterminer quelles technologies de santé méritent d'être introduites et financées et ainsi d'améliorer l'efficacité des décisions. De ce fait, plusieurs modèles d'organisation ont vu le jour à travers le monde. Ces modèles se caractérisent par leur interdisciplinarité et par leurs multiples interactions entre des corps de métier différents au sein de l'hôpital.

**Objectifs :** l'objectif de notre travail a été de préciser le rôle que les pharmaciens hospitaliers pouvaient jouer dans l'ETS en milieu hospitalier pour les dispositifs médicaux. En effet, alors que leur rôle a été souvent décrit pour le médicament, il nous a semblé intéressant d'investiguer une particularité de la réglementation française qui confie, à l'hôpital, le contrôle et la gestion des dispositifs médicaux stériles à ces professionnels de santé. Nous nous sommes plus spécifiquement intéressés au contexte hospitalo-universitaire où les dispositifs médicaux innovants, et souvent onéreux, sont cruciaux pour le développement de ces structures.

**Matériel et Méthode :** comme point de départ, nous avons utilisé l'enquête de 2008 sur l'ETS en milieu hospitalier du sous-groupe de travail de l'Health Technology Assessment international (HTAi). Nous avons ensuite réalisé une revue de littérature sur l'ETS en milieu hospitalier en utilisant des bases de données spécialisées comme la Health Technology Assessment database, MEDLINE et EMBASE. 163 articles décrivant 61 organisations d'ETS en milieu hospitalier ont été identifiés. Parmi eux, 45 articles décrivaient 22 organisations dans des hôpitaux universitaires. Les informations ont été systématiquement complétées par la visite des sites internet des organisations correspondantes.

**Résultats/Discussion :** sur 22 hôpitaux universitaires, les 9 pays suivants étaient représentés : Canada, Danemark, France, Italie, Espagne, Etats-Unis, Pays-Bas, Suède et Suisse. 9 (21%) des organisations

identifiées avaient au moins un pharmacien dans leur groupe de travail dédié à l'ETS en milieu hospitalier. Parmi ces 9 organisations, seuls 5 nous ont permis de préciser le rôle des pharmaciens. Ainsi, il apparaît que le rôle des pharmaciens hospitaliers français et italiens sont assez proches dans ces processus. Notre analyse nous a permis de dégager des points forts et des points faibles quant à l'implication de ces professionnels de santé. Ainsi, parmi les points forts, les pharmaciens seraient des professionnels ayant un fort pouvoir d'interface entre les différents corps de métier ; ils contribueraient à la qualité des rapports d'ETS ; ils auraient des compétences en pharmacoéconomie ; ils possèderaient les aptitudes scientifiques nécessaires pour lire et intégrer la littérature scientifique à ces évaluations. Parmi les points faibles, nous avons relevé un manque de compétences approfondies en économie de la santé et/ou dans les spécialités médicales ; une disponibilité limitée de par leurs multiples attributions. En conclusion, dans un rapport récent de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'évaluation des dispositifs médicaux, l'organisation évoquait l'intérêt de personnes ressources, notamment dans les établissements de santé, pour améliorer la diffusion de la culture de l'ETS. Nous pensons que les pharmaciens hospitaliers disposent de plusieurs atouts indispensables pour jouer ce rôle et que leur formation pourrait être complétée pour y répondre de manière plus adéquate encore.

**Intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art :** ce travail est, à notre connaissance, le premier à s'intéresser au rôle des pharmaciens hospitaliers dans l'ETS en milieu hospitalier.

#### **Enfermería referente de Seguridad del Paciente: de la Seguridad del paciente a la Seguridad Clínica en las Áreas y Procesos asistenciales de nuestros hospitales. De la teoría a la práctica. Transversalización.**

Lucia Mata Haya, IDC Sagrat Cor Hospital Universitario; Anna Cruz Oliveras, IDC Cataluña; Cristina Sagrera Felip, IDC Hospital General de Cataluña. España. [lmata@hscor.com](mailto:lmata@hscor.com)

Las mejoras alcanzadas en la Seguridad del Paciente en uno de nuestros centros de 2009 a 2012, mediante la implantación de la figura de una enfermera referente responsable de la Seguridad del Paciente y su área de conocimiento, junto a una nueva estructura organizativa con gestores de cuidados intrahospitalarios y responsables de áreas de conocimiento específicos, pueden transversalizarse en tres centros en el periodo 2012 – 2015 marcados en el Plan Estratégico, mediante la implantación de otra enfermera referente y consolidación de la estructura organizativa iniciada al final 2011 para los tres centros, hasta alinearse totalmente en forma de proceso asistencial transversal sin detener en ningún momento los avances en cultura de seguridad en ninguno de ellos,

**JUSTIFICACION:** La figura de la enfermera referente de Seguridad del Paciente hace visible una nueva área de conocimiento y rol emergente enfermero que vela por la mejor atención al paciente en todo el continuo asistencial, coordinándose como conocimiento transversal con las enfermeras gestoras de cuidados que refuerzan la vigilancia de los riesgos para el paciente y la prevención en seguridad mediante la monitorización de prácticas seguras, y la definición de responsabilidades en Seguridad del Paciente para diferentes profesionales de todas las disciplinas.

**CONTEXTO:** Empresa de ámbito nacional con tres centros en Cataluña que apuesta por implantar cuidados de excelencia a través de la línea estratégica de Seguridad del Paciente, mediante un cambio de la estructura organizativa de tipo matricial, definición de responsabilidades y puestos de la estructura centrada en el paciente y gestionando por procesos asistenciales.

#### **Les nouveaux rôles émergents dans la profession infirmière: le nouveau métier de coordinateurs de soins en oncologie (ICSO).**

Myriam Roos, Belgique

#### **Étude de l'articulation entre les compétences professionnelles, l'implication des acteurs, la qualité et la sécurité des patients. Application à des services d'urgence au Liban et au Mexique.**

Frantz Datry, docteur, directeur de programme, ISEOR, Magellan, IAE Lyon, Université Jean Moulin. Estoneck Guevara Aguilar, médecin, Docteur en direction d'organisations, Hôpital Général de Tlaxcala, Ministère de la Santé, Mexique.

Véronique Zardet, professeur des universités, directrice, ISEOR, Magellan, IAE Lyon, Université Jean Moulin. Marc Bonnet, professeur, Directeur adjoint, ISEOR, Magellan, IAE Lyon, Université Jean Moulin. France et México. [Zardet@iseor.com](mailto:Zardet@iseor.com)

**Objectifs de la recherche :** il s'agit d'une recherche qualitatimétrique conduite à l'intérieur de deux établissements hospitaliers, selon la même méthodologie de recherche intervention, qui dans un premier temps



visé à étudier les dysfonctionnements en lien avec les compétences professionnelles, l'implication des acteurs et la qualité-sécurité de la prise en charge des patients. Puis dans une deuxième étape à présenter les transformations introduites de façon participative pour développer les compétences professionnelles et l'implication des acteurs, afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge. Il s'agit donc de montrer que le développement du potentiel humain est un levier de l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

**Contexte et description du problème :** De nombreux plans nationaux de santé visent à améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients, en développant des approches plutôt centrées sur les processus et leur optimisation, telles que par exemple le lean management. Nous adoptons ici une approche différente en nous intéressant en premier lieu aux acteurs professionnels qui prennent en charge les patients, pour montrer et mieux comprendre comment leurs pratiques professionnelles, influencées pour partie par leur formation professionnelle mais aussi leur implication, sont un facteur clé de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients.

**Méthodes de recherche :** ayant eu l'opportunité de conduire une démarche de recherche intervention selon une méthodologie similaire adoptée par différents chercheurs dans deux hôpitaux, l'un au Liban, l'autre au Mexique, il nous a semblé intéressant de faire une étude inter-cas, pour rechercher d'éventuelles convergences ou spécificités, en partant de contextes de développement économique et social significativement différents. Cette recherche a été conduite d'une part par des spécialistes des organisations (sciences du management) d'autre part par des médecins. Ceci constitue aussi une originalité méthodologique. Un diagnostic socio-économique comportant une analyse des dysfonctionnements tels que perçus par les professionnels, une étude des effets sur la qualité et la sécurité des soins mais aussi sur les coûts cachés entraînés par ces dysfonctionnements, ainsi qu'une étude des compétences des équipes de professionnels nous permet de présenter des résultats d'une grande richesse. Une deuxième étape a porté sur une recherche collaborative avec les acteurs professionnels, pour mettre en place des actions d'amélioration mais aussi de développement des compétences, afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

**Résultats :** nous présentons une analyse qualitative des dysfonctionnements repérés, ainsi qu'une analyse interprétative quant aux compétences des professionnels et à leurs effets sur la qualité, la sécurité et le coût de prise en charge des patients. Une illustration sur la gestion des déchets biologiques dangereux infectieux est présentée pour le cas de l'hôpital mexicain. Puis, nous montrons les actions de développement des compétences et de l'implication professionnelle mises en place par chacune de ces deux organisations dans l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que quelques outils simples de management pour assurer une meilleure continuité de ce genre de processus d'amélioration. L'originalité de ce travail réside dans l'approche comparative inter-cas, internationale, interculturelle, ainsi que dans la focale retenue pour ce travail, consistant en une analyse microscopique à l'intérieur de services hospitaliers davantage qu'une focale macro-sociale sur les politiques de développement professionnel et de professionnalisation.

### **Conhecimento dos recursos da rede de saúde pelos trabalhadores da atenção primária: desafio na incorporação de novas ferramentas de trabalho em saúde.**

Jael Bernardes Da Silva, Silvia Matumoto, Cinira Magali Fortuna, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Franciele Maia Marciano, Unidade Básica de Saúde no município de Uberlândia, Minas Gerais. Juliana Sterci da Silva y Isabella Dias de Oliveira. Brasil. [jael@usp.br](mailto:jael@usp.br)

### **INTRODUÇÃO**

A superação do modelo biomédico desafia os países a se aproximarem de tecnologias de saúde e modelos ligados à medicina tradicional. A Organização Mundial de Saúde vem estimulando seus membros nessa direção. Países como Itália, Filipinas, Gana e Coreia e também o Brasil ofertam práticas tradicionais e complementares.

O Brasil, em 2006 e 2008, respectivamente, publicou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e o Programa específico, com objetivo de viabilizar a população acesso seguro e uso racional de plantas medicinais, visando à integralidade e valorização de saberes populares.

Campinas-SP-Brasil possui programa de fitoterapia desde 1989, antes mesmo da publicação da PNPMF. O programa foi proposto inicialmente com vistas ao conceito ampliando de saúde, entendendo a fitoterapia e o uso de plantas como ferramenta para o cuidado usuário-centrado, incluindo troca de saberes e diálogo entre trabalhador de saúde e usuário, respeitando as práticas tradicionais e populares, como a fitoterapia. Entretanto,

há muitas dificuldades para efetivar tais propostas, dentre elas, a capacitação de trabalhadores da saúde. O objetivo do estudo foi averiguar junto aos trabalhadores da rede de saúde de Campinas-SP-Brasil o conhecimento sobre o programa de fitoterapia.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa com abordagem descritivo-exploratório. Utilizou a técnica entrevista semi-estruturada. Participaram 8 trabalhadores de uma unidade de saúde de atenção primária, de diversas categorias profissionais (auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, médicos, enfermeiro e psicólogo). As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. A identificação das mesmas se deu pela letra “E” seguida de número sequencial.

## RESULTADOS

Os dados revelam diversidade no conhecimento acerca do Programa de Fitoterapia entre os entrevistados. Alguns desconhecem a existência do Programa de Fitoterapia no município, embora este tenha 25 anos de existência. Mas sabem que há fitoterápicos na rede, sem vincular esta distribuição ao programa (E-1, E-3, E-4). A maioria não soube citar qualquer documento normativo sobre o mesmo (E-1, E-2, E-3, E-4, E-5, E-7 e E-8). Um dos médicos apesar de já ter prescrito Fitoterápicos disponíveis na rede, também não conhece o Programa e seus documentos norteadores (E-4). Outro entrevistado referiu conhecer o Programa e que este está implantado há cerca de 5 anos, embora desconheça qualquer documento oficial que o norteie. Um único trabalhador referiu conhecer a origem do Programa e seus documentos normativos, citando inclusive a portaria municipal que regulamenta a prática de Fitoterapia (E-6). Destaca-se o fato de nenhum dos trabalhadores ter recebido orientação, formação, preparo, na rede pública de saúde sobre o Programa de Fitoterapia.

## DISCUSSÃO

As ações em saúde situam-se em um espaço de disputa de práticas e políticas, marcadas por multiplicidade, onde distintos sujeitos coletivos, conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma conformação de saúde que lhes faça sentido. Assim, conhecer os recursos que a rede de saúde em que se trabalha oferece é importante para que seja possível se posicionar e então incorporá-los ou não em suas práticas de cuidado. A falta de conhecimento dos trabalhadores sobre o programa de fitoterapia demonstra que não basta apenas a instituição da medicina integrativa, nos sistemas oficiais ou mesmo sua promulgação legal para garantir a oferta com qualidade; faz-se necessária a promoção de espaços de discussão considerando as dificuldades para o uso desta nova ferramenta no trabalho em saúde, que subjaz um “novo” paradigma de cuidar. Nesse sentido reforça-se a importância de incrementar esse saber e o modo de cuidar que lhe é intrínseco, ligando a fitoterapia, à caixa de ferramentas do trabalhador. E, quanto maior a diversidade de ferramentas utilizadas nas práticas de cuidado, maior a possibilidade de compreender e enfrentar o problema de saúde de modo adequado, tanto para o usuário quanto para o próprio processo de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que as políticas e os programas só tomam forma quando há trabalhadores engajados nos projetos. A falta de conhecimento da equipe revela-se como um dos problemas para que o Programa de Fitoterapia alcance seus propósitos, pois pressupõe-se que os trabalhadores saibam que recurso é este e como podem utilizá-lo no cotidiano. Destaca-se que as políticas públicas, principalmente as de saúde, só alcançarão o usuário quando tiverem sido incorporadas por aqueles que prestam o cuidado e pelos gestores. Assim, salienta-se a importância da qualificação dos trabalhadores para potencializar os recursos oferecidos nos sistemas de saúde.

**Horario: 14:00 – 15:00**

**Comida – Patio EASP**

**Horario: 15:00 – 17:00**

**SESIÓN 5 – Sala 0 Informática**

**Presidente :**

**Tema : Políticas de Salud 1**

**Dossier de santé personnel électronique au Canada : résultats d'un atelier sur les notes de politique.**



Marie-Pierre Gagnon a,b\*, Erik Breton a, Julie Payne-Gagnon a, El Kebir Ghandour a, Lara Khoury c, Jean-Paul Fortin d,e, Gillian Bartlett f, David Wiljer g.

a Axe Santé publique et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec, Québec, Canada

b Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada

c Faculté de droit, Université McGill, Montréal, Canada

d Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec, Canada

e Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada

f Département de médecine familiale, Université McGill, Montréal, Canada

g Department of Radiation Oncology, University of Toronto, Toronto, Canada

## Contexte

Un nombre croissant de Canadiens veulent avoir accès à des services de santé en ligne. Le dossier de santé personnel électronique (DSPé) a été identifié comme un moyen pour réaliser un échange utile d'informations entre le patient et les professionnels de la santé. À cet effet, notre équipe de recherche mène une étude visant à formuler des options de politiques viables touchant l'implantation du DSPé dans les organisations de soins au Canada. Depuis l'automne 2013, nous avons réalisé plusieurs activités de recherche ayant en commun l'identification d'enjeux prioritaires associés à l'implantation et l'utilisation du DSPé. Cependant, le principal défi résidait dans l'intégration de ces résultats dans un processus concret et efficace d'élaboration d'une synthèse de données probantes. Cette synthèse constitue un préalable à la réalisation de dialogues avec les décideurs. À l'instar de recherches similaires impliquant des décideurs, nous croyons important d'utiliser des moyens actifs pour susciter leur participation afin de valider les options de politiques proposées. La solution fut la tenue d'un atelier réunissant des groupes de décideurs et l'équipe de recherche.

## Objectif de la recherche

Cette étude visait à documenter les résultats d'un atelier réunissant des groupes de décideurs et l'équipe de recherche, lequel initiait les participants aux étapes clés associées à l'élaboration d'une synthèse des données probantes.

## Méthodologie

Pour réaliser cet atelier, la chercheuse principale a contacté l'équipe du *McMaster Health Forum* afin d'établir les modalités permettant une rencontre en face à face entre l'équipe de recherche et les groupes de décideurs qui avaient été préalablement sollicités dans des activités à distance (entrevues téléphoniques et consultation en ligne).

Pour nous assurer du succès de cet événement, l'équipe de recherche a réalisé des activités préliminaires entre janvier et mars 2014. Nous avons contacté initialement neuf personnes : deux 2 représentants d'organisations de patients, quatre représentants de milieux gouvernementaux de l'Ontario et du Québec, un représentant d'un organisme autonome des technologies de la santé, un représentant du gouvernement fédéral et un représentant des professionnels de la santé.

L'atelier fut animé par un expert du domaine des politiques des systèmes de santé. L'animateur a accompagné les participants à travers des exercices de collaboration en petits groupes leur permettant d'élaborer en concertation un document. Divisé en six parties et intitulé « Cadre de référence », ce document permettra d'orienter la réalisation ultérieure d'une synthèse portant sur les données probantes concernant les éléments suivants : le contexte entourant la situation du DSPé au Canada, la portée de la future synthèse, les considérations d'équité à considérer, les problèmes liés à la situation présente, les options possibles afin d'adresser le problème ainsi que les considérations pour la mise en œuvre de chaque option déterminée.

## Résultats et discussion

L'atelier s'est tenu dans la ville de Québec les 25 et 26 mars 2014. Il a réuni 18 participants des provinces de l'Ontario et du Québec. Sept provenaient des secteurs énumérés antérieurement, sauf les représentants du gouvernement fédéral et des professionnels de la santé qui n'ont pu participer. Les onze autres participants à l'atelier étaient des membres de l'équipe ainsi que des étudiants contactés par eux. Les principaux résultats associés à l'élaboration en commun du cadre de référence sont les suivants :

1) *Contexte* : Bien que les DSPé puissent constituer une stratégie de soutien à l'autogestion des patients à leur soin de santé, ils ne constituent pas des priorités en Ontario et au Québec. 2) *Portée* : Le DSPé et le dossier médical électronique (DMÉ) doivent être abordés comme un tout. Le terrain pour le DSPé en Ontario tout comme au Québec doit être préparé. 3) *Considérations d'équité* : Certains groupes de patients susceptibles

d'être touchés par la problématique, de même que les options de politiques ou le processus d'implantation en lien avec le DSPé, ont été identifiés. 4) *Problématique* : Des enjeux financiers, opérationnels et de gouvernance ne sont pas encore résolus selon les provinces concernées. 5) *Options de politiques pour résoudre le problème* : Trois options ont été formulées : a) développer et mettre en oeuvre un cadre intégrant les DSPé dans les fonctions fondamentales du système de santé; b) intégrer des projets pilotes d'implantation de DSPé dans des initiatives connexes; c) créer des incitatifs visant les patients, les professionnels de la santé et les organisations pour implanter les DSPé. 6) *Considérations de mise en oeuvre* : Pour chaque option, les barrières et les facilitateurs potentiels à l'implantation des DSPé ont été identifiés.

### Apports de la communication

La réalisation d'un atelier s'inscrivait dans un processus plus large visant la formulation d'options de politiques viables touchant l'implantation du DSPé par les organisations de soins au Canada. Rejoindre ces groupes et susciter leur intérêt envers cette étude a constitué un défi important pour promouvoir une approche participative et itérative. La qualité de la préparation de l'atelier et la présence d'un animateur expérimenté ont facilité les échanges entre les participants.

### Cirurgia Bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS): a relevância da intersetorialidade entre as políticas públicas para o sucesso deste tratamento para obesidade.

Patricia Teresinha Scherer, Andréia Mendes dos Santos y Maria Isabel Barros Bellini. Brasil

### Intersetorialidade uma equação possível nas políticas públicas?

Camila Susana Faler, Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino em Saúde/ Edital Pro-ensino na Saúde/ CAPES y Maria Isabel Barros Bellini, Faculdade de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Brasil. [camilafaler@yahoo.com.br](mailto:camilafaler@yahoo.com.br)

O governo brasileiro tem promovido ações que integram a Política Pública de Saúde com a Educação na Saúde através de iniciativa como o Pró-Ensino na Saúde, que tem por objetivo possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação para a área do ensino na saúde contribuindo, assim, para desenvolver e consolidar esta área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, o Edital Pró- Ensino na Saúde através do Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, lançou para instituições de ensino que tivessem interesse em projetos cujo objetivo central a de promover a construção de ações voltadas ao ensino, pesquisa, formação e qualificação profissional em saúde. Na edição 2010-2014 o Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUCRS através do Núcleo de Pesquisa NETSI, materializou junto a CAPES o projeto intitulado **Integração entre universidade e política de saúde: intersetorialidade e ensino em saúde** sob a coordenação da Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini. Dentre as ações deste projeto a oferta de bolsas de Doutorado e Mestrado transversaliza o objetivo de produzir conhecimento e qualificação profissionais para fortalecer a saúde pública. Assim, diante das inquietações acerca das concepções que cercam os princípios normativos das políticas públicas, em especial na área da saúde, a intersetorialidade, torna-se objeto da pesquisa de Doutorando intitulado Intersetorialidade a Construção de um conceito, que se encontra em andamento, que tem como objetivo geral investigar e analisar a concepção de intersetorialidade que ampara a gestão federal e estadual das Políticas de Saúde, Educação e Assistência Social, a fim de buscar clareza conceitual que possa contribuir para a gestão das políticas públicas. Destarte os resultados preliminares deste projeto apontam através da revisão de literatura que a intersetorialidade é uma categoria que surge na década de 70 do século XX, nas Conferências Internacionais de Promoção de Saúde, especialmente na Declaração de Alma-Ata de 1978, em Otawa no ano de 1986 e na Declaração de Adelaide em 1988 (BRASIL, 2002, p. 19), e que a partir de então, na política de Saúde, ganha notoriedade com a 8ª Conferencia de Saúde em 1986, em que, neste evento se deliberou a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, pressupondo, nesta ótica, sendo necessário que se estabeleça ações intersetoriais entre as políticas (BRASIL, 1986). As produções do conhecimento sobre intersetorialidade aparecem com maior frequência nas produções da área da saúde, e vem ganhando espaço nas construções teóricas bem como surgem como princípios normativos de outras políticas como, por exemplo, na política de Assistência Social e Educação. Neste bojo faz-se relevante compreender sua concepção, pois comumente é utilizada para designar as políticas públicas tanto no campo da gestão como na arena pratico – operativo.

## Desenvolvimento econômico do Brasil e o programa aquí tem farmácia popular: limitantes e potencialidades.

Wendy Beatriz Witt Haddad Carraro, Janice Dornelles de Castro y Sotero Serrate Mengue. Brasil

## La mise en oeuvre d'une politique de santé aux multiples enjeux: le cas du dépistage néonatal au Québec.

Lise Lamothe, École de santé publique (ESPUM), Université de Montréal, Marie-Andrée Paquette, École nationale d'administration publique y Daniel Reinharz, Département de médecine sociale et préventive Université Laval. Québec.  
[lise.lamothe@umontreal.ca](mailto:lise.lamothe@umontreal.ca)

La mise en œuvre d'une politique de santé doit pouvoir composer avec les actions d'un ensemble de parties prenantes, lesquelles sont influencées par leur perception et leur interprétation d'enjeux qui leur paraissent d'importance. Aussi, la mise en œuvre de certaines politiques, par la diversité des acteurs concernés et par celle des enjeux soulevés, est susceptible d'être « plus sensible » et nécessiter une lecture approfondie des enjeux et de leur sens pour les acteurs. Cette lecture diagnostique peut même être une condition essentielle à la réussite de leur mise en œuvre parce qu'elle en guide le processus. Une politique de dépistage néonatal est de ce nombre. En effet, suite à de récents développements technologiques, le dépistage néonatal peut être développé de façon exponentielle. Par ailleurs, l'addition de nouvelles maladies entraîne une multiplication des acteurs concernés et soulève des enjeux nouveaux, tant pour ces parties prenantes que pour les systèmes de santé.

Au Québec, un programme de dépistage néonatal des maladies métaboliques existe depuis les années 1970. Toutefois l'arrivée de la spectrométrie de masse en tandem MS/MS permettant une expansion de ce programme, soulève de nombreux enjeux qui, selon une synthèse des écrits, peuvent être regroupés en deux grandes catégories : ceux d'ordre éthique et ceux d'ordre organisationnels et sociaux. Nous avons tenté de comprendre ces enjeux pour mieux saisir les défis de mise en œuvre.

Notre présentation fait donc état des résultats d'une étude exploratoire menée au Québec auprès d'acteurs concernés par l'expansion du dépistage néonatal. Les données de cette étude s'appuient sur l'analyse des documents produits et sur des entretiens semi-structurés avec des professionnels du système de santé (médecins, responsables de laboratoire, et conseillers génétiques), des représentants de la clientèle du programme (associations de patients et de parents d'enfants malades) et des gestionnaires du système de santé.

Elles ont été analysées en nous appuyant sur un cadre issu d'une revue des écrits. Nous le présentons sommairement.

### Enjeux éthiques

Bénéfices pour la santé du patient  
Impacts psychosociaux de l'information générée  
Choix libre et éclairé

### Enjeux organisationnels et sociaux

Professionnels  
Capacité du système  
Coût d'opportunité

Notre analyse permet en premier lieu, de mettre en évidence quels sont les enjeux d'importance pour chacun des groupes d'acteurs consultés et comment ces enjeux affectent leur position par rapport à l'expansion du dépistage. En deuxième lieu, en nous basant sur la capacité d'action de ces divers acteurs, nous proposons une discussion sur les considérations d'importance pour une mise en œuvre réussie de ce programme.

## SESIÓN 6 – Sala 1

**Sesión organizada por :** Maria Isabel Barros Bellini, Secretaria Estadual de Saúde. Brasil

**Tema :** Experiência de planejamento regional integrado: uma construção coletiva

**Langue:** português

Esta Sessão apresenta experiência de planificação, organização e gestão da política de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) do estado do Rio Grande do Sul/Brasil nos anos de 2011/2014 no processo de regionalização da saúde. A SES/RS tem como Missão “promover a ampliação do acesso a saúde com

*qualidade em todos os níveis de atenção de forma humanizada, segundo as necessidades sociais, e tempo oportuno e com resolutividade, produzindo autonomia e cidadania, contribuindo assim, para a qualidade de vida através dos cuidados em rede regionais em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”(<http://www.saude.rs.gov.br>), e nessa perspectiva tem sob sua responsabilidade uma população estimada em 11.164.043 habitantes, distribuída em 497 municípios em um território de aproximadamente 282 km<sup>2</sup>. Amparada na Missão a equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN/SUS/RS) conduziu entre os anos de 2011/2014 o processo de planejamento que induziu o redesenho das regiões de saúde do estado. O processo em algumas de suas etapas é apresentado a seguir.*

### **Grupo de trabalho planejamento, monitoramento e avaliação da gestão: equipe de trabalhadores na condução da gestão em saúde.**

Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil, Ligia Maria Correa Geyer, Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES y Ana Maria Mejolaro Dalla Valle, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Brasil. [-carmen-bagatini@saude.rs.gov.br](mailto:-carmen-bagatini@saude.rs.gov.br)

Para condução do processo de planejamento e monitoramento das ações do estado foi constituído um grupo de trabalho denominado GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (GTPMA), oficializado por portaria e formado por trabalhadores dos departamentos/setores da SES/RS. A importância da representação e participação destes departamentos tinha como premissa garantir a perspectiva integral da saúde nas análises e planejamentos das ações e propostas. Esse grupo é coordenado pela equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN/SUS/RS) e é composto pelos representantes dos seguintes departamentos: -Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) departamento responsável por formular, coordenar e monitorar a Política da Vigilância em Saúde – Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador ; -Departamento das Ações em Saúde (DAS) que formula e coordena a implementação da Política de Atenção à Saúde no âmbito estadual, apoiando técnica e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, com ênfase na Prevenção e Promoção da Saúde; - Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial com competência para coordenar, monitorar, avaliar e regular as políticas de assistência de média e alta complexidades, ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual; - Departamento de Assistência Farmacêutica com competência para planejar, organizar, executar, monitorar e avaliar a política de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica, e de dispensação especial e excepcional; Fundo Estadual de Saúde; - Ouvidoria Geral, criação recente, e que pretende implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados, acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, além de outros departamentos. O GTPMA reúne-se semanalmente e tem como pauta o planejamento das ações de saúde no estado em todas as suas implicações e complexidade. Este grupo conduziu todo processo de regionalização da saúde nos anos de 2011 a 2013.

### **Análise situacional: construção de estratégias de governança regional.**

Gabriel Calazans Baptista Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES y Marta Araújo Grecellé, Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Brasil. [gabriel-baptista@saude.rs.gov.br](mailto:gabriel-baptista@saude.rs.gov.br)

O processo de re-desenho das regiões de saúde seguiu etapas definidas pelo GTPMA e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e teve como fundamental a Análise Situacional a qual se configurou como um conhecimento e análise densa e aprofundada do estado como um todo e de cada região na sua singularidade. Desta forma pode-se construir uma visão geral e ao mesmo tempo particular. O Rio Grande do Sul no momento inicial da Análise Situacional estava dividido em 19 Regiões Administrativas as quais respondiam administrativamente por vários municípios. Na Análise Situacional a discussão coletiva com gestores/trabalhadores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e equipes dos municípios foi problematizada a reorganização do território regional e desencadeado um processo de gestão coletiva e de planejamento regional. Essa direção tinha como horizonte a construção de estratégias de governança regional, de descentralização da gestão do SUS e ampliação da participação social no processo de tomada de decisão. Após vários meses de condução deste processo definiu-se pela divisão do estado em trinta (30) Regiões de Saúde. Desta forma é possível afirmar que a Análise Situacional possibilitou uma participação coletiva que teve como produto final a organização do estado em regiões de saúde onde todos os atores foram protagonistas.

### **Regionalização da saúde : o redesenho da saúde um processo coletivo.**

Cristian Fabiano Guimarães, Cristiane Fischer Achutti y Liane B Prytoluk. Brasil

## SESIÓN 7 – Sala 2

**Presidente :**

**Tema :** Evaluación (1)

### O Trabalho prescrito e o trabalho real do cirurgião dentista na atenção primária à saúde no Brasil.

Magda Scherer, Wagner Gomes Reis y Daniela Lemos Carcereri. Brasil

### Competências dos Gestores de Serviços de Saúde: como Mapear, Desenvolver e Avaliar?

Adriane Vieira, Universidade Federal de Minas Gerais. Laura Ituassu, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Fátima Ferreira Roquete, Universidade Federal de Minas Gerais. Rachel Alves Vieira, Universidade Federal de Minas Gerais. Patrícia Lourdes Silva, Universidade Federal de Minas Gerais. [vadri.bh@gmail.com](mailto:vadri.bh@gmail.com)

### Resumo

Essa pesquisa teve como objetivo geral identificar as competências necessárias aos gestores de serviços de saúde e validar uma metodologia que se propõe a avaliar e desenvolver tais competências durante a formação acadêmica. A unidade de análise são os alunos do Curso de Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, cuja profissão ainda não foi reconhecida. Dos 396 alunos, 156 participaram da pesquisa. Os dados foram coletados por meio da ferramenta eletrônica SHARE (Smart Human Academic Resources) e de um grupo focal. As principais competências técnicas desenvolvidas estão articuladas em cinco eixos temáticos: economia; política, planejamento e avaliação em saúde; gestão do trabalho e da educação em saúde; administração e contabilidade; metodologias do trabalho científico. As competências comportamentais são: tomada de decisão; relacionamento interpessoal; ética; liderança; trabalho em equipe; flexibilidade; comunicação; empreendedorismo; gestão de conflitos e marketing pessoal. Os dados dos grupos focais revelam que os estudantes conseguem avaliar mais facilmente o desenvolvimento de competências comportamentais e acreditam que elas contribuem mais para seu diferencial competitivo. Eles mostram resistência diante do processo de avaliação, por medo de receberem feedback negativo. Também relatam dificuldade em utilizar todos os recursos por limitações pessoais no uso de tecnologias eletrônicas. Tal resultado remete a necessidade de aprimorar a ferramenta eletrônica de forma a torná-la mais amistosa e interativa.

### Résumé

L'enquête de recherche vise à identifier les compétences nécessaires pour les gestionnaires des services de santé et de valider une méthodologie qui vise à évaluer et à développer ces compétences au cours de leur formation académique. L'unité d'analyse sont les étudiants du cours supérieur en Gestion des Services de Santé, dont la profession n'a pas encore été reconnu. Sur les 396 étudiants, 156 ont participé à l'enquête. Les données ont été recueillies au moyen de l'outil électronique SHARE (Smart Human Academic Resources) et un groupe de discussion. Les principales compétences techniques développées sont articulées autour de cinq thèmes: l'économie; la politique, la planification et l'évaluation de la santé; la gestion du travail et éducation à la santé; l'administration et la comptabilité; méthodes de travail scientifique. Compétences comportementales sont: prise de décision; relations interpersonnelles; éthique; leadership; travail d'équipe; flexibilité; communication; esprit d'entreprise; gestion des conflits et de marketing personnel. Les données provenant des groupes de discussion indiquent que les élèves peuvent plus facilement évaluer le développement des compétences comportementales et croire qu'ils contribuent plus fortement à leur avantage concurrentiel. Ils montrent une résistance envers le processus d'évaluation, de peur de recevoir la rétroaction négative. Signaler également des difficultés dans l'utilisation de toutes les ressources pour limites personnelles dans l'utilisation des technologies électroniques. Ce résultat concerne la nécessité d'améliorer l'outil électronique afin de le rendre plus convivial et interactif.

### Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica e a Integralidade em Saúde: o cenário brasileiro a partir da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e



Clarice Coelho de Oliveira, Thais Maranhão, Alcindo Antônio Ferla y Izabella Barison Matos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil. [psiclarice@gmail.com](mailto:psiclarice@gmail.com)

A Organização Mundial da Saúde recomenda aos seus Estados membros a elaboração de políticas de inserção/integração da medicina tradicional e medicina complementar e alternativa (MT/MCA) com prioridade para a Atenção Primária em Saúde. No Brasil, a MT/MCA são conhecidas como práticas integrativas e complementares (PIC) e estão regulamentadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC), de 2006 (BRASIL, 2012).

O acesso às PIC pelos serviços de saúde brasileiros vai ao encontro dos desafios que a OMS propõe superar, entre os quais destacamos: política nacional integrada ao sistema de saúde; garantia da segurança, eficácia e qualidade na oferta; ampliação do acesso; e uso racional dessas práticas (OMS, 2002).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se organiza em quatro fases: 1ª) adesão e contratualização dos municípios e equipes que farão parte do Programa; 2ª) desenvolvimento, por parte dos municípios, de um conjunto de ações com vistas à promover melhoria da atenção básica; 3ª) avaliação externa por parte do Ministério da Saúde em conjunto com Instituições de Ensino e Pesquisa; e, 4ª) pactuação e recontratualização dos municípios para incentivar processo cíclico sistemático de avaliação. Sendo assim, tem o objetivo de, a cada novo ciclo, induzir a melhoria e a qualidade da atenção.

Esta pesquisa apresenta os resultados da fase de avaliação externa que permitiu um levantamento das condições da Atenção Básica em todo o país, englobando 17.202 Equipes de Atenção Básica do Brasil, o que corresponde a quase metade do total de Equipes no país. Os dados pesquisados são relativos à atenção, gestão, infraestrutura, e satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde.

O estudo teve como objetivo realizar um diagnóstico sobre as práticas integrativas e complementares presentes na Atenção Básica a partir dos dados da avaliação externa do PMAQ-AB. A partir dessa pesquisa, será possível mapear a oferta de PIC nos municípios brasileiros e regiões, e buscar compreender os desafios brasileiros na ampliação do acesso a essas práticas.

Para a realização da pesquisa utilizamos os dados da avaliação externa do PMAQ-AB coletados no primeiro ciclo, realizado no período de 2012/2013. As equipes que aderiram ao programa correspondem àquelas em condições de habilitação e que efetivaram a sua adesão. Essas, provavelmente, correspondem às equipes mais adequadas à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o que aponta também para uma tendência do que pretende a indução dessa política. De toda forma, os dados analisados no presente estudo referem-se a totalidade das que participaram do primeiro ciclo e trata-se de uma análise descritiva dos dados secundários disponíveis no Banco de Dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Entre as equipes avaliadas, constatou-se que 19% referiram ofertar algum serviço de PIC. Dos serviços ofertados, detectou-se que: oferta de atividades de educação em saúde sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos está presente em 34%; sobre uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas de medicina tradicional chinesa e práticas de medicina antroposófica estão presentes em 21% das equipes; a oferta de homeopatia acontece em 14% das equipes.

Esses resultados inéditos representam um marco no diagnóstico sobre a oferta de serviços de práticas integrativas e complementares no sistema público de saúde brasileiro, e será importante subsídio para a discussão da integralidade da atenção, princípio do Sistema Único de Saúde e idéia-força (Mattos, 2001), visto que a oferta desses serviços sugere uma concepção ampliada de saúde, pois valoriza o saber popular e tradicional, além de possibilitar uma alternativa à lógica de cuidado centrada no modelo biomédico.

### Analyse économique comparée de services de soins intensifs dans un échantillon de 14 hôpitaux belges.

Pol Leclercq, A. Bruyneel, D. Martins y M. Pirson. Belgique

#### Contexte

Le Département d'Economie de la Santé (DESULB) étudie depuis plusieurs années les coûts des pathologies (projet PACHA<sup>3</sup>). Pour ces études, une quinzaine de sites hospitaliers sont associés au DESULB qui dispose donc actuellement d'une importante base de données des coûts de revient des pathologies des hôpitaux belges.

Dans le cadre de ces travaux, les services de soins intensifs (USI) suscitent évidemment un intérêt considérable en raison du rôle stratégique de ces unités médicales et des ressources importantes que consomment ces structures (1).

### **Objectif de la recherche**

L'objet de l'étude est, d'une part, la mise en place d'une méthodologie permettant une meilleure imputation des ressources des unités de soins intensifs sur les séjours des patients qui y ont séjourné et, d'autre part, la recherche d'une technique de groupement de ces patients permettant une comparaison économique entre les services de soins intensifs des différents hôpitaux participants au projet PACHA.

### **Littérature**

Plusieurs études sont consacrées à l'utilisation des scores de gravité pour tenter de répartir le coût des médecins intensivistes (2). Comme ces scores ne sont pas enregistrés de manière uniforme dans les différentes unités de soins, on a recherché si la littérature faisait état de scores basé sur d'autres paramètres dont l'enregistrement est plus généralisé. Parmi les différentes échelles, le score OMEGA, créé en France, est basé sur 47 items correspondant à des actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques ainsi qu'à des soins souvent mis en œuvre dans les unités de soins intensifs (3). Une étude comparant l'échelle OMEGA au PRN<sup>4</sup> a montré que ce score était acceptable pour évaluer la charge en soins par patient durant son séjour dans une USI (4). Une autre étude a conclu que le score OMEGA est un bon indicateur pour imputer l'ensemble des coûts directs sur les séjours hospitaliers en USI (5).

En ce qui concerne le groupage des patients séjournant aux soins intensifs, les anglais ont proposé un système répartissant les patients dans 7 groupes différents (6, 7). La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et l'Ecole Nationale de Santé Publique ont imaginé une classification des patients intégrant à la fois le système vital principalement atteint et une échelle de gravité (8,9).

### **Problèmes méthodologiques**

Dans le cadre du projet PACHA, pour l'imputation des coûts, le score OMEGA a été adapté à l'état actuel des techniques utilisées dans les USI. Certains actes entrant dans le calcul du score ne sont plus utilisés en Belgique. Certains items ne sont pas enregistrés en routine. Il a été possible d'extraire 44 items des fichiers des actes facturés ou enregistrés en routine. Après consultation de différents médecins intensivistes, un consensus s'est dégagé pour répartir les coûts médicaux à raison de 60% sur base du score OMEGA exprimé en points (5) et de 40% sur base de la durée de séjour en USI. Cette technique a été étendue aux autres coûts directs en prévoyant de légères variantes pour les coûts du personnel soignant. Pour les infirmières, la proportion est de 50/50 et les points ont été remplacés par des minutes de soins liées au score OMEGA comme le suggère une étude de Blin et al. (10).

Faute de disposer des données indispensables à la transposition des systèmes de classification des patients imaginés par les français et par les anglais et conscients que la classification en APR DRG n'était pas adaptée aux USI, nous avons choisi de réaliser une première segmentation basée sur les MDC<sup>5</sup> (6 groupes). Chaque groupe a ensuite été segmenté en deux sous-groupes selon la gravité des cas. Cette catégorisation repose sur les actes classants utilisés par le système français dont l'équivalent peut être identifié dans la nomenclature des soins belge<sup>6</sup>. Une dernière segmentation a permis d'isoler les patients inliers et outliers. Au final, on compte 23 groupes.

### **Conclusion**

Des méthodes d'imputation des coûts médicaux et infirmiers sur les séjours pris en charge par les soins intensifs ainsi que des groupements de patients pour permettre des comparaisons ont été proposés dans la littérature.

En acceptant certaines approximations, il est possible d'adapter ces méthodes en fonction des données disponibles dans les hôpitaux belges. Ces adaptations ne peuvent constituer qu'une étape avant la mise en place d'un enregistrement de données conforme aux méthodes originales permettant la mise en œuvre de



celles-ci dans les règles de l'art ou le développement de méthodes alternatives basées sur des études rigoureuses. L'expérience montre cependant qu'il est plus facile de convaincre les praticiens hospitaliers de participer à de telles études lorsque l'on peut leur présenter des résultats préliminaires concrets en leur expliquant les améliorations souhaitables.

## SESIÓN 8 – Sala 3

**Sesión organizada por :** Aylene Bousquat, Faculdade de Saúde Pública- Universidade de São Paulo

**Tema :** A expansão dos serviços walking-in e o desafio da construção de redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária à Saúde: a experiência brasileira

**Langue:** Português

**Justificativa e objetivo :** Nos últimos anos assiste-se a um crescimento de serviços do tipo *out-of-hours* e *walking-in* em diversos países com sistemas universais de saúde. Garantia do acesso e oferta de serviço de qualidade são desafios constantes para pesquisadores e formuladores de políticas. Como garantir a qualidade, a continuidade, a coordenação e o efetivo funcionamento em rede destes serviços são questões ainda não respondidas.

No Brasil, país com a quinta maior população do mundo, a ampliação da oferta de equipamentos de saúde com estas características tem sido marcante nos últimos cinco anos. O objetivo desta sessão é contextualizar três experiências de implantação conduzidas pelas diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal) da perspectiva da construção de redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

### Rede Brasileira de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação do desempenho das unidades de pronto atendimento.

Nelson Ibañez, Oziris Simões, Luciana Dias de Lima, Guilherme Arantes Mello, Isabella Chagas Samico, Carmen Lavras, Edson Tamaki, Hudson Pacifico da Silva. Departamento Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP), Escola Paulista de Medicina – UNIFESP; Instituto Materno Infantil de Pernambuco; Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP. Brasil.  
[nelson.ibañez@butantan.gov.br](mailto:nelson.ibañez@butantan.gov.br)

**Objetivo:** Avaliar os fatores que favorecem e dificultam o desempenho de unidades de emergência e urgência, com características de serviços walking-in, propostas pelo governo federal brasileiro com foco na resolubilidade e na constituição e governança das redes de atenção.

**Métodos:** O marcos referenciais foram a gestão integrada de rede de serviços e o desempenho dos sistemas de saúde. Foi realizado estudo de caso em sete estados da federação brasileira que concentram o maior número destes equipamentos. A amostra das unidades foi elaborada de forma a garantir a diversidade regional, totalizando 59 Unidades das 162 existentes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores federais, estaduais, todos os dirigentes das unidades, além de amostra de 187 médicos e enfermeiros; levantamentos de dados secundários e análise documental.

**Resultados:** A maioria, em torno de 50 a 70% dos profissionais das três categorias, avalia como “boa” a capacidade de resolução destas unidades, sendo que uma parte significativa dos médicos (37%) considera a resolubilidade razoável. De acordo com a maioria dos coordenadores e enfermeiros, a frequência de atendimentos da atenção básica ocorre “sempre” e “frequentemente”, enquanto que para os médicos a ocorrência de “algumas vezes” e “raramente” também são relevantes. Esse critério demonstra que para os coordenadores, os atendimentos prestados poderiam ser em sua maioria, realizados pela atenção primária. Na avaliação dos profissionais a pertinência dos encaminhamentos da atenção primária é considerada “boa” e “razoável” em sua maioria, totalizando em torno de 70% das 85 respostas. Um percentual de 11 a 20% dos profissionais consideram “ruim” os encaminhamentos, sendo esse percentual mais elevado na categoria dos enfermeiros (20, 6%). A política de indução ministerial na constituição das redes de atenção tem na visão dos gestores estaduais duas vertentes: uma vista com positividade favorecendo os estados e municípios na implementação destas, outra questionada a maneira pouco flexível em relação ao modelo, passando por cima de realidades estaduais e locais regionais, estabelecendo competição de recursos entre os diferentes

componentes da redes. Estados e municípios se vêm sobrecarregados coma sucessão normas federais para RAS gerando insuficiência para financiamento das ações. Em alguns estados por se tratar de uma iniciativa do Ministério da Saúde, o financiamento é inteiramente compartilhado entre o governo federal e os municípios, sem participação financeira da esfera estadual. Em relação aos gestores municipais existe a percepção de que a implantação das desta unidades está criando uma unidade que atende de forma mais qualificada as Urgências e Emergências, mas que desestrutura uma concepção de organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, articulada pela Atenção Primária à Saúde. A indução do financiamento via federal tem sido importante, mas se mostrado insuficiente para a implementação dos diferentes componentes da rede sobrecarregando os níveis subnacionais com novas demandas e com grande comprometimento orçamentário no custeio dos serviços. Considerações: O estudo de alternativas de financiamento em todos todas as instancias é central onde a questão da relação investimento e custeios são permeados pelas questões das políticas nesses níveis. Observa-se a necessidade do fortalecimento da gestão estadual na governança regional com articulação com os demais níveis de governo para que se altere o modelo fragmentado e competitivo evidenciado e que se possa garantir o pleno funcionamento das redes de atenção alicerçadas na APS, política central especialmente em um país com uma marcante desigualdade social, como o Brasil.

### **Análise da integração de unidades de emergência às redes de atenção à saúde em um estado do sul do Brasil.**

Liza Yurie Teruya Uchimura; Ana Luiza D'Ávila Viana. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Brasil. [lytuchimura@gmail.com](mailto:lytuchimura@gmail.com)

**Objetivo:** Analisar a integração das unidade tipo walking-in e de atenção à emergência e urgência às redes de atenção à saúde no Estado do Paraná, Brasil.

**Método:** Trata-se de um estudo de casos da rede de atenção às urgências no estado do Paraná, que foi um dos primeiros estados a iniciar esta política. A pesquisa foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com coordenadores de uma amostra de 7 unidades em um universo de 14. O critério de escolha da amostra foi realizado a partir da localização, porte, tipo de gestão e abrangência regional. Além de coletas de dados secundários e amostra documental. Justificativa: Estas unidades deveriam constituir a porta de entrada aos serviços de saúde em casos de atendimento não agendados, de urgência e emergência; os casos atendidos deveriam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às Unidades Básicas de Saúde.

**Resultados:** Em 71,4% das unidades o perfil predominante dos pacientes atendidos é de risco intermediário. Em todas as unidades foram identificadas o encaminhamento de atendimentos da atenção primária, porém destes apenas 42,85% possuíam boa pertinência; 28,57% foram razoáveis e 28,57% ruins. A disponibilidade do referenciamento dos atendimentos para outros serviços da atenção secundária estavam presentes para 42,86% dos ambulatorios de especialidades não-médicas; 57,14% dos ambulatorios médicos; 42,86% para unidades do mesmo tipo e 57,14% para serviços de apoio diagnóstico. Para os serviços da atenção terciária, estavam disponíveis para o referenciamento em 57,14% das emergências hospitalares; 85,71% tanto para leitos hospitalares como também para UTIs. Dentre os pacientes atendidos 71,2% são provenientes de todo o município; e 28,8% com referência de uma região dentro do Município. Em relação à demanda e à capacidade de atendimento, 85,7% da amostra referem que a demanda é superior à capacidade de atendimento. Em 28,8% dos serviços foi relatado como causa do não funcionamento da contra referência, a não adesão dos médicos aos protocolos clínicos. Entre um dos motivos de permanência dos pacientes em serviços por mais de 24 horas está a dificuldade de contratação de médicos, relatado em todos os serviços desta amostra.

**Discussão/Considerações Finais:** O estudo permitiu concluir que as unidades do Paraná não estão organizadas como uma rede de serviços e que os profissionais de saúde, principalmente os médicos, não estão inseridos nesta rede de atenção à saúde devido a formação e capacitação insuficientes. Além disto, foi possível concluir que a atenção primária não está sendo ordenadora do sistema de saúde do Paraná refletido no excesso de demanda dos atendimentos na atenção secundária.

### **Desempenho das Unidades de Atenção Primária modelo Walking-in e Comunitário na megalópole brasileira, São Paulo.**

Aylene Bousquat; Ana Luiza D'Ávila Viana; Marcelo Demarzo; Guilherme Mello; Maria Paula Ferreira. Faculdade de Saúde Pública da USP; Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Departamento de Medicina

Preventiva da Universidade Federal de São Paulo; Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, Fundação SEADE. Brasil. [aylenebousquat@gmail.com](mailto:aylenebousquat@gmail.com)

**Objetivo:** identificar o desempenho nos atributos da APS em unidades walking-in (AMA) e serviços comunitários de atenção primária à saúde (UBS) segundo a percepção de profissionais, gerentes e pacientes.

**Métodos:** Estudo transversal descritivo realizado junto a amostra significativa de pacientes e profissionais de saúde na maior cidade brasileira, São Paulo, com mais de 11 milhões de habitantes. Foi aplicado o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)<sup>R</sup>. O marco conceitual de análise foi de Starfield que se desdobra em dimensões de avaliação da atenção básica à saúde, denominadas de: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional. O melhor score é 5 e o pior 0, a média aritmética dos scores de cada dimensão é chamada do Índice de Atenção Básica, que representa uma avaliação global. O universo da pesquisa foi formado por três universos distintos: usuários de AMA, Usuários de UBS e profissionais de AMA e UBS. Foram realizados testes *t* para comparação de médias e testes de qui-quadrado para estudo de associação com dados categóricos, nível de significância de 5%.

**Resultados:** Foram entrevistados 117 gerentes, 487 profissionais de saúde, 608 pacientes de unidades walking-in (AMA) e 640 de unidades comunitárias. Os gestores avaliam, em média, de forma mais positiva as dimensões da atenção básica nos seus estabelecimentos (IAB de 3,48), do que enfermeiros (IAB de 3,32) e médicos (IAB de 3,20). Esse comportamento mantém-se na maioria dos componentes do IAB, a exceção está na dimensão *Porta de Entrada*, melhor avaliada por médicos e enfermeiros do que pelo gestor da unidade. Já entre os tipos de unidades – UBS e AMA – os profissionais alocados na primeira a avaliam de forma mais positiva (IAB de 3,84) do que os profissionais das AMA's (IAB de 2,62). Resultado explicado pela avaliação dos oito componentes que compõem o Índice da Atenção Básica: com exceção do *Acesso*, todas as demais dimensões da atenção básica consideradas no IAB foram melhores avaliadas pelos profissionais da UBS do que para a AMA. As maiores diferenças encontram-se nas dimensões *Elenco de Serviços* e *Orientação para a Comunidade*, com os profissionais das UBS's as avaliando de forma mais positiva do que os profissionais das AMA's. O único componente do IAB em que os gestores das AMA's apresentam escores superiores aos obtidos pelos gestores da UBS's é *Acesso*. Nas AMA's enfermeiros e médicos atingem, respectivamente, um valor máximo de 2,71 e 2,67 no IAB. Em média o Índice de Atenção Básica – IAB – atribuído as AMA's e UBS's do estudo pelos usuários foram, respectivamente, 2,81 e 3,16. Para as AMA's as dimensões mais bem avaliadas foram a *Formação profissional*, *Porta de entrada* e *Elenco de serviços*. Para as UBS's destacaram-se *Elenco de Serviços*, *Porta de entrada* e *Coordenação*. Os usuários de UBS avaliam de forma mais positiva as características dos serviços ofertados pelo estabelecimento do que os usuários das AMA's. As exceções são o *Acesso* – mais bem avaliado entre os usuários de AMA's (escores 3,01 versus 2,21, respectivamente).

**Discussão/Considerações Finais:** No geral, os scores do PCAT obtidos são baixos, especialmente por parte dos pacientes, indicando insuficiências na rede de APS. As AMA's se destacam na dimensão acesso, o que vai ao encontro de seu objetivo de constituir mais uma porta de entrada na APS, mas é clara sua insuficiência nas demais dimensões. É preciso garantir a articulação destas unidades em rede, de forma a garantir um melhor desempenho dos serviços de APS como um todo.

## SESIÓN 9 – Sala 4

**Presidente :**

**Tema :** Formación Contínua

### Comment la traduction d'une technologie dans les pratiques professionnelles contribue à l'optimisation de la mise en œuvre des interventions en prévention des infections?

Randa Attieh<sup>\*1</sup>, Marie-Pierre Gagnon<sup>1,2</sup>, Guylaine Chabot<sup>1,3</sup>, Geneviève Roch<sup>1,2</sup>. <sup>1</sup>Centre de recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Québec, Canada, <sup>2</sup>Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada,

<sup>3</sup>Plateforme d'Évaluation en Prévention de l'Obésité (PÉPO), Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Québec.

[randa.attieh.1@ulaval.ca](mailto:randa.attieh.1@ulaval.ca)

### Contexte

Dans les organisations de soins de santé, l'attention portée à la qualité et l'efficacité des soins met en évidence

la nécessité de l'adoption de nouvelles technologies, tout particulièrement en prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN). Un établissement de santé de soins spécialisés et ultraspécialisés québécois a implanté la technologie *Polymerase Chain Reaction* (PCR) afin d'améliorer la mise en œuvre d'interventions appropriées de prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV). Entre la décision de départ d'adopter la technologie PCR pour gérer les éclosons à ERV et l'atteinte d'une meilleure performance des services de soins, notre objectif vise à expliquer comment le réseau d'acteurs impliqués est une façon adoptée pour optimiser la prise en charge des mesures en PCIN dans le cadre du « Modèle de la traduction des données factuelles sur la prévention des infections dans les pratiques —Théorie de l'Acteur Réseau » (TRIP-TAR).

### Méthode

S'appuyant sur les concepts du modèle intégrateur TRIP-TAR, nous avons utilisé une étude de cas unique avec trois niveaux d'analyse dans trois des cinq installations du CHU de Québec ayant implanté la PCR-ERV. Nous avons sélectionné 28 informateurs clé ayant été acteur et ou témoin de certains aspects du processus de décision d'adoption et de changement de pratiques professionnelles en PCIN. L'ensemble de données comprenait celles des entrevues semi-structurées auprès des informateurs clé (N = 28), une revue des documents internes spécifiques de l'hôpital et une revue des bases de données de laboratoire des cas d'infection à ERV. Une analyse thématique de l'ensemble des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo10 en utilisant une approche de codage déductive/inductive en se basant sur une liste préétablie de concepts provenant du cadre de référence.

### Résultats

Selon le modèle de la traduction, l'optimisation des interventions en PCIN dans un milieu hospitalier est expliquée par l'alignement des intérêts de chaque acteur. Le succès de l'adoption de la technologie PCR-ERV a été influencé par ses capacités à susciter l'adhésion de nombreux alliés qui l'ont fait progresser. Les principaux acteurs impliqués dans ce processus ont eu à reconnaître leur interdépendance, à se coordonner et à collaborer les uns avec les autres, à l'intérieur et entre les installations.

L'étude a soulevé l'importance de préserver d'autres mécanismes d'intéressement, notamment : 1) l'évaluation qui permet de confirmer si le problème identifié au départ et sa solution sont toujours cohérents dans le temps ; 2) la formation qui sert à informer sur la technologie et à piloter ce qui se passe sur le terrain ; et 3) l'adéquation des ressources

Le changement de rôles et de responsabilités professionnelles des acteurs a été particulièrement problématique pour les technologues qui ont souligné une surcharge de travail, une nouvelle organisation du travail et trop d'ajustements.

### Conclusion

Les résultats de cette étude contribuent à enrichir les connaissances sur le phénomène complexe d'introduction d'une innovation en PCIN en milieu hospitalier. L'adoption de la technologie PCR-ERV ayant pour but d'optimiser les pratiques en PCIN ainsi que d'améliorer la qualité des soins aux patients est un processus qui nécessite le développement d'alliances entre les groupes d'acteurs de même qu'une évolution dans les pratiques et les rôles et responsabilités.

### Proprietà psicometriche del Questionario sulla cultura della sicurezza dei pazienti in ospedale (HSOPSC) applicato ai Dipartimenti di Prevenzione Italiani: risultati del progetto internazionale IRIDE.

Carmen Tereanu\*, Scott A. Smith\*\*, Giuseppe Sampietro\*, Bruno Pesenti\*, Francesco Sarnataro\*, Giuliana Mazzoleni\*, Giorgio Barbaglio\*, Dania Brioschi\*\*\*, Luca Sala\*\*\*, Carlo Airolidi\*\*\*. \* ASL di Bergamo, Italia; \*\* Westat, Rockville, USA; \*\*\* ASL di Biella, Italia. [ctereanu@asl.bergamo.it](mailto:ctereanu@asl.bergamo.it)

**Introduzione:** Il risk management in sanità (e la sicurezza del paziente) come funzione aziendale è nato e cresciuto nelle strutture ad alta intensità di cura come gli ospedali. Tuttavia gli errori e gli eventi avversi possono occorrere ovunque. Perciò, per aumentare la sicurezza degli utenti, è importante sviluppare una cultura della sicurezza ad ogni livello del sistema sanitario: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Per misurare la cultura della sicurezza esistente nelle strutture sanitarie dedicate alla Prevenzione, abbiamo utilizzato la versione italiana del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), sviluppato dall'Agenzia per la Qualità e Ricerca in Sanità (AHRQ).

**Obiettivo:** valutare le proprietà psicometriche della versione italiana del questionario HSOPSC

**Metodi:** Il questionario era già disponibile in italiano (traduzione da Bagnasco et al, 2013). Prima di applicare il questionario ai servizi di Prevenzione, abbiamo apportato solo le modifiche indispensabili, al fine di evitare di compromettere l'affidabilità complessiva e la validità del questionario iniziale. Abbiamo pre-testato la versione aggiustata su 15 operatori con diversi profili professionali delle strutture selezionate per lo studio. I record dei partecipanti al pre-test sono stati esclusi dalle analisi statistiche. L'indagine è stata condotta via web, nel mese di ottobre 2013. I dati sono stati ottenuti da due Dipartimenti di Prevenzione, appartenente ad ASL del nord Italia. Abbiamo effettuato statistiche descrittive, correlazioni, affidabilità interna e analisi fattoriale esplorativa e confermativa.

**Risultati:** 237 dipendenti hanno completato l'indagine (tasso di risposta: 71%). L'analisi fattoriale confermativa iniziale (CFA) delle 12 dimensioni della sicurezza dei pazienti ha rivelato che una dimensione (Disponibilità di personale) era scarsamente adeguata al modello (*fit* sotto 0,40). Dopo aver rimosso la dimensione e rieseguito la CFA, una dimensione latente (Percezione globale della sicurezza del paziente) ha avuto una correlazione estremamente elevata ( $r > 0,90$ ) con altre due dimensioni latenti ed è stata successivamente rimossa dal modello. Il modello finale CFA consisteva in 10 dimensioni della sicurezza dei pazienti; il modello aveva una bontà (*fit*) adeguata (tutti i fattori standardizzati caricavano oltre 0,40, la radice quadratica media residua standardizzata = 0,05, l'errore quadratico medio di approssimazione = 0,05, e il *fit index* comparativo = 0.94). Il coefficiente medio di coerenza interna di tutte le 10 dimensioni era 0,80 (range: 0,73-0,95). La correlazione media tra le 10 dimensioni era 0,49 (0,31-0,70). La correlazione media tra le 10 componenti con il grado complessivo di sicurezza del paziente (scala a 5 punti, da Eccellente a Fallimentare) è stato di 0,49 (intervallo: 0,36-0,62). L'analisi fattoriale esplorativa dei sette *items* compresi nelle due dimensioni escluse dal modello finale non ha prodotto una teoria plausibile o una dimensione psicometrica solida.

**Discussione:** La versione italiana dello strumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* comprende 10 delle 12 dimensioni originali degli Stati Uniti e ha risultati psicometrici adeguati. Ulteriori ricerche dovrebbero includere un campione più ampio, proveniente da più strutture, per poter eseguire analisi multilivello.

### **Análise da importância e viabilidade das competências profissionais para o Trabalho Núcleo Apoio à Saúde da Família, para apresentação oral.**

Helena Eri Shimizu y Thais Branquinho Oliveira Fragelli. Universidade de Brasília. Brasil. [shimizu@unb.br](mailto:shimizu@unb.br)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pela Portaria GM nº 154/2008 com a proposta de inserir profissionais, de diferentes áreas do conhecimento, com o objetivo de ampliar a capacidade da atenção básica, segundo as diretrizes da Atenção Primária à Saúde. Objetivos: O objetivo geral foi investigar as competências profissionais construídas no processo de trabalho do NASF e, como objetivos específicos: 1) identificar as competências construídas no âmbito do processo de trabalho do NASF; 2) analisar a importância e viabilidade das competências identificadas; 3) verificar as competências consensuais e não consensuais; 4) compreender as dificuldades para operacionalização das competências identificadas. Métodos: O estudo foi realizado em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado um estudo exploratório com 13 gestores (apoiadores institucionais), 42 profissionais e 11 docentes. Foi aplicado questionário com perguntas abertas, por meio da internet, onde foi solicitado que cada participante indicasse as competências necessárias para a atuação no NASF. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, onde foram identificadas oito competências: 1) realizar diagnóstico da comunidade; 2) trabalhar de modo colaborativo; 3) organizar o cuidado; 4) planejar as ações à comunidade; 5) desenvolver ações intersetoriais; 6) fortalecer políticas públicas; 7) desenvolver ações educativas; e, 8) atuar com diferentes coletividades. Na segunda etapa, foi utilizado o método Delphi de Políticas, adaptado para este estudo, com 75 painelistas (51 profissionais do NASF, 12 gestores - apoiadores institucionais - e 12 docentes), por meio da internet, em duas rodadas, onde foram aplicados questionários com questões fechadas, tipo Likert, com análise da importância e da viabilidade das competências identificadas na primeira etapa, também foi disponibilizado um campo para justificativas das respostas. Os resultados foram analisados seguindo os critérios de De Loe e IQR. Nesta etapa, foram confirmadas as competências encontradas na primeira etapa, por meio da análise do critério de importância. Na análise do critério de viabilidade das habilidades que compõem as competências, foram detectados vários entraves para a operacionalização dessas, dentre os quais destacou-se: 1) articular os níveis de atenção primária, secundária e terciária; 2) realizar o diagnóstico da comunidade baseado na epidemiologia; 3) planejar ações que promovam mudanças em conjunto com a comunidade; 4) avaliar os resultados das ações de saúde; 5) estabelecer



estratégias para facilitar o acesso à rede de atenção; 6) reduzir as barreiras setoriais; 7) desenvolver negociação com outros setores; e, 8) ter formação política. Na terceira etapa, foi realizada uma análise de conteúdo das justificativas dos participantes relacionadas aos dissensos encontrados no estudo Delphi de Política. Aqui, foi possível compreender melhor as dificuldades encontradas, pelos participantes, para operacionalização das habilidades que compõe as competências. Conclusão: O perfil de competências encontrado no presente estudo, evidencia um avanço nas práticas do NASF enfrentando, porém, obstáculos entre os quais se destaca que o processo de trabalho não está estruturado dentro do apoio matricial.

### Redes de profesionales para la formación continua formal e informal, la experiencia en Andalucía.

Olga Leralta, Carmen Lineros y Natalia Cabrera. España

### Coltiviamo talenti.

Barbara Curcio Rubertini, Francesca Senese, Barbara Paltrinieri y Corrado Ruozzi. Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna. Italia. [bcurcio@regione.emilia-romagna.it](mailto:bcurcio@regione.emilia-romagna.it).

### Obiettivi

“Coltiviamo Talent” è un’area di lavoro interattiva che fa parte di una iniziativa della Regione Emilia-Romagna, denominata “Sanità in movimento” (SIM) htt

SIM è nata nel 2013 e mette a disposizione spazi di dialogo tra istituzioni, ricercatori, operatori e cittadini su “temi caldi” per le politiche sanitarie e sociali, soprattutto se non sono ancora a pieno titolo inseriti nelle agende politiche rd amministrative come priorità.

L’obiettivo è quello di mobilitare l’opinione pubblica e impegnare il capitale sociale ed intellettuale rappresentato dagli “addetti ai lavori” dei servizi sanitari, sociali, educativi e delle università, in modo da favorire analisi condivise e co-progettare soluzioni.

Gli “oggetti” maturati in questi percorsi vengono poi posti all’attenzione dei vari livelli di decisori (politici, amministratori locali, managers, rappresentanti delle professioni, formatori) e seguiti nel tempo, per accmpaganre l’effettiva messa in pratica delle trasformazioni proposte.

- “Coltiviamo talenti” [http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/sim/temi/Coltiviamo\\_talenti](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/sim/temi/Coltiviamo_talenti) è una delle aree sulle quali si sta svolgendo questo percorso. Le altre aree attivate finora sono:
  - Dati aperti in sanità
  - Performance delle cure
  - Gestire nella complessità
  - Ambiente e salute

### Metodologia

Questo lo schema generale del processo, che ha come evento centrale un seminario in cui vengono posti i temi alla discussione:

Il percorso si avvale di metodologie di apprendimento attivo e di progettazione sociale, messe in atto utilizzando diversi setting fra loro integrati, sia in presenza che virtuali. Per ogni tema l’intero ciclo dura circa tre mesi (escluso il monitoraggio delle trasformazioni).

Per il lavoro in rete utilizziamo una piattaforma WEB2.0, messa a disposizione dalla Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna, che consente l’integrazione dei media sociali e che offre ambienti di discussione e strumenti interattivi per la cooperazione a distanza, denominati: “Piazze della partecipazione” (<http://partecipazione.regione.emilia-romagna.it/iopartecipo>).

Queste “piazze” sono pubbliche e rappresentano il principale spazio web di incontro tra cittadini e istituzione Regione Emilia Romagna.

### Risultati

Tra maggio 2013 e aprile 2014 “Coltiviamo talenti” ha affrontato tre temi:

1. Politiche delle RUS: quali priorità scegliere, in una prospettiva europea?
2. Nuovi mestieri della cura: i Facilitatori delle relazioni dentro le organizzazioni e tra servizi e comunità
3. Professioni che cambiano: infermieri con competenze avanzate.

Reclutare e saper tenere presso di sé i talenti è una priorità per le nostre organizzazioni: nei paesi industrializzati il pool di talenti a disposizione sta “evaporando” in maniera preoccupante. Una inchiesta su base mondiale della Economist Intelligence Unit ci consegna molte domande ma anche molte risposte utili e, in qualche misura, sorprendente.

Il percorso di “Coltiviamo talenti” è stato quindi aperto da un questionario on-line, costruito selezionando alcune delle domande presenti nella indagine de Tthe Economist, i cui risultati sono stati a suo tempo pubblicati sotto il titolo ‘Talent wars, The struggle for tomorrow’s workforce’.

Sono state selezionate dal nostro team tre delle domande:

- Quali fa#ori sono di maggiore ostacolo alla capacità dei servizi sanitari pubbli- ci di reclutare/mantenere talen! nei prossimi tre anni?

- Quali capacità o conoscenze saranno cri!che per il successo dei servizi sanitari pubblici nei prossimi tre anni?

- Quali azioni potrebbero essere efficaci nell’aiutare i servizi sani- tari pubblici a superare le difficoltà nel reclutamento/ mantenimento delle professionalità più valide?

Le risposte ottenute sono state poi utilizzate per dare input ai relatori invitati ai Seminari e alle discussioni nelle relative Piazze.

Per ciascuno dei temi sono state costruite delle mappe concettuali con tutti i contributi derivati sia dalle risposte ai questionari, sia dai seminari, da twitter e dai forum di discussione online.

Gli stimoli e i dati raccolti sono stati utilizzati per stilare raccomandazioni destinate ai decisori ai vari livelli del Sistema sanitario e sociale (Regione Emilia Romagna, Aziende Sanitarie, Enti Locali, Collegi ed Ordini Professionali, Università).

Le proposte - chiave che hanno innescato percorsi trasformativi nel Servizio sanitario e Sociale dell’Emilia Romagna verranno presentate nella comunicazione.

### **Contributo**

Riteniamo che questa esperienza possa rappresentare un contributo allo sviluppo di una governance partecipativa nel campo delle politiche pubbliche sanitarie. Diversi Paesi si stanno incamminando sulla strada della innovazione aperta, indicata dall’OCSE e dalla UE come una delle principali strategie per garantire innovazione e sostenibilità e per aumentare la fiducia nei sistemi pubblici di welfare.

### **Formação profissional das equipas de Estratégia Saúde Família.**

Ana Claudia Pinheiro Garcia, Rita de Cássia Duarte Lima, Anny Cristinny Miranda dos Santos Cecato, Camila Nogueira Felky, Rafaela Venâncio, Renata Cristina da Silva y Caroline Agripino. Brasil

## **SESIÓN 10 – Sala 6**

### **Presidente :**

**Tema :** Nuevos modelos organizativos

### **L’écart entre l’offre de formation et les attentes de compétences : un facteur explicatif du manque d’attractivité des Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées.**

Renaud Petit y Véronique Zardet. CREGO, ISEOR-Magellan.France. [petit@iseor.com](mailto:petit@iseor.com)

### **Objectif et projet de recherche**

Cette communication analyse l’inadéquation entre les dispositifs de formation (initiale et continue) et les attentes des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes en France ainsi que ses impacts sur l’implication des professionnels et la qualité de prise en charge. Elle montre ensuite dans quelle mesure cette inadéquation génère un manque d’attractivité du secteur de la dépendance de la personne âgée auprès des professionnels soignants. Enfin, nous proposons des leviers d’actions à destination des établissements, en montrant les différents niveaux institutionnels impliqués.

### **Contexte et description du problème**

Les établissements du secteur médico-social accueillant des personnes âgées dépendantes en France se retrouvent confrontés à des difficultés de recrutement et d’intégration de personnel qualifié compte tenu d’une méconnaissance globale de la gérontologie. Bien que cette problématique ne soit pas directement liée à une pénurie de main d’œuvre, elle varie en fonction du territoire, du statut juridique et des compétences en management de ces établissements. Le besoin de personnels qualifiés est d’autant plus préoccupant que les besoins des usagers évoluent : ils entrent dans ces établissements plus âgés, donc plus dépendants, ce qui appelle une prise en charge plus conséquente en temps et en technicité. Or, les personnels soignants manquent de compétences, y compris ceux qui sortent de formation initiale, face à ces usagers. C’est pourquoi, l’enjeu des



établissements est de développer les compétences susceptibles de répondre aux besoins actuels et futurs des usagers.

### **Théories, méthodes**

La recherche est conduite selon une méthode de recherche-intervention socio-économique réalisée dans plusieurs Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de deux bassins territoriaux en France. Cette démarche comporte une triple étude qualitative, quantitative et financière. Des entretiens semi-directifs axés sur les dysfonctionnements et sur les coûts cachés de ces dysfonctionnements, ainsi qu'une analyse des taux d'absentéisme et de rotation élevés, ont permis de mesurer les impacts économiques. Un groupe de projet d'innovation socio-économique, actuellement en cours, vise à faire converger l'ensemble des acteurs institutionnels (régionaux et territoriaux), de la formation, les financeurs, les professionnels vers l'élaboration d'actions pour améliorer le système de formation, le contenu des formations initiales et formations continues ainsi que les besoins des établissements.

### **Résultats et discussion**

Des résultats observés et analysés, au bout d'une année environ, portent en particulier sur :

- La problématique de l'attractivité de l'emploi en EHPAD implique de multiples niveaux : établissements, territoire, organismes régionaux et nationaux de formation du secteur d'activité, institution ;
- les activités quotidiennes des professionnels du soin (aide-soignante, aide médico-psychologique, Infirmière Diplômée d'État et faisant-fonction) sont souvent très proches, ce qui dévalorise la qualification et le diplôme de chacun et présente des écarts significatifs avec les référentiels métiers nationaux ;
- l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins auprès des usagers passe également par une meilleure gestion des ressources et des compétences. En particulier, des compétences en management des équipes, concomitante à l'amélioration de l'efficacité économique (faire mieux ou plus avec les mêmes ressources) pour les directeurs et les encadrants des établissements, sont nécessaires.

### **Ensaio sobre os antecedentes da privatização neoliberal dos serviços de saúde do sistema único de saúde (SUS).**

Fabiano Tonaco Borges<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Siqueira<sup>2</sup>, Suzely Adas Saliba Moimaz<sup>3</sup>, Cléa Adas Saliba Garbin<sup>3</sup>, Renata Reis dos Santos<sup>3</sup>, Gabriella Barreto Soares<sup>3</sup>. 1. Universidade Federal de Mato Grosso UFMT. 2. University of Massachusetts, Boston UMass Boston. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" UNESP. Brasil. [fabianotonaco@ufmt.br](mailto:fabianotonaco@ufmt.br)

A privatização de um sistema de saúde supõe a mudança do seu entendimento como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada. Com a saturação do mercado dos seguros privados de saúde dos Estados Unidos, as transnacionais do setor adotaram, na década de 90, uma agressiva política de expansão para o hemisfério Sul. A consequência da entrada dessas transnacionais têm sido o desmonte dos serviços de saúde estatais. Vê-se a abertura de mercados com a transferência dos recursos das áreas sociais para a administração privada resultando na desestatização do setor. O objetivo deste artigo foi elaborar um ensaio sobre o período que antecede a privatização neoliberal dos serviços de saúde do SUS. Este estudo foi de abordagem qualitativa, por meio de um estudo de caso. Partiu-se dos construtos de primeira potência, ou seja, o senso comum na questão da saúde para delimitar o caminho da compreensão do objeto, que foi o momento que antecede a privatização do SUS, sua fase de "armação". O termo privatização do SUS empregado nesta pesquisa referiu-se ao movimento de transferência de responsabilidade do setor público para o setor privado, que vai da terceirização da gestão do trabalho em saúde à administração de unidades públicas por organizações de direito privado. Iniciou-se a análise do objeto de estudo trabalhando com os seguintes construtos neoliberais para o campo da saúde: (a) que os serviços públicos de saúde não seriam eficientes; (b) que a iniciativa privada seria mais eficiente do que a pública na gestão dos serviços de saúde. Em seguida, explorou-se a origem dessa afirmação correlacionando com o momento sociopolítico do país, tentando compreender as intenções veladas e a direcionalidade que se pretende com a massificação desses construtos. Num segundo momento, realizou-se uma narrativa analítica a partir de uma observação participante de um trabalhador do SUS na gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) durante os anos de 2005 e 2010, que também foi gestor de serviços de saúde na capital e no interior do estado durante esse tempo. Esse intervalo de tempo precedeu a implantação da política de transferência da gestão dos Hospitais Regionais da SES/MT para Organizações Sociais de Saúde (OSS), figura jurídica de direito privado sem fins lucrativos criada no ano de 1998 pela Reforma do Estado. Perscrutou-se documentos como leis, relatórios da SES/MT, matérias jornalísticas publicadas na mídia local e outros dados

secundários do sistema de informação do SUS. O marco legal da implantação das OSS em Mato Grosso foi a lei complementar 150, de 08 de janeiro de 2004, alterada pela lei complementar 417 de 17 de março de 2011. Desde então, seguindo os construtos neoliberais para a saúde, descreveu-se os pontos que sinalizavam o preparo da privatização dos serviços locais de saúde do SUS, de acordo com duas categorias de análise: (a) Desconfiguração Institucional do SUS; (b) Fragmentação do Acesso à Saúde. Dois eventos marcantes antecederiam a privatização: o (1) enfraquecimento da gestão dos serviços públicos de saúde existentes e a (2) hipervalorização da eficiência privada na gestão da saúde. Fomentaria-se um ambiente de crise para o envolvimento dos sujeitos políticos responsáveis na tomada de decisão, geralmente por medidas que iam desde a terceirizações do trabalho em saúde, compra de serviços do subsistema privado, até a transferência da gestão das unidades públicas para o setor privado. Concluiu-se que nos antecedentes da privatização do SUS há o premeditado sucateamento das unidades públicas de saúde, principalmente pelo enfraquecimento dos vínculo de trabalho, de sorte a propiciar a privatização do SUS no âmbito dos sistemas locais de saúde.

### Entre o organograma e a informação, a análise das redes sociais em uma organização hospitalar.

Evandro Luiz Echeverria. Faculdade de Tecnologia do Ipê /FAIPE, Augusto Carlos Patti do Amaral. Universidade de Cuiabá/UNIC. Brasil. [augusto.amaral@kroton.com.br](mailto:augusto.amaral@kroton.com.br)

#### Objetivos

Análise do relacionamento entre o processo de comunicação das redes sociais em uma organização hospitalar, sob o enfoque da cultura organizacional e o organograma instituído.

Auxiliar na reflexão da importância de compreensão das redes sociais e suas interconexões dentro das organizações hospitalares.

#### O contexto e a descrição do problema

Instituição hospitalar de Cuiabá/MT

As limitações do organograma têm desvantagens especiais para as organizações pequenas. A sua relativa informalidade significa que é especialmente importante para o gerente ter uma descrição acurada da textura social da firma, algo que a organograma tradicional não oferece. Um desafio perene é saber qual é o número de níveis ideais, o número ideal de subordinados por superior, e o número de empregos diferenciados na divisão de trabalho. A proposta de estudo foi lastreada na análise de redes de sociais – a sociometria – e fundamentada na observação da interdependência dos sistemas interativos de relações entre pessoas ou grupos. O estudo leva em conta a abordagem dimensional com suas limitações, para, a partir da análise das redes sociais, observar as interações dos participantes e seu posicionamento no organograma da instituição hospitalar em questão.

#### As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados

Em anos recentes muitos pesquisadores tem se voltado a sociometria — um gama de técnicas para mapear as relações sociais — como uma maneira de entender as organizações mais de perto. (MARTELETO 2001). Na análise de redes sociais são observados os atores sociais, seus papéis e suas ligações. A análise de rede social é uma ciência interdisciplinar especializada no comportamento. Ela está fundamentada na observação de que os atores sociais são interdependentes e que as conexões entre eles possuem importantes consequências para cada indivíduo. (FREEMAN, 2004). Para análise de cultura, utilizamos o instrumento denominado C-VAT® , que tem sua própria metodologia e sua precisão é altamente comprovada. Nelson (2012)

#### Os resultados e a discussão

Todas as informações tratadas ao longo deste artigo nos levam a refletir sobre a importância das redes como fator de integração organizacional, e de sua importância para disseminação do conhecimento, operacionalização, desenvolvimento e suporte no processo de empresarial. As tecnologias de informação e comunicação – TICs – fizeram surgir uma gama de novas possibilidades para análise de redes sociais, além disso, seu avanço e as possibilidades de efetivação da interação tem sido objeto de estudos continuados. Da mesma forma, a produção, socialização e o uso de conhecimentos e informações, e a conversão destes em inovações, constituem processos socioculturais. Podemos dizer que as redes sociais ligadas às tecnologias da informação e comunicação desempenham um papel fundamental para transferência de conhecimentos e informação necessária ao desenvolvimento. a.

#### As contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais;

É através das redes sociais que observamos os nossos esforços no sentido da criação e da inovação. Em suma, compreender as redes sociais, e seus relacionamentos estão além do simples desenho de um organograma. Sugere-se assim, a relevância de ampliar o escopo e a abrangência deste trabalho para além dos indivíduos e organizações tomados em estudo, para considerar centralmente suas interações, focando nos condicionantes e resultados dos fluxos de conhecimentos entre os atores locais e destes com atores externos. Importante ressaltar que no caso de aglomerações produtivas, essas se tornam cenário propício à análise, pois são ambientes sociais complexos onde existe conhecimento, aprendizado e inovação.

### **Les nouvelles formes d'organisation de soins de santé primaire (OSSP) sont-elles associées à une meilleure expérience de soins pour les patients atteints de maladies.**

Roxane Borgès Da Silva<sup>1,2,3</sup>, Raynald Pineault<sup>2,3,4</sup>, Sylvie Provost<sup>3,4</sup>, Alexandre Prud'homme<sup>3</sup>.

1. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (Pavillon Marguerite d'Youville), C.P. 6128, succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7.

2. Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7

3. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 1301 rue Sherbrooke Est, Montréal, QC, Canada, H2L 1M3

4. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 3480 rue Saint-Urbain, Hôtel-Dieu (Pavillon Masson), Montréal, QC, Canada, H2W 1T84

Canada. [roxane.borges.da.silva@umontreal.ca](mailto:roxane.borges.da.silva@umontreal.ca)

### **Problématique**

Dans les systèmes de santé occidentaux, plusieurs réformes ont mis en place de nouvelles formes d'OSSP pour répondre aux nouveaux besoins relatifs à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Le Québec a mis en place deux nouvelles formes d'OSSP : les Groupes de médecine de famille (GMF) en 2000 avec pour objectif d'améliorer la continuité des soins et les cliniques-réseau (CR) en 2005 avec pour mandat d'accroître l'accessibilité aux services de santé.

### **Objectif**

L'objectif de cette étude est d'apprécier dans quelle mesure ces nouvelles formes d'OSSP favorisent une meilleure expérience de soins pour les individus atteints de maladies chroniques, en comparaison avec les autres formes d'OSSP qu'on retrouve au Québec.

### **Méthodes**

Deux enquêtes ont été réalisées en 2010, dans deux régions du Québec : une, téléphonique, auprès de la population adulte (n = 9206) et l'autre, postale, auprès de toutes les OSSP (n = 606). Les deux enquêtes ont été jumelées.

Les GMF et CR ont été comparés aux autres OSSP. Des indices d'expérience de soins (continuité, accessibilité, globalité, présence de besoins non comblés, résultats de soins, services préventifs reçus) ont été créés. Cinq catégories de maladies chroniques ont été retenues.

Des analyses descriptives et des régressions multiniveaux linéaires ont été mises en œuvre.

### **Résultats**

De façon générale, quel que soit le modèle d'OSSP, la continuité des soins et les services préventifs reçus sont plus élevés pour toutes les maladies chroniques relativement aux non malades chroniques. Les personnes atteintes de maladies cardiaques, musculo-squelettiques ou avec facteurs de risque cardio-métabolique expriment une globalité des services et des résultats des soins plus élevés.

Les résultats de la régression de l'expérience de soins des malades chroniques selon les modèles d'OSSSP, indiquent que relativement au cabinet médical de groupe, seul le cabinet médical solo renvoie une meilleure continuité des soins, une meilleure globalité et un plus haut niveau de services préventifs reçus. La continuité, les résultats de soins et les services préventifs reçus dans les CR sont moins bonnes que dans les cabinets médicaux de groupe. En termes d'Expérience de soins des malades chroniques, les GMF se comportent comme les cabinets médicaux de groupe puisque les résultats sont tous non significatifs.

### **Discussion**

Nos résultats montrent que les nouvelles formes d'OSSP n'ont pas réussi à favoriser une meilleure expérience de soins pour les malades chroniques. Relativement aux autres OSSP, les CR présentent une moins bonne expérience de soins. Les GMF présentent des indices identiques aux cabinets médicaux de groupe. Le modèle plus traditionnel du cabinet à prestataire unique est par contre associé à une très bonne expérience de soins, accessibilité mise de côté.

Les résultats de notre étude sont à prendre avec précaution puisqu'ils s'appuient uniquement sur l'expérience de soins relatés par les patients et non sur l'utilisation réelle des services.

En conclusion, nos résultats montrent que l'introduction de nouveaux modèles d'OSSP a eu jusqu'à présent peu d'impact sur l'expérience de soins des maladies chroniques.

### **Ensaio sobre os antecedentes da privatização neoliberal dos serviços de saúde do sistema único de saúde (SUS).**

Fabiano Tonaco Borges, Carlos Eduardo Siqueira, Suzely Adas Saliba Moimaz, Cléa Adas Saliba Garbin, Renata Reis dos Santos, Gabriella Barreto Soares. Brasil

A privatização de um sistema de saúde supõe a mudança do seu entendimento como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada. Com a saturação do mercado dos seguros privados de saúde dos Estados Unidos, as transnacionais do setor adotaram, na década de 90, uma agressiva política de expansão para o hemisfério Sul. A consequência da entrada dessas transnacionais têm sido o desmonte dos serviços de saúde estatais. Vê-se a abertura de mercados com a transferência dos recursos das áreas sociais para a administração privada resultando na desestatização do setor. O objetivo deste artigo foi elaborar um ensaio sobre o período que antecede a privatização neoliberal dos serviços de saúde do SUS. Este estudo foi de abordagem qualitativa, por meio de um estudo de caso. Partiu-se dos construtos de primeira potência, ou seja, o senso comum na questão da saúde para delimitar o caminho da compreensão do objeto, que foi o momento que antecede a privatização do SUS, sua fase de "armação". O termo privatização do SUS empregado nesta pesquisa referiu-se ao movimento de transferência de responsabilidade do setor público para o setor privado, que vai da terceirização da gestão do trabalho em saúde à administração de unidades públicas por organizações de direito privado. Iniciou-se a análise do objeto de estudo trabalhando com os seguintes construtos neoliberais para o campo da saúde: (a) que os serviços públicos de saúde não seriam eficientes; (b) que a iniciativa privada seria mais eficiente do que a pública na gestão dos serviços de saúde. Em seguida, explorou-se a origem dessa afirmação correlacionando com o momento sociopolítico do país, tentando compreender as intenções veladas e a direcionalidade que se pretende com a massificação desses construtos. Num segundo momento, realizou-se uma narrativa analítica a partir de uma observação participante de um trabalhador do SUS na gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) durante os anos de 2005 e 2010, que também foi gestor de serviços de saúde na capital e no interior do estado durante esse tempo. Esse intervalo de tempo precedeu a implantação da política de transferência da gestão dos Hospitais Regionais da SES/MT para Organizações Sociais de Saúde (OSS), figura jurídica de direito privado sem fins lucrativos criada no ano de 1998 pela Reforma do Estado. Perscrutou-se documentos como leis, relatórios da SES/MT, matérias jornalísticas publicadas na mídia local e outros dados secundários do sistema de informação do SUS. O marco legal da implantação das OSS em Mato Grosso foi a lei complementar 150, de 08 de janeiro de 2004, alterada pela lei complementar 417 de 17 de março de 2011. Desde então, seguindo os construtos neoliberais para a saúde, descreveu-se os pontos que sinalizavam o preparo da privatização dos serviços locais de saúde do SUS, de acordo com duas categorias de análise: (a) Desconfiguração Institucional do SUS; (b) Fragmentação do Acesso à Saúde. Dois eventos marcantes antecederiam a privatização: o (1) enfraquecimento da gestão dos serviços públicos de saúde existentes e a (2) hipervalorização da eficiência privada na gestão da saúde. Fomentaria-se um ambiente de crise para o envolvimento dos sujeitos políticos responsáveis na tomada de decisão, geralmente por medidas que iam desde a terceirizações do trabalho em saúde, compra de serviços do subsistema privado, até a transferência da gestão das unidades públicas para o setor privado. Concluiu-se que nos antecedentes da privatização do SUS há o premeditado sucateamento das unidades públicas de saúde, principalmente pelo enfraquecimento dos vínculo de trabalho, de sorte a propiciar a privatização do SUS no âmbito dos sistemas locais de saúde.

### **Modelo descriptivo de los factores determinantes de las organizaciones sanitarias de alto rendimiento.**

Joan Barrubés. Antares Consulting. Barcelona. España. Manel Peiro. Departamento de Dirección de Personas y Organización, ESADE Business School, Barcelona. España.

Esta comunicación pretende resumir la primera fase de un trabajo de análisis de los factores que explican las organizaciones de alto rendimiento. El trabajo parte de la formulación de las siguientes preguntas: ¿Qué características tienen las organizaciones sanitarias que obtienen mejores resultados de forma sistemática y continua? ¿Hay algunos rasgos comunes en estos centros de excelencia? ¿Qué entendemos por mejores resultados en el sector sanitario?

Una primera revisión de la literatura nos muestra que empiezan a acumularse trabajos que relacionan factores de gestión y organizativos con la obtención de mejores resultados en hospitales. Algunos de estos factores son:

- Estrategia y planificación explícita
- Protocolos basados en la evidencia.
- Participación de clínicos en la gestión
- Autonomía de gestión y modelo de gobierno independiente
- Profesionalización de los directivos
- Cultura de medición de resultados y evaluación
- Entorno de competencia, que favorece la búsqueda de mejores resultado
- ...entre otros factores

Estos factores se han analizado con un grupo de 21 responsables de organizaciones sanitarias y se ha formulado un mapa de factores explicativos de las organizaciones sanitarias de alto rendimiento. Estos factores se han agrupado en tres categorías:

- Factores de coyuntura o entorno de la organización, como los sistemas de pago, el grado de competencia entre hospitales, etc.
- Factores estructurales de la organización, como la naturaleza jurídica del hospital, el modelo de gobierno, etc.
- Factores de gestión: formulación de la estrategia, protocolos clínicos, participación de profesionales sanitarios en la dirección, etc.

El modelo propuesto sugiere que existe una clara relación entre gestión y resultados de los hospitales y que hay algunos rasgos que caracterizan una buena gestión hospitalaria. En una fase siguiente de los trabajos se determinarán los indicadores pertinentes para medir cada variable del modelo, se validará el instrumento de medida y se realizará un trabajo de campo para medir la relación entre el modelo propuesto y los resultados de los hospitales.

### **L'hôpital de demain sera-t-il à domicile ? La place et les perspectives du modèle d'hospitalisation à domicile (HAD) « à la française » dans le système de santé.**

Laure Com-Ruelle, IRDES. France. [comruelle@irdes.fr](mailto:comruelle@irdes.fr)

#### **Objectif de cette recherche (52 mots)**

Le but de ce travail est une réflexion sur le positionnement stratégique de l'hospitalisation à domicile (HAD) en France. Comment le modèle d'HAD « à la française » peut-il répondre aux nouveaux besoins sanitaires ? Une vision prospective s'appuyant sur les bonnes pratiques et les innovations amènera à proposer plusieurs scénarii d'évolution.

#### **Contexte et description du problème (101) mots**

Face aux grandes tendances démographiques et épidémiologiques, au contexte financier contraint et aux demandes des patients, le système de soins doit se réformer. L'hôpital occupe une position particulière par les services qu'il offre et les dépenses occasionnées, nécessitant de profondes mutations. Etablissement de santé à part entière, l'HAD est concept innovant et ancien. L'HAD « à la française » reste originale et, bien que particulièrement moderne dans son organisation et son fonctionnement, à la charnière des secteurs hospitalier, ambulatoire, médico-social et social, son avenir et sa place au sein d'une offre de soins multiple requiert une réflexion sur son positionnement stratégique.

#### **Les matériels employés (71 mots)**

Une revue de littérature française et étrangère a identifié les différents modèles d'HAD existants et leur évolution. Un état des lieux de l'offre d'HAD et de la patientèle en France a été établi à partir des données exhaustives issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-HAD). Des entretiens semi-dirigés des acteurs clés ont été menés en 2013, informant sur les travaux en cours et les réflexions sur les perspectives d'évolution.



### **Les méthodes (73 mots)**

Une description de l'historique de l'HAD en France, mode de prise en charge hospitalière innovant, de sa place actuelle, des missions, du mode de fonctionnement, des apports des études françaises et des modèles étrangers et un état des lieux sont établis. Ses atouts et limites sont identifiés et les évolutions souhaitables dégagées. La question suivante est posée : dans quelle proportion l'HAD peut-elle continuer à se développer significativement et pour quelles orientations ?

### **Les résultats (139 mots)**

L'HAD représente un réseau en soi au sein d'un réseau plus large où la notion de coordination domine. Une structure dispose d'une équipe pluridisciplinaire d'intervenants médicaux qui se déplace au domicile. L'HAD est proposée et non imposée sur prescription d'un médecin hospitalier ou de ville sur la base d'un projet thérapeutique individuel. Eclairés par des résultats d'études, des changements récents ont levé des freins importants et mis en place des incitations. Une tarification à l'activité (T2A) spécifique basée sur les coûts et un recueil informatique exhaustif des séjours sont opérationnels depuis 2005. L'objectif de 15 000 places pour 2010 n'a pas été atteint mais chaque département est couvert et la plupart des indicateurs d'activité progressent régulièrement. En 2011, l'activité d'HAD restait pourtant globalement marginale : 3,9 % des journées MCO+SSR, 0,8 % des patients et 0,6 % des séjours.

### **La discussion (176 mots)**

L'HAD est à un moment charnière de son développement. Ce travail met en lumière le besoin de raisonner au niveau du système global et en cohérence, l'utilité d'outils communs pour tracer le parcours de soins du patient. Toutefois, les politiques de soutien au développement de l'HAD paraissent insuffisamment ciblées et aux limites patentées et des propositions de recommandations sont faites. Du point de vue du régulateur, l'efficacité du système de soins dans sa globalité prime, obligeant à réfléchir au parcours de soins des patients et à la fluidité du système dans son entier. Le ministère de la santé a fait des propositions d'axes de travail poursuivant trois objectifs : positionner avec pertinence l'HAD dans l'offre de soins, adapter son pilotage économique et tarifaire à ses objectifs stratégiques et mieux prendre en compte ses particularités dans la réglementation. Une redéfinition d'orientations nationales est en cours, visant la promotion de son socle de compétences généralistes et un encadrement de sa diversification, avec une double attention, la pertinence médico-socio-économique et veiller à son développement auprès des populations particulièrement vulnérables.

### **Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques (182 mots)**

Cette analyse apporte une série de réflexions prospectives sur l'évolution à venir de l'HAD, des scénarii jugés propres à répondre aux besoins actuels. Elle fait le point sur son intérêt technologique (dont télémédecine), économique et humain. Des référentiels d'indications pertinentes d'HAD sont en cours d'élaboration ainsi que la poursuite de la professionnalisation de ses intervenants. Doubler l'activité d'HAD de 2013 à 2018 la porterait à 1,2 % du nombre de séjours en hospitalisation complète (MCO+SSR), correspondant à environ 800 millions d'euros, soit 1 % des dépenses d'Assurance maladie liées à l'ensemble de l'hospitalisation, mais dont il faut évaluer la part qui relève de la substitution MCO et celle liée aux effets démographiques et technologiques. Un doublement tous les cinq ans représenterait dans vingt ans toujours moins de 10 % de l'activité MCO+SSR et moins en termes financiers, ce qui paraît toujours peu au regard des besoins, des possibilités technologiques et des souhaits des usagers dans cet intervalle. Dans le cadre de ce scénario d'extension modulable et pour le servir, des travaux ou études sont nécessaires et les leviers d'action doivent être actionnés.

## **SESIÓN 11 – Sala 7**

### **Presidente :**

**Tema :** Desempeño y Satisfacción 1

### **Gestão do trabalho e direito universal à saúde: alguns elementos para análise.**

Janice Dornelles de Castro - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Maria Elizabeth Barros - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Patrícia Tavares Ribeiro - Fundação Osvaldo Cruz. Brasil. [janice.castro@ufrgs.br](mailto:janice.castro@ufrgs.br)

### **Introdução**

A garantia do direito a saúde alcançou posição de destaque na agenda política mundial, determinando a criação de uma área de produção de conhecimento em relação a gestão do trabalho nos sistemas universais de saúde

na história recente. A necessidade de dispor de profissionais em número suficiente e com a formação adequada para atender a demanda por cuidados à saúde em sistemas que objetivam cobertura universal é um problema que deve ser resolvido na regulação da produção social de saúde. Os estudos apontam alguns temas que devem ser estudados se o objetivo dos governos for a adoção de políticas públicas eficientes e equitativas. Entre eles, destacam-se o planejamento da formação de trabalhadores, o comportamento do mercado de trabalho em saúde, as condições do trabalho em saúde, o (re)conhecimento das mudanças demográficas e da transição epidemiológica em curso, o mapeamento e desenvolvimento de intervenções voltadas para áreas desassistidas no interior dos países e na periferia das grandes cidades, e, por fim, as perspectivas conceituais e correspondente operacionalização do direito à saúde.

### Aspectos metodológicos

O estudo, de caráter exploratório, tem o propósito de reunir elementos teórico-metodológicos para a análise da gestão do trabalho em saúde no Brasil, com vistas a identificar a contribuição desse campo de atuação governamental na garantia da universalidade e gratuidade do atendimento do sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde, conforme determinam a Constituição Federal - e legislação infra-constitucional - brasileira.

Para isso, procedeu-se à revisão bibliográfica de artigos, relatórios e livros publicados nos últimos anos por agências internacionais que tratam do tema, especialmente da OMS, Banco Mundial e OCDE, e de órgãos governamentais brasileiros como o Ministério da Saúde e o IPEA. Além disso, foram levantados e revisados artigos publicados em revistas das áreas de economia, administração pública, saúde pública.

Com este objetivo, em sua primeira parte sistematiza estudos que abordam as tendências internacionais presentes no cenário da gestão do trabalho em sistemas universais de saúde. Na segunda parte, apresenta o cenário brasileiro, em suas especificidades e principais desafios. Assim, pretende-se contribuir para o debate público e produção de respostas e soluções pelos governos e pela sociedade a este campo de problemas em que "o ser humano é a medida de todas as coisas".

### Discussão e Resultados

A revisão empreendida por este estudo permitiu reunir alguns relevantes elementos teórico-metodológicos e informações para orientar uma análise da situação da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde brasileiro. Ao identificar, seja na literatura internacional sobre o tema, seja no campo da ação governamental no Brasil, elementos para a formulação de políticas de planejamento da formação da força de trabalho, a existência de propostas de regulação de mercado e do exercício profissional, esperamos contribuir para o desenho de estratégias que considerem a necessidade de garantir profissionais de saúde com qualidade e quantidade necessárias à cobertura universal dos cuidados de saúde que operacionalizem esse direito social no país. Ao longo do estudo, buscamos analisar as condições concretas do sistema de saúde no Brasil em relação à incorporação dos profissionais ao SUS, algumas consequências da descentralização da gestão para os municípios, da legislação brasileira e das políticas macroeconômicas para a força de trabalho, identificando as principais dificuldades encontradas.

A ampliação do número de trabalhadores diretamente vinculados ao setor público, no Brasil e o maior crescimento da força de trabalho em saúde nos municípios aponta um processo cuja tendência principal foi a desconcentração da gestão na área da saúde dos níveis federal e estadual para o municipal, estabelecendo a necessidade de novas políticas para o controle do gasto público no nível local mas que, por outro lado, trouxe maior efetividade às políticas sociais (IPEA, 2011: 14-15). A descentralização das políticas de saúde para os municípios foi acompanhada por dificuldades para o planejamento e distribuição equânime e efetiva da infraestrutura, de forma geral, e de pessoal em especial, agudizadas em consequência da grande multiplicação de municípios nas últimas décadas: hoje são em torno de 5,5 mil municípios (Campos, 2009:18).

Algumas políticas implantadas ao longo dos últimos anos como o Proav – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, que assegura bolsa de R\$ 8 mil e supervisão por instituição de ensino a profissionais que se disponham a atuar na atenção básica; o Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional, Pro-residência, de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas; o Profaps, programa de profissionalização de trabalhadores de nível médio na área da saúde, e o Prosaúde – programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde, buscaram incidir sobre problemas relevantes, como a adequação do perfil profissional e o estímulo à localização em áreas desassistidas, mas seus resultados não permitiram equacionar todas as questões que envolvem o problema de assegurar a suficiência de recursos humanos adequados ao sistema de saúde. Da mesma forma, as medidas mais recentes



propostas pelo governo federal, por meio do Programa Mais Médicos, ainda que sejam todas, certamente, necessárias, são também claramente insuficientes para a superação dos gargalos enfrentados pelo SUS.

As soluções implementadas no Brasil em muito se assemelham àquelas aplicadas em diferentes países e, em muitos casos, sugeridas pelas agências internacionais. Mas têm sido pontuais e desarticuladas. O planejamento em relação à quantidade e qualificação de profissionais de saúde ainda está longe de ser satisfatório e avanços no plano regulatório são fundamentais para que soluções duradouras sejam implementadas. Avançar nesse campo implica em claro diagnóstico da situação e das possibilidades de intervenção, considerando variáveis como o crescimento populacional, mudanças epidemiológicas e consequências da transição demográfica para a definição dos serviços que precisam ser disponibilizados. São requisitos para dimensionar a quantidade e a qualificação necessárias dos profissionais. A crescente importância do setor público como empregador na área da saúde, em ambiente descentralizado, demanda também a forte regulação do mercado de trabalho, bem como sobre os mecanismos adotados para constituição das equipes multiprofissionais, a contratação e remuneração dos profissionais.

A distribuição desigual de força de trabalho, especialmente dos profissionais médicos, sugere a necessidade de regulação da atividade profissional e incentivos para localização no interior, Políticas multissetoriais que criem melhores condições de vida em todo o território, melhorando as condições de saúde da população e operando um estímulo à fixação de profissionais são um desafio a ser enfrentado. Resta, contudo, superar um dos principais obstáculos que as políticas de força de trabalho em saúde deverão enfrentar: o subfinanciamento do setor. Resolver essa questão significaria ampliar expressivamente os gastos com o SUS, aproximando-os de 7% do PIB (o que corresponde a dobrar o gasto, que hoje alcança 3,6%). Com recursos suficientes seria possível assegurar a integralidade da atenção por meio da constituição de redes de atenção à saúde capazes de oferecer aos usuários e profissionais de saúde um horizonte de ação integrada. Implica, também, na superação dos modos fragmentados de operar, tradicionais na gestão do SUS.

### **Pratiques des médecins généralistes en prévention de l'incapacité de travail due aux troubles dépressifs.**

Chantal Sylvain\*, École de réadaptation, FMSS, Université de Sherbrooke. CAPRIT, Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

Marie-José Durand, École de réadaptation, FMSS, Université de Sherbrooke. CAPRIT, Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

Lise Lamothe, Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Dr Louise Quesnel, Chef du Département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie

Canada. [chantal.sylvain@usherbrooke.ca](mailto:chantal.sylvain@usherbrooke.ca)

**CONTEXTE.** Les médecins généralistes constituent un pilier du système de soins en santé mentale. Au Québec, par exemple, ce sont les professionnels de la santé les plus consultés en 1<sup>re</sup> ligne par les personnes souffrant de dépression et près de 20% de toutes leurs consultations sont réalisées avec des personnes aux prises avec un trouble mental courant (1, 2). En 1<sup>re</sup> ligne, il est attendu des médecins généralistes qu'ils assurent une prise en charge de la condition clinique des patients, notamment en détectant le trouble mental et en proposant un traitement et des conseils pour réduire les symptômes. Le projet de réforme du système de soins en santé mentale qui a vu le jour ces dernières années au Québec a cherché précisément à mieux soutenir les médecins dans l'exercice de ces fonctions cliniques cruciales, notamment par l'instauration de mécanismes favorisant une plus grande collaboration entre les programmes de santé et les lignes de services (3).

Or, d'autres fonctions tout aussi cruciales pour la santé des patients incombent également aux médecins généralistes; elles concernent particulièrement les patients qui occupent un emploi et dont le trouble mental entrave significativement la capacité à travailler. Dans ces cas, les médecins doivent certifier l'arrêt de travail et déterminer ensuite les conditions du retour au travail (RAT). L'exercice de ces fonctions place les médecins au cœur d'une interaction plus ou moins directe, mais obligée entre trois systèmes (assurance, santé, travail) dont les perspectives par rapport à l'incapacité de travail et à la reprise du travail sont souvent divergentes, mais avec lesquels une action concertée est nécessaire (4-6). Les embûches à une telle action concertée sont nombreuses pour les médecins généralistes et risquent de compromettre le RAT en santé de leurs patients.

Ces questions soulèvent des enjeux importants aux plans clinique et sociétal, et pourtant elles sont absentes de la récente réforme en santé mentale au Québec. Une partie de l'explication réside possiblement dans l'absence de connaissances scientifiques sur la pratique des médecins généralistes pour prévenir l'incapacité prolongée de travail due à un trouble mental courant. En effet, ces connaissances sont nécessaires pour être en mesure de cerner les conditions du contexte de pratique qui sont favorables à une participation optimale des médecins à

une action concertée et pour alimenter, en retour, les politiques publiques. Notre étude vise à pallier cette lacune.

**OBJECTIF.** L'objectif visé est de mieux comprendre le contexte d'action des médecins généralistes qui interviennent auprès des personnes présentant une incapacité de travail due à un trouble dépressif, et d'explorer les conditions qui peuvent contraindre ou habiliter leur participation à une action concertée favorisant le RAT en santé de leurs patients.

**MÉTHODES.** Nous avons entrepris une étude de cas multiple en décembre 2013. Deux cas illustrant une diversité de pratiques ont été sélectionnés au sein d'une même région (Montérégie, Québec). Les données ont été collectées par entrevue semi-structurée auprès de deux sources : 1) médecins généralistes, 2) autres professionnels de la santé généralement impliqués dans le suivi des patients aux prises avec un trouble dépressif. Une analyse qualitative des données intra-cas est en cours; une analyse inter-cas est prévue ensuite.

**RÉSULTATS.** L'analyse préliminaire des données met en lumière quatre principaux constats.

1. Pour les médecins généralistes, l'arrêt de travail ne représente pas une solution automatique offerte aux patients présentant une symptomatologie dépressive; la décision de recommander ou non un arrêt de travail repose plutôt sur ce qu'ils jugent être le plus bénéfique pour le rétablissement global de leurs patients.
2. Il existe des disparités d'accès en temps opportun aux services spécialisés (psychothérapie, psychiatrie) qui représentent aux yeux des médecins une limite déterminante à leur capacité à prévenir efficacement l'incapacité prolongée de travail de leurs patients. Les disparités observées apparaissent en outre moins liées aux besoins de santé des patients qu'à leur régime d'indemnisation.
3. Lorsque d'autres professionnels de la santé mentale sont aussi impliqués dans le suivi, les contacts directs avec eux restent l'exception plutôt que la norme. Les médecins expriment certes une préoccupation envers la cohérence des messages et des actions avec ces professionnels, mais cette préoccupation se traduit et se limite généralement à interroger les patients sur leurs perceptions.
4. L'assureur ressort comme exerçant plusieurs fonctions dont certaines sont bénéfiques du point de vue des médecins : fonction de laissez-passer pour faciliter l'accès à des services spécialisés difficilement accessibles autrement; fonction de structuration en posant des balises délimitant les délais maximaux attendus avant le RAT; fonction de levier pour encourager les patients à s'activer en prévision du RAT.

**APPORTS.** Nos résultats révèlent des zones d'intégration des services prioritaires, dont certaines débordent du champ d'action habituel des médecins généralistes. L'analyse des données se poursuit et débouchera sur l'identification des caractéristiques des modèles organisationnels les plus aptes à soutenir la participation des médecins à une action concertée orientée vers le RAT durable des patients.

### O trabalho em saúde bucal na atenção primária à saúde.

Charleni Inês Scherer y Magda Duarte dos Anjos Scherer. Brasil

### Desempenho das Unidades de Atenção Primária modelo Walking-in e Comunitário na megalópole brasileira, São Paulo.

Aylene Bousquat; Ana Luiza D'Ávila Viana; Marcelo Demarzo; Guilherme Mello; Maria Paula Ferreira. Faculdade de Saúde Pública da USP; Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo; Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, Fundação SEADE. Brasil. [aylenebousquat@gmail.com](mailto:aylenebousquat@gmail.com)

**Objetivo:** identificar o desempenho nos atributos da APS em unidades walking-in (AMA) e serviços comunitários de atenção primária à saúde (UBS) segundo a percepção de profissionais, gerentes e pacientes. **Métodos:** Estudo transversal descritivo realizado junto a amostra significativa de pacientes e profissionais de saúde na maior cidade brasileira, São Paulo, com mais de 11 milhões de habitantes. Foi aplicado o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)<sup>R</sup>. O marco conceitual de análise foi de Starfield que se desdobra em dimensões de avaliação da atenção básica à saúde, denominadas de: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional. O melhor score é 5 e o pior 0, a média aritmética dos scores de cada dimensão é chamada de Índice de Atenção Básica, que representa uma avaliação global. O universo da pesquisa foi formado por três universos distintos: usuários de AMA, Usuários de UBS e profissionais de AMA e UBS. Foram realizados testes *t* para comparação de médias e testes de qui-quadrado para estudo de associação com dados categóricos, nível de significância de 5%.

**Resultados:** Foram entrevistados 117 gerentes, 487 profissionais de saúde, 608 pacientes de unidades walking-in (AMA) e 640 de unidades comunitárias. Os gestores avaliam, em média, de forma mais positiva as dimensões da atenção básica nos seus estabelecimentos (IAB de 3,48), do que enfermeiros (IAB de 3,32) e médicos (IAB de 3,20). Esse comportamento mantém-se na maioria dos componentes do IAB, a exceção está na dimensão *Porta de Entrada*, melhor avaliada por médicos e enfermeiros do que pelo gestor da unidade. Já entre os tipos de unidades – UBS e AMA – os profissionais alocados na primeira a avaliam de forma mais positiva (IAB de 3,84) do que os profissionais das AMA's (IAB de 2,62). Resultado explicado pela avaliação dos oito componentes que compõem o Índice da Atenção Básica: com exceção do *Acesso*, todas as demais dimensões da atenção básica consideradas no IAB foram melhores avaliadas pelos profissionais da UBS do que para a AMA. As maiores diferenças encontram-se nas dimensões *Elenco de Serviços* e *Orientação para a Comunidade*, com os profissionais das UBS's as avaliando de forma mais positiva do que os profissionais das AMA's. O único componente do IAB em que os gestores das AMA's apresentam escores superiores aos obtidos pelos gestores da UBS's é *Acesso*. Nas AMA's enfermeiros e médicos atingem, respectivamente, um valor máximo de 2,71 e 2,67 no IAB. Em média o Índice de Atenção Básica – IAB – atribuído as AMA's e UBS's do estudo pelos usuários foram, respectivamente, 2,81 e 3,16. Para as AMA's as dimensões mais bem avaliadas foram a *Formação profissional*, *Porta de entrada* e *Elenco de serviços*. Para as UBS's destacaram-se *Elenco de Serviços*, *Porta de entrada* e *Coordenação*. Os usuários de UBS avaliam de forma mais positiva as características dos serviços ofertados pelo estabelecimento do que os usuários das AMA's. As exceções são o *Acesso* – mais bem avaliado entre os usuários de AMA's (escores 3,01 versus 2,21, respectivamente) .

**Discussão/Considerações Finais:** No geral, os scores do PCAT obtidos são baixos, especialmente por parte dos pacientes, indicando insuficiências na rede de APS. As AMA's se destacam na dimensão acesso, o que vai ao encontro de seu objetivo de constituir mais uma porta de entrada na APS, mas é clara sua insuficiência nas demais dimensões. É preciso garantir a articulação destas unidades em rede, de forma a garantir um melhor desempenho dos serviços de APS como um todo.

### Saúde mental do interno de medicina: Síndrome de Burnout e fatores associados– Estudo Quantitativo e Qualitativo.

Ana Teresa Rodrigues de Abreu Santos<sup>1\*</sup>; Andréa Bastos Orge<sup>1</sup>; Edméa Fontes de Oliva-Costa<sup>2</sup>; Daniel Abreu Santos<sup>3</sup>; Camila Fonteles<sup>1</sup>; Katiene Rodrigues Menezes<sup>4</sup>; Maurício Cardeal<sup>1</sup>; Tarcísio Matos de Andrade<sup>1</sup>. 1Universidade Federal da Bahia; 2Universidade Federal de Sergipe; 3Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 4Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Brasil. [anateresa\\_santos@yahoo.com.br](mailto:anateresa_santos@yahoo.com.br)

### OBJETIVOS

Identificar aspectos relacionados à saúde mental do interno de medicina da Universidade Federal da Bahia; estimar a prevalência da Síndrome de *Burnout* (SB) e fatores associados; investigar a relação entre formação médica com questões pessoais/psicoemocionais e com saúde mental, durante o internato.

### CONTEXTUALIZAÇÃO

Na atualidade, a saúde mental dos estudantes de medicina vem sendo alvo de pesquisas no mundo inteiro. Alguns autores afirmaram que os estudantes de medicina e médicos, em comparação com a população geral e de outras profissões são expostos ao estresse acadêmico e profissional. A preceptoria do internato desta Faculdade tem identificado conflitos psicoemocionais referentes à didática aplicada e às inter-relações desenvolvidas durante o curso, influenciando na saúde mental destes pré-profissionais, o que pode levar à SB.

### MÉTODOS

Foi realizado estudo misto com estratégia de triangulação concomitante de métodos: Quantitativo descritivo observacional de corte transversal com aplicação de dois questionários – o Questionário Específico (para levantamento de variáveis sociodemográficas, formação médica e aspectos pessoais/psicoemocionais, formação médica e saúde mental) e o *Maslach Burnout Inventory/Student Survey*; Qualitativo com Observação Participante (OP) e realização de Grupos Focais (GFs). A etapa quantitativa foi realizada no pacote estatístico R: Estatística Descritiva; Estatística Analítica, com Análise Multivariada (análise de correspondência múltipla assimétrica); e Análise de Múltiplas Variáveis (regressão log-binomial, para a obtenção direta das razões de prevalência – RPs – ajustadas). Na etapa qualitativa, os dados da OP e dos GFs foram submetidos à análise de conteúdo categorial, constituindo seis categorias.

**RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Dos 303 internos de medicina que passaram no Internato de Pediatria, no Complexo do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, em 2010, 236 participaram desta pesquisa. A prevalência da SB foi de 14%. Observou-se que 63,6% e 53,4% dos internos apresentaram alto escore nas subescalas Exaustão Emocional (>14) e Descrença (>6), respectivamente, e 18,6% dos internos apresentaram baixo escore na subescala Eficácia Profissional (<23). Nos mapas de correspondência, foram eleitas as variáveis para a análise de regressão. As RPs ajustadas das variáveis associadas à *Burnout* foram: interno de 5º ano em relação ao interno de 6º ano (RP=2,06); sexo masculino em relação ao sexo feminino (RP=1,35); procedência do interior em relação à procedência da capital (RP=1,56); desempenho excelente ou bom em relação ao regular (RP=2,20); desejo de desistir do curso, mas não mais em relação a ainda deseja (RP=1,40); e percepção do conteúdo programático do curso aquém das expectativas como fator de proteção. Os dados emergentes da OP e dos dois GFs, consonantes com estes achados, apontaram para questões pessoais/psicoemocionais e comprometimento da saúde mental em relação à formação médica, influenciando na qualidade das interações e das atividades realizadas pelos internos. **DISCUSSÃO:** Esta pesquisa demonstrou que as peculiaridades da amostra estudada sinalizaram a presença de sofrimento psíquico permeando a formação médica, coadunando-se com achados de outros autores que evidenciaram ser este um grupo de risco para vários distúrbios de comportamento, crises e tentativa de suicídio, fato comprovado pelo número crescente de acadêmicos e médicos que optam pela interrupção de suas carreiras, e muitas vezes da própria vida, por causa de transtornos psíquicos e Síndrome de *Burnout*. A prevalência da SB sinaliza a problemática nesta instituição. Os critérios acurados adotados para sua mensuração, e a alta frequência destes pré-profissionais nas subescalas de *Burnout*, indicam o perfil dos pesquisados como de risco para o provável desenvolvimento da síndrome.

## CONTRIBUIÇÕES

Este estudo vem acrescentar à literatura dados que documentam a prevalência da SB em estudantes de medicina, no nordeste brasileiro, pois grande parte das pesquisas restringe-se às regiões sul e sudeste do país. Além disso, com os resultados emergentes, foi possível despertar e sensibilizar os gestores educacionais para a importância de se intensificar a promoção da qualidade/integralidade do processo ensino-aprendizagem e saúde dos atores nesta instituição, propiciando o estímulo à prevenção de possíveis agravos ao bem-estar de todos envolvidos. Assim, após o convite por parte dos gestores, foi realizada a implantação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico e sua institucionalização nesta escola bicentenária e primeira Faculdade de Medicina do nosso país, o Brasil.

## SESIÓN 12 – Sala 9

**Sesión organizada por:** Magda Scherer, Universidade de Brasília. Brasil

**Tema :** A produção de conhecimentos sobre o trabalho a partir da experiência dos trabalhadores: Grupos de Encontro do Trabalho.

**Langue:** português

**Supervisão de campo e acadêmica e a relação “entre” saberes e temporalidades no processo de formação do e no serviço social no campo da saúde.**

Edna Goulart Joazeiro. UNICAMP e PUC CAMPINAS. Brasil. [emgoulart@uol.com.br](mailto:emgoulart@uol.com.br)

## INTRODUÇÃO

No Brasil o assistente social é um profissional de nível superior, cuja formação científica tem natureza teórico-crítica, ético-política e técnico-operativa sendo uma profissão de caráter eminentemente interventivo, não obstante seja também área de conhecimento com amplo reconhecimento de agências de fomento nacional e internacionalmente. O estágio supervisionado tem um estatuto legal no processo de formação, tendo sido instituído desde 1936, quando da criação do curso no Brasil. A prática no estágio, realizada concomitante ao curso, ocorre a partir da inserção do estudante no espaço socioinstitucional com vista a capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, exigindo supervisão sistemática. A supervisão se desdobra em duas modalidades: a supervisão acadêmica realizada na universidade pelo professor supervisor e a supervisão de campo realizada pelo profissional supervisor no campo de estágio. Em virtude da extraterritorialidade que marca

esse processo o estudo propôs o uso dos Grupos de Encontro do Trabalho (GRT) como recurso metodológico para tornar possível um debate entre os sujeitos envolvidos no processo para extrair um “ponto de vista” sobre os saberes dessas atividades, visando compreender as múltiplas dimensões que têm lugar na difícil articulação entre o mundo da educação, ambicionando refletir sobre o intrincado de relações que tecem e são tecidas no cotidiano de trabalho na saúde. O estudo visou identificar os saberes construídos na atividade de supervisão bem como a relação de interpenetração e [in]dissociabilidade de saberes e de temporalidades *da* e *na* atividade de Supervisão de Campo e na Supervisão Acadêmica de estudantes-estagiários *do* e *no* processo de formação no Serviço Social. Nesta perspectiva, estudou especificamente a atividade no campo da saúde, onde está presente de modo continuado o “objeto” vida/morte articulado (Joazeiro, 2002) diuturnamente às múltiplas expressões da questão social (Iamamoto, 1998). Ambas as supervisões, são marcadas por uma opacidade, que para serem compreendidas, requerem um “olhar com a lupa” que permita vislumbrar as múltiplas facetas requeridas para realizá-las.

## A PESQUISA, SEUS “SUJEITOS” E OS GRUPOS DE ENCONTROS DO TRABALHO

Trata-se de estudo de natureza qualitativo que teve como “sujeito” dez supervisores de ambas as modalidades de supervisão de duas Unidades de Formação Acadêmica do Estado de São Paulo. Fez uso dos conceitos e categorias analíticas da *Démarche Ergologique* para analisar a relação de extraterritorialidade no processo de formação, as diversas temporalidades, a produção de saberes e a presença de níveis diferenciados de competência que tem lugar nas duas modalidades de supervisão de estágio *do* e *no* Serviço Social.

O estudo se desenvolveu mediante duas etapas: a **primeira etapa da pesquisa** consistiu no momento de investigação sobre o uso dos GRT como ferramenta da Ergologia que exigiu um diálogo tanto com pesquisadores, professores, doutorandos do Institut d'Ergologie, quanto de grupos de pesquisa e associações que almejam “compreender o trabalho para transformá-lo” (Guerin, 2001). Para tanto requereu uma aproximação dos fundamentos, das normas antecedentes, da metodologia do GRT, bem como dos diversos desenhos que tem sido utilizados nos estudos já concluídos ou em andamento em diversas Universidades ou Centros de Pesquisa franceses. O segundo momento, a **Etapa Brasileira**, consistiu no momento da pesquisa de campo, onde se deu a organização, a realização e a análise do material discutido nos GRT com os Supervisores Acadêmicos e de Campo de duas Unidades de Formação Acadêmica do interior do Estado de São Paulo. Implicou também na organização e realização de um **Seminário Regional** com a presença de todos os “sujeitos” da pesquisa. Após o aceite dos membros do grupo as doze reuniões dos dois GRTs e o Seminário Regional foram gravados em vídeo de uso restrito do pesquisador com vista a preservar o sigilo sobre a identidade dos sujeitos e das unidades de Ensino. Essa sistemática permitiu uma análise conforme os temas arrolados: 1) a supervisão de estágio como experiência, 2) o significado de ambas as modalidades de supervisão no processo de formação, 3) as temporalidades e saberes presentes nas duas modalidades de supervisão, 4) a importância desse trabalho para a formação do estudante estagiário e para o exercício da profissão na saúde.

## DISCUSSÃO E CONFIGURAÇÃO DE SABERES DO CAMPO DE CONHECIMENTO

A análise revelou que o Supervisor Acadêmico utiliza no seu trabalho a trama de conceitos consolidados no decorrer da história da intervenção *da* e *na* profissão, e o faz marcado pelo *corpus* de saberes e conceitos tecidos ao longo da história *da* e *na* profissão e por outros saberes oriundos de outros campos de conhecimento correlatos. Segundo os supervisores esse *corpus* de saberes não está circunscrito e fechado no tempo, antes, eles dialogam continuamente com as mudanças que se processam nas esferas que ligam sociedade, cultura, política pública e vulnerabilidades, estando profundamente marcados pelo compromisso com os valores sem-dimensão, os da defesa da vida e os da cidadania. Marcou-se ao longo do estudo, a contínua relação de indissociabilidade e de interpenetração recíproca “entre os saberes” das duas modalidades de supervisão uma vez que ambas contribuem no processo de escolha conjuntural que o estudante precisa aprender a realizar, sendo a supervisão acadêmica, [re]convocada para situar as escolhas de saberes construído ao longo do contínuo do tempo da história da profissão, da operacionalidade dos usos de saberes e de compromissos tecido ao longo do tempo. Já a supervisão de campo, requisita os saberes da profissão e os dos coletivos de trabalho, além dos saberes requeridos no aqui e agora na atividade, na ancoragem entre história do usuário e família e as ínfimas gestões de situações indispensáveis para gerir o trabalho de modo criterioso na relação direta com uma Entidade Coletiva Relativamente Pertinente (ECRP). Os debates de ideias e de conceitos que tiveram lugar nos grupos explicitaram que, esse campo profissional tem sido marcado por uma tensão constitutiva, que se funda na relação entre a busca de consolidar um percurso em defesa da cidadania, ao mesmo tempo, que sofre as injunções da sociedade capitalista onde prevalecem os valores da racionalidade mercantil, o tempo do relógio, da “norma apreendida e subordinada à noção de média” (Rosa, p. 124). Nesta perspectiva, a lógica de



aspiração da profissão se opõe a outra racionalidade, a da racionalidade mercantil capitalista onde as normas econômicas “costumam pretender-se, de modo abusivo, como um ponto de chegada universalizante” (schwartz, 2002, p. 131). A realização dos GRTs permitiu ampla participação dos “sujeitos” que, no *seu dizer de si*, revelaram importantes aspectos do seu modo de ver a vida, o trabalho, a política pública e a profissão. Acima de tudo, permitiu ao invés de erigir muros, construir pontes entre “sujeitos” do mundo do trabalho e pesquisadores deste e de outros continentes.

### **Le travail au service des urgences du CHU Tlemcen : organisation de Groupes de rencontre de travail (GRT).**

Abdesselam Taleb. Algérie

### **GRT como ferramenta para produção de conhecimento na atenção primária à saúde no brasil.**

Erica Lima Costa de Menezes, Magda Scherer y Charleni Inês Scherer. Brasil

## **SESIÓN 13 – Salón actos**

**Presidente :** Érik Breton, Université Laval. Québec

**Tema :** Oferta de Profesionales

### **Abuso en la Formación de Médicos Especialistas: Caso México.**

Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres, Georgina Contreras Landgrave y Leonardo Ibarra Espinosa. México

### **Mecanismos de financiamento e modalidades de gestão para oferta de serviços de saúde em Região de Saúde: subfinanciamento público e centralidade no procedimento.**

Adriano Maia dos Santos y Ligia Giovanella. Brasil.

### **Chi farà questo lavoro? L'approccio 'sistemi interi' per la pianificazione della forza lavoro nel sistema sanitario.**

Paul Forte. Balance of Care Group e Corso Tutor, London School of Hygiene & Tropical. Reino Unido. [paul.forte @ balanceofcare.com](mailto:paul.forte@balanceofcare.com)

Le grave pressione economica su tutti i sistemi sanitari significa che l'efficienza e l'efficacia di quei servizi è sotto stretto controllo. Allo stesso tempo c'è un prioritario imperativo clinico, ossia che i pazienti devono ricevere la forma di cura più appropriata per la loro condizione e per le circostanze in cui si trovano. Partendo dal presupposto che la forza lavoro, presa singolarmente, è la risorsa più preziosa - e costosa - nella fornitura di servizi sanitari e di assistenza sociale, è, dunque, fondamentale essere in grado di pianificare le competenze che risultano necessarie e il numero di personale adeguato per rispondere al meglio alle esigenze della popolazione.

A livello strategico, un modo per farlo è quello di esaminare la gravità delle condizioni mediche dei pazienti ricoverati nei letti dei reparti destinati alla fase acuta delle patologie per vedere se ci potrebbero essere, potenzialmente, migliori alternative 'non acute' per la loro cura, che avrebbe potuto impedire il loro ricovero in letti destinati alla fase acuta della malattia o che potrebbero - ora - accelerarne il passaggio alla cura post-acuta. Questo è un caso ricorrente per molti pazienti e capire le loro caratteristiche mediche, nonché come sono entrati nel sistema ospedaliero, sono elementi in grado di fornire informazioni preziose per la gamma e il volume di servizi sanitari e sociali alternativi, che potrebbero essere sviluppati. Questo, ovviamente, ha implicazioni dirette e molto importanti per il livello di competenze miste - e per i numeri - dei professionisti sanitari e sociali che risultano essere necessari, sia in ospedale, sia nella comunità.

Nel Regno Unito, il 'Balance of Care Group' ha intrapreso negli ultimi dieci anni molte indagini sull'utilizzo dei letti, al fine di esaminare queste tematiche. Tutte le indagini hanno tenuto in considerazione il 'Appropriateness Evaluation Protocol' (AEP), che è uno strumento d'indagine originariamente sviluppato negli Stati Uniti, ma successivamente accreditato da uno studio europeo su larga scala negli anni '90. Le indagini hanno tutte avuto un tema comune: esplorare e quantificare le future esigenze della capienza per i servizi, in base alle necessità dei pazienti - in particolare quelli per le persone anziane - alla luce delle tendenze nelle pratiche cliniche e assistenziali. In tutti i Paesi queste indagini pongono sempre più l'accento sull'assistenza locale o di comunità, riducendo al minimo i ricoveri ospedalieri in fase di trattamento acuto.



In genere, le indagini sull'utilizzo dei letti sono di 'point prevalence' (ie. le indagini considerano il numero di persone ospedalizzate in un dato momento fissato nel tempo, per esempio in una singola giornata). Hanno per oggetto tutti i posti letto (sia acuti e non acuti) all'interno di una struttura sanitaria e sociale locale. In genere, nel Regno Unito, queste strutture servono circa 500.000 abitanti.

Intraprendere questo tipo di analisi richiede la formazione e l'organizzazione degli operatori del settore assistenziale locale che, oltre a raccogliere i dati per la pianificazione degli scenari quantificati, forniscono preziose informazioni sul modo in cui il loro sistema di assistenza sanitaria e sociale locale lavora.

La presentazione fornirà un esempio dei consueti risultati che sono stati ottenuti da queste indagini e darà l'opportunità di discutere le loro implicazioni per le esigenze di sviluppo dei servizi e della forza lavoro.

### **Les facteurs de maintien en poste des professionnels de la santé dans les communautés de minorités linguistiques au Canada.**

Marie-Pierre Gagnon<sup>1,2</sup>, Amélie Lampron<sup>2</sup>, Gisèle Mbemba<sup>2</sup>, André Bussièrès<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, <sup>2</sup>Hôpital St-François d'Assise, Centre de recherche du CHU de Québec, Québec. <sup>3</sup>École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, Québec, Canada. [marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca](mailto:marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca)

**Objectifs :** L'objectif de cette étude consiste à recenser les facteurs pouvant favoriser le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé qui pratiquent dans des communautés de langues officielles en situation minoritaire (CLOSM), particulièrement dans les régions rurales, éloignées et isolées au Canada.

**Contexte et description du problème :** Les communautés de langues officielles en situation minoritaire du Canada vivent des enjeux particuliers et il est primordial de s'assurer que ces communautés soient desservies par du personnel de santé respectant leurs réalités culturelles et linguistiques. De plus, les défis rencontrés par les professionnels de la santé œuvrant dans les CLOSM sont encore peu documentés. Quelques stratégies visant à favoriser le maintien en poste des professionnels de la santé dans ces communautés ont été réalisées, mais peu de données sont disponibles concernant les meilleures pratiques à adopter afin d'assurer la rétention du personnel de santé dans les CLOSM.

**Théories, méthodes, modèles et matériels employés :** L'approche privilégiée pour cette étude est une synthèse des connaissances basée sur une revue de la littérature scientifique et de la littérature « grise » (rapports techniques et documents gouvernementaux). La consultation d'experts a également été considérée afin de documenter les pratiques prometteuses qui pourraient contribuer au maintien en poste des professionnels de la santé dans les CLOSM. Les recherches documentaires ont été réalisées dans les principales banques de données bibliographiques et moteurs de recherche tels que PubMed, EMBASE, Web of Science, Scopus, CINAHL et Google Scholar. Les publications qui ont été retenues devaient être soit en anglais ou en français, impliquer des professionnels de la santé autres que les médecins, être orientées vers les facteurs de recrutement et rétention dans les régions rurales ou éloignées, concerner les CLOSM et avoir été publiées entre 2000 et 2013. Deux personnes ont procédé à la sélection des études et à l'extraction des données de manière indépendante.

**Résultats :** Les résultats obtenus démontrent que très peu d'études ont été menées sur les facteurs de rétention des professionnels de la santé en contexte linguistique minoritaire. Sur un total de 529 publications examinées, seulement deux études issues de la littérature grise ont rencontré tous les critères d'inclusion. Ces études indiquent que certains facteurs sont spécifiques aux professionnels de la santé œuvrant en contexte linguistique minoritaire et que ceux-ci devraient être pris en considération afin de mettre en œuvre des stratégies efficaces de recrutement et de rétention. La formation, le support professionnel et l'implication des professionnels dans le milieu de travail constituent des éléments importants à considérer par les employeurs dans les milieux linguistiques minoritaires. D'autres facteurs (personnel, professionnel, familial et communautaire) ont une influence sur le recrutement et la rétention des professionnels de la santé dans les CLOSM. Ces facteurs sont similaires à ceux associés au recrutement et au maintien en poste des professionnels dans les régions rurales et éloignées, lesquelles considèrent également le facteur éducationnel, financier et organisationnel.

**Discussion :** Les facteurs d'ordre personnel, professionnel, familial et communautaire sont ceux qui émergent de toutes les études sélectionnées sur le sujet, bien que parfois les auteurs les nomment différemment. Cela témoigne d'une similarité entre les résultats obtenus et ceux provenant d'autres études sur le sujet. Ces facteurs semblent donc centraux pour la prise de décision des professionnels de la santé quant à leur intention de rester

en poste ou non. Par ailleurs, très peu d'études ont évalué l'efficacité des stratégies mises de l'avant pour favoriser la rétention des professionnels de la santé dans les CLOSM. Ainsi, nous pouvons dresser une liste des facteurs qui influencent la rétention des professionnels sans toutefois pouvoir s'avancer sur leur efficacité. Puisque plusieurs facteurs jouent un rôle dans la rétention des professionnels de la santé, il devient d'autant plus important pour les employeurs de développer des stratégies de rétention novatrices et diversifiées.

**Apports/ intérêt de la communication par rapport aux pratiques :** Plusieurs études ont été réalisées en lien avec les facteurs pouvant influencer le recrutement et la rétention des professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées. Cependant, cette revue de littérature a démontré que peu d'études se concentrent sur cette même problématique au sein des communautés en situation linguistiques minoritaires. Les professionnels de la santé qui exercent dans ces communautés font face à des problématiques spécifiques au contexte dans lequel ils travaillent, ce qui nécessite certaines considérations de la part des employeurs et établissements de santé afin que les professionnels soient en mesure d'offrir les soins adéquats à la population qu'ils desservent. En considérant les besoins des professionnels, les employeurs disposent des outils nécessaires pour développer des stratégies innovatrices qui permettront non seulement aux professionnels de mieux servir leur clientèle, mais également de considérer l'éventualité de demeurer en poste dans leur milieu de travail.

#### **Desigualdades na distribuição e escassez da força de trabalho médica no Brasil: presente e futuro.**

Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Lucas Wan Der Maas, Ana Cristina de Sousa van Stralen, Jackson Freire Araújo, Alice Werneck Massote, Julia Leite de Carvalho Fernandes. Brasil

**Horario:** 17:30 – 19:30

#### **SESIÓN 14 – Sala 0 Informática**

**Presidente :**

**Tema :** Metodologías Innovadoras

#### **Évaluation d'un atelier de formation sur l'utilisation du dossier médical électronique conçu pour les médecins de famille.**

Marie-Pierre Gagnon<sup>1,2\*</sup>, Jean-Paul Fortin<sup>3,4</sup>, Réjean Roy<sup>5</sup>, Liette D'Amours<sup>5</sup>, Marie Desmartis<sup>1</sup>.<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU de Québec, Québec, <sup>2</sup>Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, <sup>3</sup>Faculté de médecine, Université Laval, Québec, <sup>4</sup>Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne, CSSS de la Vieille-Capitale, Québec. <sup>5</sup>Interbol. Canada. Marie-Pierre.Gagnon@fsi.ulaval.ca

#### **Objectif**

Évaluer l'impact d'un atelier de familiarisation au dossier médical électronique (DMÉ) conçu pour les médecins de famille, sur leur intention d'adopter le DMÉ dans leur pratique.

#### **Contexte et description du problème**

Si le recours au dossier médical électronique (DMÉ) constitue un incontournable pour les systèmes de santé, l'atteinte de ses bénéfices attendus dépend directement de son niveau d'utilisation par les médecins. Afin de favoriser l'acquisition et l'utilisation des DMÉ par les médecins de première ligne, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont mis sur pied, en 2012, le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques. Dans le cadre de ce programme, une série d'ateliers de formation a été développée par la FMOQ en collaboration avec la Chaire de recherche sur les technologies et pratiques en santé afin de soutenir les médecins dans leur gestion du changement. Le premier atelier de cette série avait pour but de présenter le programme et de familiariser les médecins aux approches choisies et aux outils qui s'étaient avérés gagnants au sein des cliniques ayant déjà implanté le DME. Il incluait l'avis d'experts, le témoignage de collègues utilisateurs du DMÉ et une intervention de courtage de connaissances. Une évaluation de cet atelier a été réalisée afin de mieux connaître son impact sur les attitudes et l'intention des médecins d'adopter le DMÉ dans leur pratique.

## Métodos

La población a l'étude était constituée des personnes ayant participé au premier atelier de la FMOQ, tenu à six reprises entre le 5 février et le 18 juin 2013. Les participants étaient généralement des médecins de première ligne. Un court questionnaire en ligne était envoyé par courriel aux personnes inscrites, une semaine avant l'atelier. Le même questionnaire était ensuite distribué en format papier ou par courriel, immédiatement après la formation. Finalement, le questionnaire était envoyé de nouveau par courriel six semaines après la formation. Basé sur la théorie du comportement planifié, ce questionnaire incluait cinq questions sociodémographiques, deux questions sur l'utilisation du DMÉ et 16 questions sur les croyances associées à l'utilisation de celui-ci.

## Résultats et discussion

Au total, 88 personnes ont complété au moins un questionnaire, 57 ont répondu aux questionnaires pré- et post-atelier, et 33 ont rempli le questionnaire aux trois temps de mesure. Avant l'atelier, 34% des participants avaient déjà utilisé un DMÉ et 80% avaient l'intention d'en acquérir un durant la prochaine année. Après l'atelier, 89% avaient cette intention et 91%, six semaines après. L'intention d'utiliser un DMÉ augmentait aussi suite à l'atelier. L'attitude restait stable, alors que la perception de contrôle s'améliorait légèrement, et que la norme sociale perçue et la perception de facteurs facilitant l'utilisation s'amélioraient davantage. Ni le genre ni le sexe n'étaient associés à l'intention. L'expérience d'utilisation d'un DMÉ, par contre, l'était positivement. Cette évaluation montre qu'une formation incluant le courtage de connaissances peut influencer les perceptions sur l'utilisation d'un DMÉ. Les facteurs qui expliquent l'intention d'adopter le DMÉ peuvent varier dans le temps, mais les aspects interpersonnels et organisationnels semblent les plus importants. Toutefois, l'acquisition de connaissances ne suffit pas à changer les pratiques entourant l'utilisation des DMÉ. Il importe de rejoindre les futurs utilisateurs dans leur milieu.

**Apport de la communication :** Des sommes importantes ont été investies au Québec pour soutenir l'implantation des DMÉ. Il est donc important d'évaluer l'impact des stratégies disponibles comme soutien à l'implantation de la technologie. En connaissant l'efficacité des méthodes pour faciliter l'intégration optimale du DMÉ, il sera possible de mieux planifier les stratégies de gestion du changement. De plus, les groupes qui se dédient à la formation des médecins et au développement professionnel continu pourront intégrer les résultats dégagés dans leurs stratégies afin de promouvoir l'utilisation optimale des DMÉ par ces professionnels.

## Las evaluaciones con devolución cualitativa como herramienta para la formación de estudiante y como estrategia de formación docente.

Claudia López-Ortiz, Roselia Rosales-Flores y Juan Manuel Mendoza Rodríguez. México

## Evaluación de una experiencia de educación a distancia en el ámbito de la gestión de la salud en Brasil.

Janete Castro. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. [janetecastro.ufrn@gmail.com](mailto:janetecastro.ufrn@gmail.com)

## Objetivos

- Analizar las percepciones de los estudiantes y profesores en la experiencia del curso de Gestión del Trabajo y Educación en la Salud, en la forma de educación a distancia, y su impacto en la práctica profesional.
- Identificar las fortalezas y dificultades presentes en el proceso de educación a distancia.

## Antecedentes y descripción del problema

Debido a la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil hubo la expansión de la salud y su consecuente descentralización de la red de servicios a los niveles estatal y municipal, lo que ha generado la necesidad de desarrollar nuevas habilidades en distintas áreas que la componen, como en el área de gestión de recursos humanos. En este contexto, se agregaron nuevos desafíos a los ya existentes, que exigen políticas destinadas a la recuperación del trabajador y de capacitación en el área de los recursos humanos. En este sentido, se están desarrollando una serie de iniciativas con el fin de satisfacer tal exigencia y la cualificación de los gestores, y método de educación a distancia ha sido uno de ellos.

## Teorías, métodos, modelos y materiales utilizados

Este estudio exploratorio descriptivo se realizó con 500 estudiantes y 29 profesores del curso Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud, desarrollado en la modalidad de enseñanza a distancia, que se realizó en el 2013 en la Región Noreste de Brasil. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario contestado por los estudiantes y del mapeo de los informes elaborados por los tutores de los cursos. El análisis se realizó en dos etapas, la primera en un enfoque cuantitativo para proporcionar información cuya amplitud alcance todos los involucrados y el segundo privilegiando un enfoque cualitativo, con el objetivo de profundización de las percepciones, a partir del análisis cartográfico del discurso basado en Santos (2005).

## Resultados y discusión

Someterse al proceso permitió la reflexión crítica sobre la práctica, el crecimiento profesional y el intercambio de experiencias. El curso fue considerado para desencadenar una nueva actuación proporcionada por el empoderamiento de las personas involucradas y para la defensa del SUS. La modalidad a distancia facilita el acceso y las condiciones para la participación de los estudiantes, sin apartarse del lugar de trabajo todos los días. La plataforma virtual interactiva favoreció el interés y el debate entre alumnos, tutores y coordinador. El método pedagógico de la problematización exigió un mayor esfuerzo del estudiante que se sintió abrumado con las actividades requeridas además de sus actividades laborales. Los tutores consideraron una gran experiencia de aprendizaje para su práctica profesional. El curso permitió la posibilidad de estimular un movimiento a favor de un cambio en la gestión del trabajo y de la educación en el SUS.

### Las contribuciones e intereses de la comunicación en relación al estado del arte de las prácticas actuales

La experiencia demostró la movilización de los diferentes actores y recursos en apoyo de la gestión del SUS. El destaque de una de sus áreas más complejas y de gran relevancia social, como es la gestión del trabajo, configurase en un estímulo a las políticas de acción para la valoración de los funcionarios. La naturaleza de las acciones, el modo de acción y los resultados obtenidos, caracterizase como una producción tecnológica y de innovación social, pues es en el modo de aplicación de la tecnología que esta se vuelve social. La tecnología social está estrechamente anclada al derecho de acceso a la producción de conocimiento, a la educación y auto-determinación, y su finalidad está vinculada a los derechos a la vida, al conocimiento y a la ciudadanía. Los beneficios de carácter político y académico fortalecieron la concepción de que una universidad pública sólo puede ser concebida como una institución social si está en sintonía con la sociedad y los problemas de su tiempo. En conclusión, la experiencia ha traído beneficios claros para las instituciones involucradas, y por lo tanto, su socialización es importante.

## Les objectifs de la formation des soignants en Education Thérapeutique du Patient : une proposition.

Benoît Pétré<sup>1</sup>, Michèle Guillaume<sup>1</sup>, Catherine Legrand<sup>1</sup>, André Scheen, Marie-Lise Lair<sup>3</sup>, Olivier Iegler<sup>4</sup>, Dieudonné Leclercq<sup>5</sup>

1. Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège
2. Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Liège, Belgique
3. Centre d'Etudes en Santé, Centre de Recherche Public de la Santé, Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
4. Service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Nutrition, CHRU de Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Vandœuvre-Les-Nancy, France
5. Professeur émérite en Sciences de l'Education, Consultant au Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

[benoit.petre@ulg.ac.be](mailto:benoit.petre@ulg.ac.be)

## Introduction

L'accroissement de la proportion des maladies chroniques modifie profondément le profil des soins par la transition de traitements axés sur des pathologies aiguës vers l'accompagnement à long terme de patients dans le contrôle de leur maladie et la recherche du maintien d'un certain confort de vie. Le soignant voit son rôle évoluer vers une mission de soignant-éducateur, capable de favoriser l'émergence de compétences de soins et d'adaptation à la maladie chez son patient.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une stratégie de soins relativement récente qui semble répondre à ce nouveau mandat des soignants pour aider des patients chroniques à vivre mieux avec l'affection dont ils sont atteints via l'apprentissage de compétences visant son autonomisation.

Si plusieurs études démontrent aujourd'hui l'intérêt de l'ETP tant individuel (autonomisation du patient, amélioration de sa qualité de vie) que collectif (réduction des coûts de santé liés à la maladie), force est de

constater qu'aucune politique européenne de formation en la matière n'a été définie. Chaque pays a développé une approche selon l'organisation du système de soins et des expérimentations qui y ont été conduites. L'intégration de l'ETP dans les pratiques professionnelles passera inévitablement par de la formation initiale et continue pour laquelle il est nécessaire de disposer d'une définition claire des objectifs d'apprentissage attendus.

**L'objectif** de cette communication est de proposer un modèle définissant les compétences clefs en ETP que tout professionnel de santé, en contact avec des patients chroniques, devrait maîtriser.

### Méthodologie

Ce travail constitue un compte-rendu d'un groupe de travail du programme européen EDUDORA<sup>2</sup> (pour EDUcation thérapeutique et préventive face au Diabète et à l'Obésité à Risque chez l'Adulte et l'Adolescent - INTERREG IVa), ciblé sur les thématiques du diabète et de l'obésité en privilégiant l'ETP dans les parcours de soins.

Une analyse des besoins professionnels a été réalisée, alimentée par l'analyse des pratiques professionnelles sur le terrain dans trois régions (Lorraine en France, Grand-Duché du Luxembourg, Wallonie en Belgique) et la lecture critique de la littérature scientifique sur les théories des sciences psychologiques, de l'éducation et de la santé publique.

Une approche à rebours a été opérée : les compétences attendues chez les patients doivent guider le développement des compétences attendues chez les soignants-éducateurs de l'ETP.

Ce travail a abouti à la définition d'un référentiel des co-compétences patients-soignants en ETP. Dans un souci de focalisation de l'objet de la communication, seules les compétences soignants seront spécifiées.

### Résultats /discussion

Les compétences du praticien en ETP peuvent se résumer en 8 étapes selon l'acronyme AADOPEASE :

- l'Annonce de la maladie repose sur la démarche qui consiste à explorer ce que la personne a compris de la situation jusqu'à ce qu'elle anticipe l'annonce.
- l'Accueil vise à convier le patient à participer à une séance d'éducation en se faisant une idée juste de cette activité.
- le Diagnostic éducatif permet de renseigner le soignant sur ce que le patient perçoit de sa maladie et de lui-même, ce qu'il sait, ce qu'il sait faire, ce qu'il désire, ses habitudes, ...
- la Négociation des Objectifs consiste à co-définir avec le patient les apprentissages à réaliser pour développer ses compétences d'autosoins ou d'adaptation.
- Planification de l'ETP : il s'agit de définir les séances d'ETP collectives et individuelles ainsi que les conduites à tenir à domicile.
- les actions d'Enseignement et Apprentissage correspondent aux activités réalisées, respectivement, par le soignant et le patient en vue de la réalisation des objectifs fixés.
- le Suivi est la définition d'un mode de recueil des données permettant de collecter l'information sur les transformations qui s'exécutent chez le patient, au fur et à mesure des séances éducatives.
- l'Evaluation permet finalement de faire le point sur le parcours éducatif réalisé en vue d'une prise de décision sur les ajustements nécessaires des activités éducatives.

La justification de ces compétences sera présentée de manière théorique et empirique lors de la communication. Trois avantages majeurs relatifs à cette proposition peuvent être cités :

- cette formulation permet une approche d'enseignement basée sur la compétence : s'agissant de la capacité à agir efficacement en situation complexe, la compétence prend tout son sens dans la proposition AADOPEASE puisque chaque lettre de l'acronyme constitue une situation inédite pour le soignant ;
- AADOPEASE est un modèle qui propose une certaine temporalité, une progression dans le suivi du patient chronique, ce qui favorise sa compréhension et son intégration par les soignants ;
- le modèle proposé offre finalement une vue synoptique pour les concepteurs de formation en ETP.

### Conclusion

L'adaptation optimale des professionnels de santé aux nécessités du système de santé doit passer par le développement de leurs compétences dans le suivi des patients au long cours. La formation en ETP devrait être assurée, tant en formations initiales que continues du secteur des soins de santé. La qualité de ces formations peut être assurée, notamment, par une définition claire des objectifs poursuivis.

### Experiencia metodológica en la formación de promotores de seguridad vial en México 2010-2011.

Roselia Rosales Flores, Luis David Berrones Sanz y, José Arturo Granados. México



## A educação à distância como estratégia inovadora de fortalecimento do sistema único de saúde (SUS): O caso do canal minas saúde, Minas Gerais, Brasil

Lizziane d' Ávila Pereira y Fernando Antônio Gomes Leles. Brasil

### SESIÓN 15 – Sala 1

Sesión organizada por : Maria Isabel Barros Bellini, Secretaria Estadual de Saúde. Brasil

Tema : A PESQUISA SOBRE POLÍTICAS SOCIAIS: exercício de cidadania e garantia de direitos ?

Langue: portugais

**Sessão especial:** apresenta a experiência de grupo de pesquisadores do **Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade** que desenvolvem pesquisas nas temáticas intersectorialidade entre as políticas sociais brasileiras com enfoque: políticas de saúde, assistência social e educação, família, recursos humanos em saúde, formação profissional e educação na saúde. Aproxima-se da indagação que norteia o congresso sobre **Quais as necessidades da cidadania em relação à Saúde e que papel ela tem nas decisões das políticas de Saúde ou de atenção individual? Que modelos de organização são necessários?**, na medida em que seus estudos e pesquisas investigam a política social brasileira, os processos de inserção/exclusão e a formação profissional como possibilidade de construir práticas emancipatórias e garantidoras de direitos.

### Résumé

L'article présente une recherche du *Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade* – NETSI (Noyau d'Etudes et Recherches en Travail, Santé et Intersectorialité) lié au Programme de Post Graduation en Service Social de PUCRS/BRASIL (Pontificale Université Catholique du Rio Grande do Sul / Brésil) sur l'intersectorialité entre les politiques sociales brésiliennes, tout en soulignant les politiques de santé, les ressources humaines en santé, la formation professionnelle, l'éducation dans la santé. Les sujets sont: la famille et les travailleurs des politiques. Ces études et recherches mettent en question les possibilités / limitations de la construction de pratiques émancipatrices et qui garantissent des droits sociaux dans la formation professionnelle. La question posée par le titre annonce la préoccupation de ces chercheurs vers la direction des recherches, études et leurs résultats et produits finaux pour appuyer et / ou stimuler l'amplification des droits sociaux.

### Resumen

El artículo presenta investigación sobre la interseccionalidad Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI), vinculado ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUCRS/BRASIL entre las políticas sociales brasileñas, especialmente la política de salud, los recursos humanos de salud, la formación, la educación en salud. Los sujetos son: familia y trabajadores de las políticas. Estos estudios e investigaciones cuestionan las posibilidades / limitaciones de la construcción de prácticas emancipatorias y que garanticen derechos sociales en la formación profesional. La pregunta del título anuncia la preocupación de estos investigadores para conducir investigaciones, estudios, sus resultados y productos finales para que apoyen y / o estimulan la expansión de los derechos sociales.

### A intersectorialidade e a educação na saúde: desafios postos à formação profissional.

Camília Susana Faller, PPGSS/PUCRS, Edital Pró-Ensino na Saúde/CAPEs. Brasil. [camiliafaler@yahoo.com.br](mailto:camiliafaler@yahoo.com.br)

O NETSI tem vinculado a si os grupos de pesquisa - **Grupo de estudos e Pesquisa em Ensino na Saúde e Intersetorialidade** (GEPESI ) e o **Grupo de Estudos e Pesquisa Família, Serviço Social e Saúde** (GFASSS). Tem parceria com outras universidade do Brasil e com a Uminho/Braga/Portugal. Objetivo: formar pesquisadores qualificados na área da saúde, do trabalho, na intersectorialidade entre as diferentes políticas sociais e em temas transversais como família, violência nas relações familiares, docência em serviço social, formação em serviço social, proteção social, educação permanente em saúde, recursos humanos em saúde. Oportuniza vivências práticas em pesquisa teórica ou empírica; participa no ensino em serviço social através da





articulação com disciplinas do currículo da graduação e da pós-graduação e na participação de bolsistas de iniciação científica; articula com campos de estágios através dos alunos e espaços de práticas na rede de saúde; proporciona ao público externo ações/capacitações sobre temas desenvolvidos nas pesquisas e que contribuem para criação de novos cenários de práticas, para o acesso ao conhecimento acadêmico, e fomenta a educação permanente nos espaços de trabalho. Atividades externas: cursos de ação comunitária, projeto de extensão com escola pública, grupos de estudo, work shop e atividades abertas a comunidade em geral.

#### **Universidade e Política Sociais: parcerias na direção de novas práticas em saúde.**

Patrícia Teresinha Scherer, Edital Pró-Ensino na Saúde/CAPEs. Brasil. [patriciascherer.as@gmail.com](mailto:patriciascherer.as@gmail.com)

O Grupo de Estudos e Pesquisa em Ensino na Saúde e Intersetorialidade projeta, coordena, apóia e integra atividades com foco no trabalho e na formação na área da Saúde e como sujeito os profissionais em formação e os trabalhadores das políticas sociais. Efetiva ações de articulação entre unidades de ensino, universidades e serviços da rede de saúde. Parte do pressuposto que o ensino na saúde se configura como estratégia de ação fomentada pela Política de Saúde e que tem como objetivo a produção do conhecimento, a construção de novas práticas em saúde e a promoção e organização de ações, programas e políticas de formação profissional em saúde. Envolve a promoção da educação na e em saúde, o fortalecimento dos movimentos populares na gestão e no controle social da política pública de saúde e a capacitação em diferentes áreas profissionais favorecendo dessa forma a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Algumas pesquisas desenvolvidas versam ou versaram sobre: o trabalho dos assistentes sociais e os determinantes sociais em saúde, formação do aluno de serviço social, a inclusão de usuários com obesidade mórbida no SUS, a concepção de intersetorialidade, recursos humanos do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da família e a intersetorialidade entre as políticas de saúde e de assistência social.

#### **Investigação sobre a inserção da família brasileira nas políticas sociais e práticas profissionais.**

Liana Bolzan. Brasil

#### **Inclusão de idosos em situação de violência e mulheres usuárias de álcool e outras drogas em políticas de saúde: a pesquisa como desveladora de contradições.**

Aline Yoshida Galvão. Brasil

#### **Gestão em saúde: a hierarquia das ações em saúde em pauta.**

Marcelo Nunes Dourado Rocha. Brasil

### **SESIÓN DE TRABAJO 6 - Sala 2**

**Tema:** SAS 2

**Tema :**

**Organizadora :**

**Plazas:**

**Lengua:** español

### **SESIÓN 16 – Sala 3**

**Sesión organizada por:** Hudson Pacifico da Silva, Universidade Estadual de Campinas. Brasil

**Lengua:** português

**Tema :** Tecnologia e inovação em saúde: implicações para a universalidade do acesso aos serviços de saúde

O objetivo do trabalho é evidenciar as relações entre Estado, mercado e sociedade na área da saúde, a partir da análise do que denominamos de “arranjos assistenciais produtivos”, que foram implantados desde a

emergência das primeiras políticas públicas, ainda na Primeira República, até a época atual do Sistema Único da Saúde (SUS), passando pelos diversos períodos de autoritarismo e democracia que caracterizaram a história brasileira no último século. Esses arranjos constituem uma rede de interligações entre as atividades de prestação de serviços de saúde, as indústrias fornecedoras de insumos e equipamentos médicos, as instituições científicas, produtoras de conhecimento, e as instituições formadoras de recursos humanos portadores de habilidades para produzir ações, bens e conhecimento científico.

Nesse longo período, podemos destacar a conformação de dois grandes arranjos assistenciais produtivos e diferentes formas de convivência ou combinações entre ambos na política de saúde, antes e depois da constituição do Sistema Único de Saúde. O primeiro arranjo tem como características o fato de ser público e nacional, pois é composto por instituições e serviços públicos, conta com financiamento público e possui baixo grau de dependência externa. Além disso, é porta-voz de um desenvolvimento científico genuinamente nacional na área biotecnológica (soros e vacinas). Esse primeiro arranjo foi construído e se desenvolveu a partir da Primeira República e teve como protagonista as instâncias governamentais de formulação e coordenação de ações na área da saúde (federal e estaduais) e os institutos públicos de ciência e tecnologia criados no final do século XIX e início do século XX, no Distrito Federal (Rio de Janeiro) e no estado de São Paulo.

O segundo arranjo desenvolveu-se a partir do modelo de saúde previdenciário, a partir dos anos 1930. Ao contrário do modelo anterior, esse segundo arranjo é essencialmente de natureza privada e internacional, pois há predomínio de equipamentos privados (hospitais e laboratórios privados conveniados e contratados), tem financiamento misto (público e privado) e apresenta uma cadeia de produtores e fornecedores de insumos, medicamentos e equipamentos médicos internacionalizada, o que se traduz num quadro de grande dependência externa na forma da importação desses insumos, medicamentos e equipamentos, evidenciado nos déficits crescentes da balança comercial dos produtos que integram o complexo econômico-industrial da saúde, especialmente na primeira década do século XXI.

Esses dois arranjos assistenciais produtivos na saúde ilustram as tensões históricas entre saúde e desenvolvimento no Brasil. Ao mesmo tempo em que esses arranjos contribuíram para a desmercantilização do acesso aos serviços de saúde mediante a construção do SUS, considerado o maior sistema público de saúde do mundo, eles também possibilitaram o adensamento da mercantilização da oferta (assalariamento dos profissionais, constituição das empresas médicas, etc.) e a constituição da saúde como um campo próprio de acumulação de capital. Embora esses arranjos não tenham sido constituídos em um mesmo momento histórico e nem de forma combinada, eles convivem hoje de forma complexa e algumas vezes contraditória no sistema de saúde brasileiro.

A própria conformação do sistema de saúde no Brasil, caracterizado pela segmentação de clientela e múltiplas relações entre o público e o privado, pode ser atribuída ao desenvolvimento dos arranjos assistenciais produtivos, que possibilitaram, dentre outras coisas, a conformação de uma expressiva rede de atenção ambulatorial pública por todo o país, a constituição de uma rede importante de laboratórios públicos produtores de medicamentos, soros e vacinas, a expansão privada de serviços hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, a criação de um mercado expressivo de seguros e planos de saúde, a formação de muitas empresas nacionais que produzem bens manufaturados para a saúde e também a inserção de grandes conglomerados industriais estrangeiros na oferta de tecnologias novas, caras e sofisticadas.

A questão que se coloca frente a esse cenário é de como garantir uma associação virtuosa entre saúde e desenvolvimento, isto é, como fazer para que os arranjos assistenciais produtivos no campo da saúde contribuam para compatibilizar, ao mesmo tempo, a lógica pública e coletiva de bem-estar e inclusão social e a lógica privada e individual de mercado. A resposta para essa questão passa necessariamente pelo reconhecimento de que cabe ao Estado definir e articular políticas públicas de integração entre as múltiplas dimensões do desenvolvimento (científica e tecnológica, industrial e social).

### **Arranjos assistenciais produtivos na saúde: o caso brasileiro.**

Ana Luiza d'Ávila Viana. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Brasil. [analuzaviana@usp.br](mailto:analuzaviana@usp.br)

**RESUMO:** O objetivo do trabalho é evidenciar as relações entre Estado, mercado e sociedade na área da saúde, a partir da análise do que denominamos de “arranjos assistenciais produtivos”, que foram implantados desde a emergência das primeiras políticas públicas, ainda na Primeira República, até a época atual do Sistema Único da Saúde (SUS), passando pelos diversos períodos de autoritarismo e democracia que caracterizaram a história brasileira no último século. Esses arranjos constituem uma rede de interligações entre as atividades de

prestação de serviços de saúde, as indústrias fornecedoras de insumos e equipamentos médicos, as instituições científicas, produtoras de conhecimento, e as instituições formadoras de recursos humanos portadores de habilidades para produzir ações, bens e conhecimento científico.

Nesse longo período, podemos destacar a conformação de dois grandes arranjos assistenciais produtivos e diferentes formas de convivência ou combinações entre ambos na política de saúde, antes e depois da constituição do Sistema Único de Saúde. O primeiro arranjo tem como características o fato de ser público e nacional, pois é composto por instituições e serviços públicos, conta com financiamento público e possui baixo grau de dependência externa. Além disso, é porta-voz de um desenvolvimento científico genuinamente nacional na área biotecnológica (soros e vacinas). Esse primeiro arranjo foi construído e se desenvolveu a partir da Primeira República e teve como protagonista as instâncias governamentais de formulação e coordenação de ações na área da saúde (federal e estaduais) e os institutos públicos de ciência e tecnologia criados no final do século XIX e início do século XX, no Distrito Federal (Rio de Janeiro) e no estado de São Paulo.

O segundo arranjo desenvolveu-se a partir do modelo de saúde previdenciário, a partir dos anos 1930. Ao contrário do modelo anterior, esse segundo arranjo é essencialmente de natureza privada e internacional, pois há predomínio de equipamentos privados (hospitais e laboratórios privados conveniados e contratados), tem financiamento misto (público e privado) e apresenta uma cadeia de produtores e fornecedores de insumos, medicamentos e equipamentos médicos internacionalizada, o que se traduz num quadro de grande dependência externa na forma da importação desses insumos, medicamentos e equipamentos, evidenciado nos déficits crescentes da balança comercial dos produtos que integram o complexo econômico-industrial da saúde, especialmente na primeira década do século XXI.

Esses dois arranjos assistenciais produtivos na saúde ilustram as tensões históricas entre saúde e desenvolvimento no Brasil. Ao mesmo tempo em que esses arranjos contribuíram para a desmercantilização do acesso aos serviços de saúde mediante a construção do SUS, considerado o maior sistema público de saúde do mundo, eles também possibilitaram o adensamento da mercantilização da oferta (assalariamento dos profissionais, constituição das empresas médicas, etc.) e a constituição da saúde como um campo próprio de acumulação de capital. Embora esses arranjos não tenham sido constituídos em um mesmo momento histórico e nem de forma combinada, eles convivem hoje de forma complexa e algumas vezes contraditória no sistema de saúde brasileiro.

A própria conformação do sistema de saúde no Brasil, caracterizado pela segmentação de clientela e múltiplas relações entre o público e o privado, pode ser atribuída ao desenvolvimento dos arranjos assistenciais produtivos, que possibilitaram, dentre outras coisas, a conformação de uma expressiva rede de atenção ambulatorial pública por todo o país, a constituição de uma rede importante de laboratórios públicos produtores de medicamentos, soros e vacinas, a expansão privada de serviços hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, a criação de um mercado expressivo de seguros e planos de saúde, a formação de muitas empresas nacionais que produzem bens manufaturados para a saúde e também a inserção de grandes conglomerados industriais estrangeiros na oferta de tecnologias novas, caras e sofisticadas.

A questão que se coloca frente a esse cenário é de como garantir uma associação virtuosa entre saúde e desenvolvimento, isto é, como fazer para que os arranjos assistenciais produtivos no campo da saúde contribuam para compatibilizar, ao mesmo tempo, a lógica pública e coletiva de bem-estar e inclusão social e a lógica privada e individual de mercado. A resposta para essa questão passa necessariamente pelo reconhecimento de que cabe ao Estado definir e articular políticas públicas de integração entre as múltiplas dimensões do desenvolvimento (científica e tecnológica, industrial e social).

### **Tecnologias em saúde: que valores são enfatizados pelas tecnologias e quais implicações isso tem para os sistemas de saúde?**

Hudson Pacifico da Silva. Universidade Estadual de Campinas. Brasil. [hudson.silva@fca.unicamp.br](mailto:hudson.silva@fca.unicamp.br)

As tecnologias em saúde englobam medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Embora essas tecnologias sejam saudadas por usuários e profissionais de saúde em função dos benefícios que podem trazer para a prevenção e o tratamento de muitas enfermidades, sua incorporação desordenada e acrítica tem contribuído para elevar os riscos associados à sua utilização e a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde.

Essas tecnologias são produzidas, comercializadas e utilizadas pelos diferentes segmentos que integram o chamado complexo econômico-industrial da saúde, que pode ser definido como um conjunto interligado de

atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços e que se move no contexto da dinâmica capitalista. Esse complexo envolve um conjunto de empresas que produzem bens de consumo e equipamentos especializados (fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico, equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos), assim como um conjunto de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) que demandam e utilizam os bens produzidos pelo primeiro grupo, caracterizando assim uma clara relação de interdependência no âmbito da saúde.

Um problema relacionado às tecnologias em saúde diz respeito à falta de convergência entre a agenda de inovações das empresas que atuam no complexo industrial da saúde e a agenda de necessidades e prioridades da política de saúde. De fato, processos de desenho de inovações são abertos a influências de agentes internos e externos, que priorizam certos problemas e não outros, e que possuem certa visão sobre qual tecnologia deve ser fornecida. A literatura também aponta a complexidade dos interesses em jogo e a necessidade de considerar quais compromissos são traduzidos em decisões estratégicas de inovação.

Partindo da premissa de que as tecnologias que nós criamos e os valores que as sociedades buscam / compartilham se influenciam e reforçam mutuamente (co-constituição da tecnologia e da sociedade), é importante perguntar que valores são reforçados e enfatizados pelas tecnologias (em detrimento de outros).

Com base na análise de três tecnologias, observa-se que alguns valores - longevidade, produtividade, controle, liberdade de escolha – surgem como mais relevantes e nos afastam de buscar outras soluções. Esses valores são reforçados pelo tipo de pesquisa que são financiados com recursos públicos em atividades de Pesquisa e Desenvolvimento e pelos tipos de tecnologia que nós, como sociedade, desenhamos e introduzimos nos sistemas de saúde através de investimento público e privado.

A partir dessa constatação, argumenta-se que é necessário reavaliar o tipo de tecnologia que tem sido priorizada nos sistemas de saúde, na medida em que elas apresentam implicações clínicas, comerciais e sociais bem definidas.

#### **A influencia da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde nas políticas de atenção à saúde.**

Flávia Tavares Silva Elias. Brasil

#### **Território e políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde: abordagem a partir de uma circularidade produtiva ligada à medicina nuclear na Argentina e no Brasil.**

Fabiola Lana Iozzi. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz. Brasil.  
[fabialaiozzi@ensp.fiocruz.br](mailto:fabialaiozzi@ensp.fiocruz.br) / [lanafabiola@gmail.com](mailto:lanafabiola@gmail.com)

O desenvolvimento das aplicações médicas ligadas a produção nuclear ganharam nos últimos cinquenta anos um incremento sem precedentes. A medicina nuclear tem apresentado possibilidades inovadoras de diagnósticos e terapias, que efetivamente tem revolucionado áreas fundamentais, como a oncologia, a cardiologia e a neurologia. Se considerarmos que no último século assistimos uma transição demográfica-epidemiológica sem precedentes, essas especialidades médicas ganham relevância, tanto para as condições de saúde dos indivíduos, quanto para os sistemas de saúde.

Desenvolvido na década de 1970 e difundido nos anos 2000, o PET-CT é, sem dúvida, um exemplo emblemático de inovação na medicina nuclear. Esse equipamento alia as tecnologias de geração de imagens de tomógrafo por emissão de pósitrons com a tomografia computadorizada, originando imagens que possibilitam analisar conjuntamente alterações do metabolismo celular e da anatomia do órgão investigado, identificando lesões milimétricas, fato que antes só era possível através de procedimentos invasivos ou pelo próprio avanço da doença. Este grau de precisão se deve, fundamentalmente, à administração de um radiofármaco específico, denominado FDG-<sup>18</sup>F.

O alto grau de complexidade tecnológica que abarca todas as atividades envolvidas, desde a produção do radiofármaco até a realização do exame, com seus fluxos materiais e imateriais, levando em questão os agentes que os acionam, conformam a circularidade produtiva, foco central deste trabalho. Nesse sentido, o par conceitual circuito espacial produtivo e círculos de cooperação no espaço, desenvolvido pelo geógrafo brasileiro Milton Santos, constitui um importante subsídio para o entendimento dos processos relacionados a produção desses equipamentos, insumos e serviços, e seus usos.

A circularidade produtiva que propomos analisar abarca equipamentos e materiais com intenso conteúdo tecnológico, exigindo, em decorrência, mão de obra igualmente especializada, elementos que aliados à uma intrincada demanda logística, contribuem para a complexidade de seu funcionamento e tornam a difusão espacial dos principais objetos técnicos que a compõem bastante concentrada mundialmente. Com isso, observa-se uma forte concentração no que diz respeito às empresas e instituições responsáveis pela produção e pelos serviços. Conformando verdadeiros oligopólios, essa circularidade produtiva coloca em questão possibilidades de usos mais amplos.

Em um panorama mais abrangente, Argentina e Brasil apresentam, cada um com suas particularidades, situações deficitárias no que diz respeito à base produtiva de alta intensidade tecnológica. Nesse contexto, mostram-se de forte relevância políticas públicas de ciência, tecnologia e inovação voltadas para o fortalecimento e aprimoramento das áreas de formação profissional, produção e pesquisa nacionais em campos estratégicos.

Por conformar um ramo fortemente demandante e dependente de produtos e serviços com intenso conteúdo tecnológico e ser um dos pilares do sistema de proteção social, o campo da saúde ganha destaque. Com isso, aparece como central para as políticas públicas nacionais dos países subdesenvolvidos, tendo em vista a importância de alcançarem maiores graus de autonomia frente aos oligopólios mundiais que dominam a produção de insumos e equipamentos para a saúde.

É nesse conjunto de circunstâncias que se insere a proposta deste trabalho, cujo objetivo é analisar um circuito espacial produtivo e seus respectivos círculos de cooperação que envolvem um serviço de alta densidade tecnológica na área da saúde. O recorte mais específico é o uso do radiofármaco fluorodesoxiglucose (FDG-<sup>18</sup>F) para estudos em equipamento de tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) na Argentina e no Brasil.

Para alcançar esse objetivo, além de pesquisa bibliográfica sobre o tema, empreendeu-se uma análise das políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde nos dois países. Destaca-se a realização de entrevistas com atores-chaves de várias instituições argentinas e brasileiras, abarcando representantes dos mais diversos segmentos envolvidos no circuito espacial produtivo estudado.

O conjunto analítico explorado possibilitou o encontro de relevantes similitudes entre o funcionamento sistêmico dos elementos em questão nos dois países analisados, fundamentalmente no que concerne à lógica de atuação de setores privados na oferta e disponibilização de equipamentos e na prestação de serviços sofisticados de diagnóstico por imagem, como o caso do PET-CT. As estratégias de incorporação da tomografia computadorizada por emissão de pósitrons nos sistemas de saúde brasileiro e argentino são exemplos significativos, na área da saúde, de como as políticas do Estado e das empresas têm articulado os lugares para promover circuitos espaciais produtivos e círculos de cooperação que, todavia, nem sempre respondem aos princípios de universalização da saúde. Nessa contextura, mostram-se relevantes políticas públicas contundentes e articuladas, tanto com a demanda de saúde da população, quanto ao incremento da base produtiva, buscando encontrar uma ordem dos objetos que garanta e produza mais justiça espacial do que crescimento econômico.

## SESIÓN 17 – Sala 4

**Sesión organizada por:** Bruno Mariani S. Azevedo, Universidade Estadual de Campinas. Brasil

**Tema :** ¿What's app en las organizaciones?

**Lengua:** portugueses, espanhol

La sesión específica que se propone a continuación pretende dialogar alrededor de las preguntas *¿Cuáles son las necesidades de la ciudadanía en relación a la salud y qué papel tiene en las decisiones de políticas de salud o de atención individual? ¿Qué modelos organizativos se necesitan?*

La participación y la democratización del conocimiento y de las instituciones constituyen una de las principales reivindicaciones de la ciudadanía en diferentes contextos culturales y socioeconómicos. Así mismo, la sociedad está demandando adquirir un papel de más y mejor participación en las organizaciones de salud y de servicios sociales.



Se propone reflexionar y cuestionar los actuales modelos organizativos, incorporando la subjetividad y la democracia institucional como elementos centrales. Con éste debate se pretende girar la mirada y avanzar hacia modelos que construyan a los sujetos como actores principales.

En las comunicaciones presentadas y en el debate subsiguiente se pretende conversar y construir colectivamente alrededor de las siguientes inquietudes:

*¿Cómo producir redes de conversaciones que permitan repensar los modelos organizativos?*

*¿Cómo tener en cuenta la producción de subjetividad en la producción de los servicios?*

*¿Qué estrategias y mecanismos pueden incorporarse para la democratización de las relaciones y las propias instituciones?*

### **¿Cómo la evaluación participativa puede construir redes de conversaciones para la acción y mejora de las organizaciones?**

Marta Benet Blasco, M.Pla, Bruno Azevedo, M. de San Pedro y E. Serra. Universitat de Vic-UCC. España Universidade Estadual de Campinas.Brasil. [mbenetblasco@gmail.com](mailto:mbenetblasco@gmail.com)

En el campo de la salud la evaluación se aplica a programas, intervenciones, procesos de trabajo, servicios, organizaciones y políticas. Tradicionalmente la evaluación ha impregnado el discurso político, incorporándose también en el lenguaje de gestores y administradores sanitarios. En contrapartida, los profesionales muchas veces la han vivido como un acto fiscalizador o como un requisito imperativo para rendir cuentas a las entidades que financian sus proyectos, intervenciones y programas. En consecuencia, las evaluaciones suelen centrarse en medidas basadas en indicadores cuantitativos preestablecidos y en la verificación del cumplimiento de unos objetivos determinados en las fases de diseño. Por otro lado, la dificultad para aplicar ésta lógica a la evaluación de aspectos multidimensionales o para examinar fenómenos no cuantificables de los servicios, organizaciones o políticas, ha conducido a una escasez de evaluaciones en determinados ámbitos de la salud o, en el mejor de los casos, a una monitorización de indicadores de gestión.

Sin embargo, la evaluación debe ser un proceso que permita incorporar la diversidad de miradas en las cuestiones referidas a la salud, construir prácticas en salud que reconozcan la subjetividad de usuarios y profesionales, cartografiar procesos de trabajo, reflexionar sobre las estructuras formales e informales sobre las que se articulan las organizaciones sanitarias e incorporar la ciudadanía a la formulación de políticas públicas.

Se propone la evaluación participativa como una opción epistemológica y metodológica – y también política - que permita ampliar la mirada sobre las estructuras y procesos que intervienen en las acciones del cuidado de la salud. La participación puede entenderse como una experiencia intersubjetiva que permite el establecimiento de redes de conversaciones entre los diferentes actores implicados, en las cuales el o la evaluador/a se sitúa como facilitador y no como observador externo. Las redes, como múltiples espacios colectivos de conversación interconectados, se producen en un marco de relaciones complejas (formales e informales) ubicadas en un contexto histórico, socioeconómico y cultural concreto. La evaluación participativa, en su aproximación multidimensional y realista, busca anclar el análisis al contexto y a la vez acercarse a las realidades tal y cómo son vividas por los propios participantes. Generando amplitud y multiplicidad de mirada, e incluyendo a una gran diversidad de actores con una implicación en profundidad en las diferentes fases de la evaluación. Desde estas aproximaciones, se conforma así una evaluación que se define como un proceso emergente, flexible y adaptable que pretende una aproximación holística y densa a la realidad social.

Durante la puesta en práctica de una evaluación participativa se generan una gran diversidad de productos. Por un lado, reflexión de forma crítica sobre la propia praxis y sobre la orientación que debería tomar la acción, cuestionando modelos y estructuras para su comprensión y discusión a la vez que se construyen conocimiento y aprendizajes. Finalmente, este proceso reflexivo individual y colectivo, puede ser la base para la toma de decisiones y para la construcción de acciones de transformación social o de cambios de posiciones subjetivas.

Las organizaciones – y sus modelos organizativos – deberían adaptar su funcionamiento y sus acciones a la finalidad para la cual se establece su razón de ser. La evaluación participativa puede plantearse como un mecanismo para visualizar y generar redes de conversaciones en las organizaciones que permitan activar procesos reflexivos amplios y profundos, así como adaptarse a las necesidades de las personas en vez de a las exigencias de la propia organización o servicios. Se propone evaluar para visualizar las voces de los sujetos a las cuales van dirigidas sus acciones, incorporando su experiencia vivida y sus conocimientos en la implementación de mejoras y desarrollo de procesos de trabajo en salud.

La incorporación de éste tipo de evaluaciones puede revertir tanto en el funcionamiento interno de la organización y en su relación con los otros agentes del territorio como en la orientación hacia los usuarios. En

relación a la organización interna, la evaluación participativa puede contribuir a cuestionar y/o alimentar la propia acción de los profesionales a partir de la comprensión de lo ocurrido y a su vez contribuir a la planificación futura. Al poner en cuestión aspectos estructurales formales e informales se facilita el establecimiento de estrategias para afrontar desafíos, conflictos y alianzas generados durante el funcionamiento organizacional. La evaluación puede contribuir a la democratización y acción transparente de la organización, mejorando tanto la vida interna como las relaciones con su entorno. Finalmente, cambiar la mirada hacia la pluralidad implica una sensibilidad para recoger las necesidades no contempladas de los usuarios y profesionales, a la vez que facilita que determinados grupos de usuarios puedan crear su propio saber y comprensión de su situación.

### Noção Comum e Redes Rizomáticas.

Bruno Mariani S. Azevedo, M. Pla, Bruno Azevedo, M. de San Pedro y E. Serra. Universidade Estadual de Campinas (Brasil); Universitat de Vic-UCC. Brasil. España. [marianiazevedo@gmail.com](mailto:marianiazevedo@gmail.com)

Quando nos colocam as perguntas: “Quais as necessidades da cidadania em relação à Saúde e que papel ela tem nas decisões das políticas de Saúde ou de atenção individual? Que modelos de organização são necessários?” O que nos irrompe é a necessidade de uma aposta radical na construção coletiva, na democracia institucional (e na democracia direta), uma em que possamos entender a cogestão não como um espaço de um arranjo gerencial, mas como um certo modo aplicado de gestão.

Assim, o nosso campo de pesquisa está focado na ação coletiva produzida nos encontros da rede de trabalho em saúde. Estamos escapando de uma dicotomia entre a dimensão coletiva e a individual para retomar a organização do trabalho interessada em tornar visíveis modos efetivos de fazer comunidade, focando o fortalecimento de redes de vida, de redes sociais.

Apostamos que esse movimento de produzir, com o coletivo, processos de escuta, análise, construção de textos coletivos, definição de tarefas e avaliação resulta em mudanças nas formas de gerir, em exigências sobre condições de trabalho e de gestão, no aumento da capacidade de manejo de casos complexos e em construção sistêmica da rede de atenção à saúde. Consideramos que o agenciamento, as tensões, os conflitos, os acordos e os consensos produzidos a partir desses encontros poderão agir para melhoria da qualidade da produção de saúde dos serviços de saúde individualmente e de sua composição enquanto rede.

Não queremos tratar o termo “rede”, aqui, como mais um jargão banalizado. Assim, que vamos realizar uma investigação teórica que se desenrolará a partir de revisões bibliográficas e relações com o campo da filosofia procurando entender e reconstruir esse termo relacionando com a ideia de produção de comum.

As noções comuns são ideias práticas, relacionadas a nossa própria potência visto que a formação destas advém de um *afeto* de alegria que nos *afecta* (aumenta nossa potência de ação). Assim, elas têm a ideia daquilo que convém aos corpos, tomam por objeto relações de composição entre corpos existentes. A ideia de uma composição deixa claro que é uma relação, não se reduz à essência de um nem de outro, nem à essência de um todo, ela abarca a própria multiplicidade das singularidades, as quais se constituem, inclusive, na própria relação. Tratar-se-ia de saber se relações (e quais?) podem se compor diretamente para formar uma nova relação mais “extensa”, ou uma potência mais “intensa”. Não se trata mais das utilizações ou das capturas, mas das sociabilidades e comunidades. Um corpo busca produzir comum com o que o cerca, afirmação da potência e da finitude. A ideia da composição é um problema posto à vida, é um jogo vital cuja única regra imanente é buscar compor corpos mais potentes que perseverem na existência.

Tais questões passam pelas produções de variações nos arranjos instituídos de modo a ampliar o grau de conexão entre rede de serviços de saúde e territórios existenciais e assim ampliar a porosidade dos serviços para a potência inventiva. Então nesse sentido, produzir comunidade se relaciona a possibilidade de se produzir esse corpo que, em não sabendo dos afetos de que é capaz, terá que saber quais são as relações que o compõe na direção de uma “potência mais intensa”, de tal forma que o comum dá-se em um constante construir-se, engendrar-se. Nesse movimento de construção permanente interessa-nos a imagem da espiral (de Negri/Hardt) em que a subjetividade é produzida através da cooperação e da comunicação e esta subjetividade produzida leva ela própria a novas formas de cooperação e de comunicação, que produzem de novo subjetividade, e assim por diante. Cada momento dessa cadeia é uma inovação que tem por resultado uma realidade mais rica. Neste processo, talvez, devamos reconhecer a formação do corpo da multidão, uma espécie nova de corpo, um corpo comum, um corpo democrático.

O encontro entre mundos diferentes e as conexões entre estes corpos (de usuário, de profissional, de gestor de saúde) são encontros singulares que dão sustentação à constituição de redes, que operam enquanto rizomas. Nelas, quaisquer pontos podem se conectar, de forma que a análise da rede-rizoma desloca-se dos pontos para a relação entre eles (incluindo-os), de modo que se um desenho de rede se estabelece é mais uma marca em

um plano de consistência que reconhece as suas linhas de fuga, de maneira que a rede pode operar atenta a rompimentos nestas linhas para se refazer remetendo-se a elas mesmas.

A cada movimento, novas composições. Cada nova relação que fazemos, um mundo de possíveis que se abre e que pede acolhimento e envolvimento para que possa ser desenvolvido. Sabendo que a efetuação de possíveis é, ao mesmo tempo, um processo imprevisível, aberto e arriscado. Não podemos nos furtar a este desafio. Nosso trabalho é vital e diz respeito às obras inerentes à viagem que é a nossa vida.

### Whatsapp, Twitter y #conversacionesquecuran.

Marc de San Pedro, M. Pla, Bruno M.S. Azevedo, Elisenda Serra y M. Benet. Universitat de Vic – UCC; Universidade Estadual de Campinas. Brasil. España. [marc.desanpedro@uvic.cat](mailto:marc.desanpedro@uvic.cat)

**Propuesta:** Creación de una Metodología para la implantación del modelo de atención centrado en la persona (MCP) en los centros geriátricos.

**Descripción:** El MCP se enmarca en el desarrollo de la innovación social y socio sanitario. Se fundamenta en el conocimiento científico y en las experiencias internacionales. Algunos ejemplos son la medicina centrada en el paciente, la incorporación del modelo centrado en la persona en el ámbito de la discapacidad, e incluso en otros países como, Australia, Canadá, Suecia e Inglaterra donde la atención centrada en la persona se aplica en el contexto de residencias de la tercera edad.

En el ámbito Español, existe el modelo técnico teórico creado por Teresa Martínez Rodríguez conocido como “La atención gerontológica centrada en la persona” Se trata del primer planteamiento articulado donde poder crear una atención personalizada en las residencias del ámbito Español.

El modelo favorece una atención de calidad, preservando el derecho de las personas a seguir tomando las decisiones sobre su vida. Se sustenta sobre todo en los aspectos como; el conocimiento de las personas, sus gustos, preferencias, su contexto social i ambiental.

Las experiencias que se están desarrollando en diferentes países, muestran que es posible prosperar hacia una mejor atención en los centros geriátricos, pero no describen una metodología clara de implantación.

**Objetivos:** Crear una metodología de implantación que permita implantar el modelo en centros geriátricos.

**Las teorías, los métodos, los modelos y los materiales:** La metodología creada, TU DECIDES, para la implantación del modelo, permite una aplicación del mismo en centros residenciales y centros de día para personas mayores. Se trata de un trabajo que inicia con una revisión participativa en cada uno de los centros que permite describir los ejes de mejora. Sigue con una priorización que proporciona unos objetivos claros y temporizados.

El método mejora a través del trabajo con mapas de procesos y fichas de procesos que permiten describir las buenas prácticas del modelo. Posteriormente se avanza con la implantación de los procesos y finalmente se evalúan los resultados y se establecen nuevos objetivos y nuevas pautas de funcionamiento para la mejora continua.

**Los resultados y la discusión:** Se observa que la implantación del modelo a través de una metodología, facilita y ordena favoreciendo un mayor éxito en el proceso de cambio, a la vez que una mayor satisfacción, de usuarios, familias y profesionales.

### La relación de los servicios de salud y la autonomía en la vejez.

Bruno Mariani S. Azevedo, M.Pla, M.Pérez-Salanova, P. Monreal, A. del Valle, T. Rivero y M. Benet. . Universitat de Vic – UCC; Universidade Estadual de Campinas. Brasil. España. [marianiazevedo@gmail.com](mailto:marianiazevedo@gmail.com)

La investigación “Envejecimiento activo, ciudadanía y participación” considera la gestión de las intervenciones públicas para el envejecimiento activo desde un enfoque integrador, basado en la participación y empoderamiento. Analizar el cambio generacional, ciudadanía, autonomía y empoderamiento de las personas mayores mediante técnicas de investigación cualitativa, incluyendo entrevistas con seis personas mayores de cada una de las ocho ciudades españolas participantes (4 capitales y 4 ciudades pequeñas de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia), tiene una fuerte acción participativa e intervencionista. En las entrevistas con las personas mayores se propone explorar la posición que ocupan los servicios de salud en sus vidas y cómo estos articulan una red destinadas a su atención integral. Algunas personas mayores revelan una relación afectuosa con profesionales de la salud, especialmente con los médicos atención primaria

en relación a la mayor frecuencia de sus encuentros. Ésta producción de vínculo puede reflejarse en un esfuerzo de los trabajadores en apoyar al paciente y puede producir un reconocimiento de dicho trabajo por parte del paciente que finalmente tiene un impacto en la atención. En las entrevistas se habla poco de la relación de las personas mayores con los servicios de salud, haciéndose especialmente evidente en la ausencia de los servicios de salud en las redes de apoyo que describen las personas mayores. Los servicios de emergencia se citan para describir los eventos concretos que tienen un impacto importante en su salud y en el proceso de envejecimiento. Es sorprendente como los servicios de salud no son recordados como una herramienta para el cuidado ni como un recurso para obtener acceso a derechos y calidad de vida y tampoco como un apoyo para ésta etapa de la vida. ¿Qué significa tal rechazo, negación o invisibilidad de los servicios de salud? Las entrevistas indican algunas pistas: la naturalización de la enfermedad en la vejez, la subestimación de la importancia de la enfermedad, o la consideración de que la autonomía no requiere del apoyo de otras personas – por elección, por ausencia de una red de apoyo o por el hecho de no querer verse como un trabajo más para la familia. El reconocimiento de una enfermedad puede ser el indicio inequívoco de una vejez de la cual se quiere huir. Sin embargo, otras personas mayores consideran fundamental tener una red de apoyo, pero en ninguna de las entrevistas incluyen los servicios de salud. Incluso en aquellas personas mayores que expresan tener un mal estado de salud y una baja capacidad de autocuidado; tampoco relatan una relación con los servicios de salud que los apoyen. Vamos discutir éstos productos desde la filosofía de la diferencia, reconceptualizando ideas como la autonomía y la atención en red. Teniendo en cuenta el reto del envejecimiento de la población, creemos que plantear éste debate y éstas resignificaciones es esencial para avanzar en la discusión de los modelos organizativos que necesitamos para atender a éste grupo poblacional. Además, un sistema que logra asistir bien a las personas mayores en toda su complejidad, probablemente también lo estará logrando para los otros grupos poblacionales.

## SESIÓN 18 – Sala 6

**Sesión organizada por:** Eliana Goldfarb Cyrino, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). Brasil

**Tema :** Políticas de indução de mudança na formação de profissionais nos serviços públicos de saúde no Brasil e na Espanha

**Langue:** portugais, espagnol

Questão que pretende responder:

Como tornar mais eficientes os processos de formação? Como solucionar a distância entre a formação e a prática? Qual o papel das administrações públicas e dos sistemas sanitários na formação

Apresentação da Sessão:

A presente sessão tem como propósito discutir a formação profissional para os sistemas públicos de saúde na atual conjuntura internacional, nacional e setorial. Propõe-se a contribuir para engrandecer o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde, em debate conjunto com todos os setores da sociedade que defendem a saúde como direito de todos e dever do Estado. Tem como premissa as recentes mudanças na política de provimento médico para o SUS com a instituição do Mais Médicos, a imprescindível produção acadêmica e construção de conhecimento na área do ensino na saúde, as políticas e programas dos Ministério da Educação e Ministério da Saúde para indução de à mudanças curriculares dos cursos de graduação em medicina e nas demais profissões da saúde no Brasil. Trata-se de uma oportunidade de colocar em debate questões relacionadas a distância entre formação profissional nas graduações em saúde no Brasil e prática profissional no SUS. Objetiva-se ainda discutir possibilidades de avanço na construção de competências profissionais no trabalho na Atenção Primária à Saúde, tendo a Espanha como modelo a ser comparado e compreendendo, por um lado, a Atenção Primária à Saúde como base do sistema público de saúde no Brasil e, por outro, a percepção clara de que a formação profissional de médicos e das outras profissões da saúde, no Brasil, ainda não tem o foco ou não prioriza uma graduação voltada para as demandas do desenvolvimento do SUS e ainda mantém uma formação profissional voltada ao atendimento individual e especializado, centrada no ambiente hospitalar, no atendimento à pacientes internados e na alta tecnologia.

## A política “mais médicos para o Brasil”: uma experiência de articulação entre ensino e atenção à saúde.

Alexandre Medeiros Figueiredo, Felipe Proenço de Oliveira y Vinicius Ximenes. Brasil

### Desenvolvimento do ensino na saúde: políticas, programas e projetos de para reorientação da formação na saúde.

Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Elizabeth Queiroz, Iana Lúcia Moura Pinho y Gardênia da Silva Abbad. Universidade de Brasília. Brasil. cleliaparreira@unb.br

O Projeto Ensino na Saúde tem como objetivos responder ao desafio colocado às instituições de ensino e ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o fortalecimento de uma área estratégica voltada ao desenvolvimento, desde uma perspectiva inovadora, da formação de profissionais de alto nível e à produção e disseminação de conhecimentos interdisciplinares, em níveis nacional e internacional, e compreender os processos que possam levar às transformações esperadas e as reorientações necessárias à preparação dos profissionais para se tornarem capazes de induzir o desenvolvimento contínuo de estudos e pesquisas inovadoras sobre a efetividade do ensino, tecnologias de ensino-aprendizagem e formação docente na área da saúde.

No Brasil, para o enfrentamento desses desafios, têm sido criadas políticas, projetos e ações indutoras da reorientação da formação em saúde em uma tentativa de sua maior aproximação com o perfil profissional necessário para o SUS.

O ensino superior no Brasil e a formação desses profissionais, em especial, passam por significativas mudanças, fruto da necessidade de aperfeiçoamento de ferramentas e instrumentos de ensino-aprendizagem, dentre outras.

Nesta direção, algumas políticas indutoras vêm sendo propostas pelos Ministérios da Educação e da Saúde e que se dirigem a instituições de ensino superior e técnico. Por um lado, a criação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e a aprovação, pelo Conselho Nacional de Educação, de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação de profissionais de saúde têm levado ao surgimento de novos cursos de graduação, à ampliação de vagas em cursos existentes e à revisão de projetos pedagógicos de curso para adequação a tais diretrizes; e, por outro, o SUS como ordenador da formação em saúde, apontando para a indissociabilidade entre formação e atenção em saúde e para um novo perfil profissional.

Vale lembrar que mudanças econômicas, sociais e tecnológicas, testemunhadas a partir da década de noventa, provocou novas formas de pensar, organizar o conhecimento e modificar os papéis sociais e profissionais que antes dispunham de configurações bem delineadas e constituídas, mas em outras bases, que passam por desconstruções e pedem inovações. Em termos atuais, à produção do cuidado em saúde, convergem distintas ciências, práticas e saberes. Tais convergências têm produzido tensões, movimentos e dinâmicas que operam, na prática, aspectos multirreferenciados e dimensões multifacetadas que têm resultado em uma concepção de formação e de ensino em saúde, na qual se relacionam o caráter interdependente das realidades sociais e situações de saúde, a aprendizagem mútua, o imperativo de fazeres e saberes compartilhados e os contextos do trabalho em saúde como *lôcus* de ensino-aprendizagem.

A exemplo do PROMED (Programa de Incentivo de Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), do PRO-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação dos Profissionais de Saúde), do PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), assim como da publicação da Política Nacional de Educação Permanente para o SUS (PNEPS), do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde e do Programa Mais Médicos para o Brasil e do PROVAB (Programa de Valorização do profissional a Atenção Básica), foi também implementado o Projeto Pro-Ensino na Saúde (PRO-ENSINO). Embora com objetivos comuns – a reorientação da formação em saúde e os serviços como *lôcus* de aprendizagem – há especificidades nesses programas, projetos e ações que são interdependentes e complementares.

No caso específico do Pro-Ensino, induzido pelos Ministérios da Saúde e da Educação, está voltado à formação de mestres, doutores e pós-doutores em ensino na saúde, se refere diretamente a transformações estratégicas na graduação e pós-graduação simultaneamente, e pretende assegurar a formação de novos docentes para uma nova formação de trabalhadores da saúde. Trabalham no Sistema Único de Saúde aproximadamente 1,5 milhão de profissionais que são preparados por cerca de 3.500 cursos universitários, que precisam estar conectados, minimamente.

Atualmente são cerca de 30 instituições de ensino que respondem pela implementação desse Projeto. Cada uma delas, de forma associada e cooperada, envolve diferentes docentes e programas de pós-graduação.

Como a saúde lida com fenômenos que, como tais, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores, é preciso que o ensino na saúde seja uma expressão dessa perspectiva. É nela que se inserem os profissionais de saúde que buscam interferir nas realidades de saúde das populações, de forma reflexiva e política,



reconhecendo principalmente a sua interdependência com as condições socioeconômicas, embora não exclusivamente.

Assim como as ações de saúde, ainda que sigam incorporadas da assistência médica, não se constituem campos privilegiados da medicina, uma vez que passam a considerar questões que implicam no envolvimento de distintos campos, a formação e o ensino em saúde precisam produzir uma maior aproximação com os perfis profissionais demandados pelo SUS e precisam estar pautados nos interesses da produção da saúde e não nos interesses pragmáticos do mercado.

Pretende-se, tendo como centralidade a singularidade do cuidado em saúde, a intersubjetividade e o compartilhamento colaborativo, e com base nos resultados parciais alcançados pelas instituições de ensino participantes do Pro-Ensino, discutir em que medida tais aspectos têm resultado na formação e o ensino em saúde e têm contribuído para a reconfiguração de saberes que trazem ou produzem a energia emancipatória defendida pela Reforma Sanitária Brasileira inconclusa, considerado que, para tanto, o ensino e a formação profissional em saúde deverão ir além do domínio acadêmico, até então predominante, ultrapassar os limites das salas de aula e avançar para uma formação vigorosa e ética daqueles que assumirão responsabilidades estratégicas na produção da saúde.

### **Docencia e formação para o Sistema Único de Saúde.**

José Ivo dos Santos Pedrosa. Universidade Federal do Piauí. Brasil. [jivopedrosa@gmail.com](mailto:jivopedrosa@gmail.com)

O objetivo da investigação é fazer a cartografia dos tutores do Curso de Especialização em Docência em Saúde, iniciativa do Ministério da Saúde, resultado da articulação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, destinado a professores que atuam em cursos de graduação na área da saúde e que foram criados a partir do Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais e da Política Nacional de expansão das Escolas Médicas.

O curso integra um conjunto de estratégias formuladas no sentido de implementar as políticas voltadas para as mudanças na formação na graduação, que desde 2001, quando da institucionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino das profissões de saúde, vêm sendo afirmadas pelas Conferências Nacionais de Saúde, demandadas pelos movimentos da sociedade civil que se articulam em torno da questão e reforçada na Política Nacional de Educação Permanente para o Sistema único de Saúde no Brasil

O objetivo geral do curso é desenvolver processos pedagógicos e formativos que respondam às necessidades sociais e de desenvolvimento e melhoria da qualidade do sistema de saúde no que diz respeito à formação universitária de profissionais da área de saúde, reconhecendo a importância de se ampliar o pensamento crítico sobre a produção, difusão e dinamização de novos modos de aprender e ensinar imprescindíveis para a articulação com as redes de atenção e cuidado do Sistema Único de Saúde.

O Curso se organiza na modalidade de Educação à Distância, integrado por encontros nacionais e regionais com períodos de concentração e dispersão, com acompanhamento tutorial de grupos de docentes que se organizam em torno de um projeto de intervenção na dinâmica do curso no qual estão inseridos, sendo o processo de ensino e aprendizagem interativo, mediado por ambientes virtuais. Apresenta uma estrutura com 4 eixos temáticos (Gestão Educacional e protagonismo participativo no ensino e no trabalho em saúde: Currículo, inovações educacionais e práticas docentes; Docência e práticas de redes na gestão, atenção e participação em saúde; O protagonismo docente diante dos compromissos com a formação com o SUS), que atravessam todo o percurso formativo, firmando o caráter interdisciplinar da prática pedagógica, não constituindo uma ordem cronológica e nem demarcação de conteúdos encerrados em si mesmos, mas servem como portas de entrada e referência

O percurso dos envolvidos no curso e a avaliação de seus processos envolverão os instrumentos de Metacognição Narrativa, Portfólio Reflexivo e o Projeto de Intervenção. O Instrumento da Metacognição Narrativa ou Narrativa Docente se apresenta de modo horizontal no curso, atravessando todo seu percurso sob a forma de uma escrita de si e extravasamento de movimentos singulares do pensamento que se expressarão em forma de texto, possibilitando múltiplos retornos, retomadas e configurações. O Portfólio Reflexivo contempla registro das aprendizagens, acervo documental de cada percurso realizado nos eixos do curso, atividades pactuadas nos grupos tutoriais e instrumentos de memória das vivências na gestão, na atenção e na docência.

Para atuar como tutores das 600 vagas ofertadas para todo o país, selecionaram-se 60 tutores de todo o Brasil, que foram preparados durante o processo de formação prévia ao início do curso, durante 40 horas.

Considerando que estes tutores se configuram como sujeitos fundamentais para que os objetivos do curso reverberem nas práticas de formação de profissionais de saúde, realizou-se a cartografia de do grupo de tutores no sentido de identificar seus saberes, fazeres e afetações a fim de potencializar sua atuação como sujeitos

implicados e comprometidos com as mudanças nas práticas docentes e na construção de novas práticas que integrem os saberes e fazeres acadêmicos com os saberes e fazeres emanados das redes de atenção, potencializando o cuidado integral.

A cartografia, seguindo as recomendações de autores como Deleuze e Guattari, constitui-se num processo de facilitação das interações entre os grupos de tutores e modo que os objetivos a serem trabalhados no curso ganhassem visibilidade na prática vivenciada anteriormente por cada tutor e dizibilidades produzidas pelos grupos em momentos de discussão e interação além da observação de gestos, atitudes e movimentos feito pelo pesquisador durante todo o evento.

Os resultados dessa cartografia inicial apontam que os tutores selecionados para o Curso apresentam possibilidades de atuarem como atores que se movimentam em cenários dinâmicos, facilitando a produção de falas e gestos (dizibilidades e visibilidades) pelos alunos envolvidos potencializando suas atuações como sujeitos com capacidade de protagonizarem práticas docentes integradas e articuladas aos serviços na produção do cuidado.

### **Competencias profesionales e atención primaria Comparación.**

Teresa Campos García. España

## **SESIÓN 19 – Sala 7**

**Sesión organizada por:** Jean-Paul Auray, Université Claude Bernard Lyon I. France

**Tema :** Quelques réflexions sur les problèmes de démographie médicale

**Langue :** Français

**La démographie médicale sous l'emprise des quotas : réflexions à partir de la situation en France.**

Loïc Geffroy y Yves Matillon. France

**Etat des lieux et comparaisons européennes : la nouvelle donne de la dimension européenne.**

Paul Garassus. France

**Démographie médicale, outils de topologie et de prétopologie pour l'analyse de proximité, indicateurs statistiques géographiques (Moran, Geary, Getis-Ord, ...)**

Gérard Duru, Jean-Paul Auray y Michel Lamure. France

**Les médecins généralistes, face à un problème de santé publique. Un exemple : antibiorésistance, gaspillage d'antibiotiques et conditions d'exercice.**

Jean Marie Cohen, Anne Mosnier y Claude Attali. France

**Démographie médicale et compétences : perspectives d'avenir.**

Yves Matillon. France

## **SESIÓN 20 – Sala 9**

**Sesión organizada por:** Isabela Cardoso de Matos Pinto, Instituto de Saúde Coletiva e Instituto de Artes, Universidade Federal da Bahia. Brasil

**Tema :** Formação em Saúde no Brasil: modelos inovadores e perfis necessários ao Sistema de Saúde

**Langue:** Portugais

As questões relacionadas com a formação de pessoal constituem um dos maiores desafios enfrentados no âmbito dos sistemas de saúde no mundo contemporâneo. No Brasil, particularmente, a dinâmica decorrente da coexistência de um processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS, paralela à reconfiguração do setor privado, tem contribuído para a priorização da área de Recursos Humanos na agenda governamental em diversos níveis, induzindo a formulação e implementação de políticas públicas. Este processo tem demandado

a análise de um amplo conjunto de questões a serem enfrentadas no âmbito dos processos de formação profissional, educação permanente dos trabalhadores de saúde dentre outros.

Nesse sentido, constitui-se objetivo do presente trabalho analisar as mudanças que vem ocorrendo no processo formativo em saúde no Brasil e os novos formatos educacionais capazes de responder necessidades do sistema de saúde e aos perfis necessários ao contexto de grandes mudanças no mundo do trabalho.

Esta mesa se propõe, dessa forma, a discutir os referenciais teórico metodológicos sobre modelos de formação em saúde e apresentar experiências inovadoras em curso apontando desafios e possibilidades que se apresentam no campo da formação dos perfis necessários ao Sistema de Saúde Público, Universal e de qualidade.

### **Exame crítico de modelos teóricos para análise da formação superior em saúde.**

Marcelo Nunes Dourado Rocha, Carmen Fontes de Souza Teixeira e Naomar de Almeida Filho. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC/UFBA). [mndrocha@gmail.com](mailto:mndrocha@gmail.com)

O presente trabalho tem como objetivo identificar e analisar os principais modelos teóricos que orientam as investigações sobre a Formação Superior em Saúde (FSS). Trata-se de um estudo metateórico acerca dos modelos construídos por alguns autores da comunidade científica latino-americana, na área de saúde, que se debruçaram sobre a problemática da formação de pessoal, a partir dos anos 70 do século passado. Nesta perspectiva, são investigados os modelos propostos para a análise do “Processo de produção de médicos”, elaborado por Juan César Garcia, o “Marco conceitual da educação e da prática médica”, de Jorge Andrade, o “Modelo funcional do sistema educacional de profissões de saúde” de Mário Chaves, a iniciativa liderada por Júlio Frenk e Lincoln Chen denominada Educação de Profissionais de Saúde para o Século 21, além do modelo de análise dos “Planos de profundidade das mudanças na Educação Médica”, formulado por Márcio Almeida. Discutem-se as semelhanças e diferenças entre os enfoques teóricos adotados pelos diversos autores, e conclui-se apontando os limites e possibilidades de aperfeiçoamento destes modelos tendo em vista o debate contemporâneo sobre as mudanças necessárias no modelo de formação superior de pessoal em saúde.

### **Bacharelado interdisciplinar : uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil.**

Carmen Fontes de Souza Teixeira; Maria Thereza Ávila Dantas Coelho y Marcelo Nunes Dourado Rocha. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia (IHAC/UFBA). [mndrocha@gmail.com](mailto:mndrocha@gmail.com)

Este trabalho descreve e analisa o contexto político-institucional e o processo de elaboração e implantação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na Universidade Federal da Bahia no período 2006-2011. A metodologia utilizada incluiu revisão documental e análise dos registros pessoais dos pesquisadores envolvidos. A partir dos conceitos de “janela de oportunidade” e “organização hipercomplexa”, verificou-se que foram criadas estruturas gerenciais e organizativas, elaborados documentos-mestres e desencadeadas ações para a implantação do curso, ligadas à conformação do corpo docente e do Colegiado do curso, elaboração do Projeto Pedagógico, planejamento, execução e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem nos diversos componentes curriculares. A análise dos desafios e perspectivas do curso aponta que o maior problema enfrentado é a tensão entre o modelo de formação superior, profissional e disciplinar, existente até então e o modelo interdisciplinar proposto pelo BI, tensão que pode ser superada pela implantação do regime de ciclos, com a institucionalização do BI como primeiro ciclo da formação profissional na área de saúde.

### **O trabalho em saúde coletiva e a formação universitária: O caso da graduação em saúde coletiva no Brasil.**

Liliana Santos, Isabela Cardoso de Matos Pinto y Naomar de Almeida Filho. Brasil

### **A formação do sanitarista em nível de graduação: Estudo de caso de uma experiência no Brasil.**

Davilyn Santos Oliveira dos Anjos, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Thadeu Borges Souza Santos, Iracema Viterbo Silva y Vinício Oliveira da Silva. <sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia – UFBA. Endereço: Instituto de Saúde Coletiva – UFBA. Rua Basílio da Gama S/N. Bairro Canela. Salvador/BA, Brasil. <sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia – UFBA. Brasil. [davilyn@hotmail.com](mailto:davilyn@hotmail.com)

No Brasil em meados da década de 1970 a proposta de reforma do setor saúde começou a tomar forma durante a luta pela redemocratização do país através do Movimento da Reforma Sanitária. Esse amplo movimento social reuniu iniciativas de diversos setores e que tinha por concepção política e ideológica a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse processo histórico e político, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em

1988 passou a demandar da universidade novos perfis profissionais, capazes de ampliar o atendimento das necessidades de saúde da população, da gestão e dos modelos de atenção a saúde. No entanto, as estratégias de formação do Sanitarista, tradicionalmente presentes no campo da Saúde Coletiva, requisitavam o percurso por uma graduação seguido por uma especialização na área através dos programas de pós-graduação *lato sensu* ou *stricto*. Esse percurso tradicional trata-se de estratégias formativas que implicam em um longo itinerário com alto custo institucional e baixo impacto numérico em termos de egressos. Para superar esses limites, foram implantados em diferentes regiões do Brasil, diversos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva com o objetivo principal de antecipar a formação do Sanitarista. A implementação desse novo curso decorre do acúmulo de reflexões e debates sobre tal temática no campo, assim como da janela de oportunidade gerada pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), implementado através do Decreto nº 6.096/2007. O REUNI impulsionou a implantação dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) nas universidades públicas federais do Brasil. A Graduação em Saúde Coletiva objetiva a apreensão de fundamentos dos saberes e práticas que compõem e caracterizam esse campo, com base nas contribuições das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, da Epidemiologia e da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Dessa forma, o CGSC pretende uma formação interdisciplinar em saúde, focada no eixo formação/trabalho para a incorporação de saberes e práticas da Saúde Coletiva, implicando a formação de profissionais de saúde que poderão atuar colaborativamente na defesa do SUS e da RSB.

O objetivo desse trabalho é descrever o perfil dos egressos de um Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) e discutir o processo formativo do Sanitarista em nível de graduação e suas expectativas referentes ao Mercado de Trabalho em Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com questionário estruturado aplicado à primeira turma de egressos do curso da UFBA, combinado com a realização de dois grupos focais. Os resultados evidenciam que mais de 50% dos entrevistados relatou ter sofrido influência do estágio na definição de área preferencial para atuação profissional, destacando-se a área de política, planejamento e gestão em saúde, indicada por 46,7% dos entrevistados. Em relação ao setor de trabalho, todos os entrevistados afirmaram o desejo de atuar profissionalmente no setor público (SUS). Com relação às oportunidades de trabalho 80% referiu interesse em concursos públicos e seleções, já que estes lhes dariam maior segurança profissional e estabilidade. Este trabalho aponta que durante a formação, os estudantes devem ser preparados para os desafios da reorientação do modelo de atenção, de modo a atuarem no SUS como profissionais capazes de contribuir com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira.

## SESIÓN 21 – Salón actos

**Presidente:**

**Tema :** Políticas de Salud 2

### Las políticas de salud y el personal de salud.

Edgar C. Jarillo Soto. México

### Gestão de um sistema público de saúde com base na equidade: a experiência do Fortalecimento da Atenção Básica em Saúde a partir da composição das Equipes de Saúde da Família com profissionais médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil na macrorregião de saúde metropolitana, Rio Grande do Sul, Brasil

Rebel Zambrano Machado, Priscilla Lunardelli y Flavio Wanderlei Gomes da Silva, Brasil

### Os desafios de organizar a rede de ouvidoria em larga escala: um relato sobre a experiência da ouvidoria de saúde no Estado de Minas Gerais. Brasil.

Ana Piterman y Francisco Tavares Junior. Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. [anapiterman@gmail.com](mailto:anapiterman@gmail.com)

O artigo propõe descrever uma das estratégias utilizadas pela Ouvidoria de Saúde de MG, a partir da constatação de que a rede do SUS, incluindo gestores, apresentava dificuldades em compreender de forma clara a função e as competências da Ouvidoria. Esse diagnóstico foi inferido pela análise de várias respostas enviadas como retorno às manifestações dos cidadãos, que em sua maioria deixava a desejar, seja pela morosidade ou ausência de respostas, seja pela qualidade. Neste contexto, a Ouvidoria de Saúde realizou um projeto pedagógico de extensão na modalidade à distância que buscou potencializar o conhecimento básico sobre o que é uma Ouvidoria e qual a sua missão? O objetivo do curso foi instrumentalizar a rede para a

compreensão do papel da ouvidoria, aprimorando o diálogo entre os cidadãos e as instituições de saúde pública. A metodologia utilizada foi autoinstrucional, contribuindo para a construção de conhecimentos e aprimoramento técnico, partindo da interação *assíncrona* entre os alunos, tutores, e equipe de apoio tecnológico.

### **Os objetivos da investigação**

O objetivo geral deste projeto foi ampliar os conhecimentos multidisciplinares e garantir a qualidade dos serviços prestados pelos gestores e profissionais dos municípios em relação às demandas dos usuários do SUS, demonstrando a importância da ouvidoria em saúde e estimulando a sua implantação, sobretudo, nos polos de regiões de saúde.

### **O contexto e a descrição do problema**

A Ouvidoria de Saúde no início de 2012 contava com uma equipe de quatro componentes, além da Ouvidora de Saúde. Constatou-se um passivo de respostas de 1.500 manifestações provenientes dos cidadãos, isto é, respostas não respondidas pela rede SUS com tempo superior de 40 dias conforme legislação estadual da Ouvidoria Geral de MG. A equipe da Ouvidoria realizou uma força tarefa junto aos municípios para conclusão das solicitações, porém esta ação não foi suficiente para sensibilizar os gestores.

### **As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados**

A Ouvidoria idealizou uma ação educacional que pudesse suprimir essas deficiências, porém se deparou com a exiguidade do tempo e a quantidade de municípios que o estado possui (853 municípios). A única forma eficaz e eficiente de atingir um grande número de profissionais foi utilizar o instrumento de educação à distância. O curso foi oferecido na plataforma Moodle, utilizando a integração de multimídia da TV e da WEB. Assim, a estrutura do curso se ancorou em dois pilares principais: o ambiente virtual de aprendizagem e a tele aula. O curso foi destinado a um público alvo de 2000 profissionais de saúde aproximadamente, contando com 30 técnicos do nível central da Secretaria Estadual de Saúde e Ouvidoria de Saúde; 56 profissionais das Unidades Regionais de Saúde (duas referências técnicas por regional); 1706 profissionais dos municípios (gestor municipal de saúde e um profissional indicado pelo gestor); 10 profissionais do Conselho Estadual de Saúde, 114 profissionais de outros estados envolvidos no processo Ouvidoria. Os recursos utilizados consistiram em aulas interativas (gravadas), aulas interativas no ambiente virtual de aprendizagem (AVA), material de referência, material de leitura complementar.

### **Os resultados e a discussão**

O curso de extensão foi um instrumento essencial para a sensibilização e alinhamento conceitual, pois fizeram parte, não apenas os profissionais envolvidos com a ouvidoria, mas de toda a rede. Esta iniciativa teve uma grande repercussão entre os municípios e profissionais. A ouvidoria ganhou maior visibilidade e compreensão junto aos gestores municipais. Apesar de ter ocorrido 20% de evasão, houve um número expressivo de alunos que efetivamente participaram durante todo o curso, inclusive algumas vagas foram cedidas para os profissionais de outros estados. Durante o decorrer do processo houve grande entusiasmo nos fóruns de debates, nos quais pode se constatar que muitos realmente desconheciam o processo de trabalho da ouvidoria, além de confundi-la com outros órgãos de controle como a corregedoria, auditoria e controladoria. Os resultados foram bastante encorajadores, pois se pode observar que houve um avanço qualitativo e quantitativo nas respostas oriundas da rede para o encerramento das demandas. Também, houve um aumento considerável no recebimento de demandas oriundas dos cidadãos, podendo ser reflexo da divulgação da ouvidoria por meio do curso.

### **As contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais**

A EAD como modalidade educacional inovadora em crescimento, ainda precisa ser analisada de forma crítica com ponderações, principalmente, no que se refere à qualidade e à produção do conhecimento. Mesmo diante de vários entraves quanto ao papel da EAD na educação, é necessário proporcionar oportunidades para a utilização dessa modalidade educacional que, no caso, desse estudo foi considerada como inovadora no processo de disseminação de conhecimentos. Foi possível compreender que ao desenvolver o trabalho de educação em larga escala, pode-se avançar com relativo espaço de tempo, a compreensão sobre todo o processo de trabalho da ouvidoria considerando a realidade social dos alunos, respeitando seus conhecimentos e assim auxiliando a ampliar a consciência crítica no seu cotidiano, o que implicará em uma reflexão sobre a melhor decisão a ser tomada ao lidar com as demandas dos cidadãos. Diante do cenário descrito, é admissível



inferir que há uma respeitável lacuna na formação dos profissionais de saúde em relação ao trabalho da ouvidoria que se adequadamente discernida, poderá embasar iniciativas com vistas à qualificação dos processos de educação permanente em saúde. Tal lacuna, muito mais do que certa falta ou carência de informações técnicas e científicas, refere-se à dimensão do “aprender a fazer”.

### **Análisis de la gestión de la estrategia de Atención Primaria en Salud en Santander, Colombia: retos para la política de recurso humano.**

Myriam Ruiz Rodríguez, Laura Andrea Rodríguez Villamizar y Naydú Acosta Ramírez. Colombia

### **Os sistemas de informação e a tomada de decisão nos planos municipais de saúde: contextualização de Documentos.**

Alba Lúcia Santos Pinheiro. Universidade Estadual de Santa Cruz.

Dejeane de Oliveira Silva. Universidade Estadual de Santa Cruz.

Fabiana Costa Machado Zacharias. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo-SP.

Mariana Figueiredo Souza Gomide. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo-SP.

Tânia Silva Gomes Carneiro. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo-SP .

Denise Ferro. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo-SP

Ione Carvalho Pinto. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP da Universidade de São Paulo-Brasil. [albapinheiro@usp.br](mailto:albapinheiro@usp.br)

### **Resumo**

O estudo orienta-se pela questão: como os Sistemas de Informação são utilizados nos Planos de Saúde para subsidiar a gestão na tomada de decisão? Trata-se de um estudo de análise documental, qualitativo, objetiva analisar os sistemas de informação utilizados em Planos de Saúde de cinco municípios do interior do sul da Bahia, Brasil. Optou-se pela análise de conteúdo. Resultados destacam os SIS mais utilizados: SIM, SINASC, SINAN, SI-PNI e ênfase para o SIAB. Os indicadores usados limitam-se aos tradicionais, sem inovação. Os Planos foram aprovados pelos Conselhos de Saúde, porém em dois houve participação da população em sua elaboração e decisões. Assim, apesar de existir um grande volume de dados, de indicadores e de diversos SIS, percebe-se que estão incorporados de maneira incipiente para a tomada de decisão.

### **Resumen**

El estudio se basó en la pregunta: ¿cómo se utilizan los sistemas de información en el plan de salud para el análisis situacional que ayudar a la administración en la toma de decisiones? Se trata de un análisis documental cualitativo, objetivo es analizar como los sistemas de información son utilizados en los Planes de Salud de cinco municipios en el sur de Bahía, Brasil. Optamos por el análisis de contenido.

Los resultados destacan el SIS cinco más utilizados: SIM, SINASC SINAN, SI-PNI y el énfasis en el SIAB. Los indicadores utilizados se limitan a la tradicional sin la innovación. Los planes fueron aprobados por el Consejo de Salud, pero sólo 2 repuesta que hubo participación de la población en su preparación y en las decisiones. Por lo tanto, a pesar de un gran volumen de datos, indicadores y diversos SIS, percibimos que se construyen para la toma de decisiones incipiente.

### **Evaluación del posgrado en Medicina Social en México. Análisis de seguimiento y voces de los expertos a cuatro décadas.**

José Arturo Granados Cosme, Sergio López Moreno, Edgar C. Jarillo Soto y Guadalupe Ledesma Durán. México

### **A educação interprofissional nas residências multiprofissionais em saúde coletiva: análise documental de projetos político-pedagógicos.**

Manoel Vieira de Miranda Neto y Maria Amélia de Campos Oliveira, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. [manoel.vmn@usp.br](mailto:manoel.vmn@usp.br)

### **Objetivos da Investigação**

Identificar um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, oferecido no Estado de São Paulo, Brasil, com um cenário altamente favorável para a educação interprofissional e descrever os limites e as potencialidades de seu projeto político-pedagógico (PPP) para avaliar a qualidade da educação interprofissional nos cenários dos programas de residência multiprofissional em saúde coletiva.

## Contexto e descrição do problema

Esta investigação toma como objeto a formação interprofissional nos programas de residência multiprofissional em saúde. No Brasil, tais residências multiprofissionais constituem uma modalidade de ensino pós-graduação *lato sensu* e de formação em serviço. Destinam-se a todos os profissionais de saúde, exceto os médicos, que têm programas específicos por especialidade médica. A educação interprofissional é orientada para o trabalho em equipe e objetiva a prática colaborativa, capaz de produzir impactos positivos nos resultados de saúde da população e sistemas de saúde.

## Método

Foi realizada a análise documental, com leitura em profundidade dos PPP de cinco programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Saúde Coletiva vinculados a instituições de ensino superior do estado de São Paulo, Brasil. A análise documental foi realizada por meio da leitura em profundidade dos documentos, buscando informações que respondiam as diretrizes propostas pelo *Centre For The Advancement Of Interprofessional Education* que permite avaliar a qualidade da educação interprofissional em contextos educacionais, através de um conjunto de questões que permitem melhorar os padrões de educação interprofissional. Esta investigação adota os construtos teóricos da educação interprofissional.

## Resultados e Discussão

No Estado de São Paulo são oferecidos 7 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Saúde Coletiva, porém foram analisados 5 PPP, pois os projetos de 2 programas não foram disponibilizados. Dos cinco programas analisados, quatro eram oferecidos por instituições públicas e um, por instituição privada. O programa mais antigo funcionava há 11 anos e o mais novo há 2 anos. A análise empreendida possibilitou identificar que 4 programas analisados apresentam objetivos, metas e princípios que os aproximam das premissas da educação interprofissional para a prática colaborativa, e 1 programa apresenta total compatibilidade com estas premissas. Todos têm como finalidade possibilitar a transformação das práticas de saúde, aumentar a qualidade do cuidado e atender as necessidades de saúde da população por meio da formação qualificada de profissionais de saúde, com potencial para a prática colaborativa. Entretanto, apenas um adota como referencial teórico e pedagógico a educação interprofissional para a estruturação das atividades educacionais, 3 programas adotam a educação crítica, a aprendizagem significativa e a problematização como referencial, e 1 programa não informa o referencial adotado.

## Contribuições

No Brasil, experiências e iniciativas de educação interprofissional ainda são escassas, assim como publicações sobre o tema. As poucas existentes estão relacionadas às ações multiprofissionais na graduação e na pós-graduação *lato sensu*. Os projetos Pró-Saúde e PET-Saúde, programas do Ministério da Saúde, são ferramentas em potencial para o desenvolvimento efetivo da educação interprofissional, assim como as Residências Multiprofissionais em Saúde, vinculadas ao Ministério da Educação. Diante deste cenário e dos resultados deste estudo, ressalta-se a importância da identificação de experiências de educação interprofissional a fim de contribuir para a discussão sobre a temática, visando à transformação da formação em saúde diante da complexidade dos fenômenos de saúde e educação.