



RESÚMENES DE COMUNICACIONES, ATELIERS Y POSTERS DEL SÁBADO, 6 SEPTIEMBRE 2014

Sábado, 6 de septiembre

Horario : 09:00 - 11:00 – Salón de Actos

SESIÓN PLENARIA III

MESA REDONDA III " La calidad de la formación y del aprendizaje: La evaluación, la acreditación y el reconocimiento"

Coordinador : Antonio Torres Olivera. Director de la Agencia Andaluza de Acreditación (ACSA). Junta de Andalucía

Evaluación de la calidad en el grado.

Eugenia Gil. Profesora de la Escuela de Enfermería. Universidad de Sevilla.

Estrategia de calidad en la formación especializada"

Juan Luis Cabanillas. Auditor de Formación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de España y de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía.

Futurar en positivo Desempeño y satisfacción en el puesto de trabajo"

André Biscaia. Presidente de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria de Portugal.

Modelos de certificación/acreditación"

Antonio Almuedo. Agencia de Acreditación de Calidad de Andalucía.

Horario : 11:00 – 11 :30

Sesión 41 – Sala 1

Tema : Perspectivas e desafios para avaliação das práticas e políticas de Recursos Humanos em Saúde

Sesión organizada por: Márcia Silveira Ney, Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. marcia.ney.unesa@gmail.com

Lengua: português

Resumo

Objetivo: Avaliar a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde.

Método: Estudo avaliativo, qualiquantitativo, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo e estatística descritiva.

Resultados: Observa-se variação dos resultados com maiores índices de adesão para as ações prioritárias da regularização do trabalho em relação às políticas de implementação de planos de carreira e de mesas de negociação coletiva; por outro lado não houve avanço expressivo em relação à autonomia financeira e orçamentária dos gestores.

Resumen

Objetivo: Evaluar el alcance de las políticas sectoriales en la gestión del trabajo y de la educación sanitaria en los departamentos de salud estatales y municipales.

Método: Estudio evaluativo, cualitativo, cuyos datos fueron sometidos a análisis de contenido y la estadística descriptiva.

Resultados: se observa la variación de los resultados con mayores tasas de adherencia a las prioridades de la regularización del trabajo en relación con la aplicación de políticas de planes de carrera y mesas de negociación colectiva; Por otra parte no hubo avances significativos en relación con la autonomía financiera y presupuestaria de los directivos.

Avaliação de políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro.

Carinne Magnago, Celia Regina Pierantoni, Tania França, Swheelen de Paula Vieira, Dayane Nunes Nascimento y Rômulo Gonçalves de Miranda. Brasil

Sistemas de Avaliação Profissional no âmbito da Contratualização da Gestão na Atenção Primária à Saúde.

Márcia Silveira Ney. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. marcia.ney.unesa@gmail.com

Objetivo

Esse estudo tem como objeto a análise de processos de avaliação de desempenho e contratualização da gestão para profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde. Os objetivos específicos são: analisar o contexto geral e as condicionalidades de implantação de um sistema de avaliação profissional na APS, identificar os fatores facilitadores e limitantes da gestão, identificar as ferramentas de monitoramento e a percepção dos dirigentes sobre o processo.

Contextualização do problema

Diversas transformações vêm ocorrendo no Brasil, e no mundo, nos últimos anos visando à reestruturação dos serviços de saúde e as políticas que envolvem o desenvolvimento de Recursos Humanos e seus setores de trabalho. Há finalmente o reconhecimento de que o desempenho dos recursos humanos é um dos determinantes fundamentais do desempenho dos sistemas de saúde. Mudanças relacionadas à gestão, à forma de contratação, aos tipos de vínculos empregatícios, aos mecanismos de remuneração e incentivos, à avaliação da capacidade laboral e do desempenho profissional, tem pautado discussões voltadas para ampliação da capacidade de gestão nas diferentes esferas de governo. Os Recursos Humanos (RH) qualificados, em setores organizados, constituem a base para a viabilização e implantação dos projetos, das ações e serviços disponíveis para a população. E todos os investimentos direcionados nesta área irão influenciar decisivamente na melhoria dos serviços prestados à população. Uma força de trabalho com bom desempenho é aquela com boa capacidade de respostas, eficiente e que atinge os melhores resultados para saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias encontradas. Há de se considerar que o desempenho da força de trabalho pode variar de acordo com algumas circunstâncias, e que os trabalhadores também podem apresentar desempenhos diferentes nos serviços (OMS, 2007). Reconhece-se, portanto que os sistemas de saúde e os determinantes de sua evolução são complexos. Além disso, com o atual crescimento dos gastos com saúde, assumidamente uma preocupação mundial, esta discussão têm estimulado pesquisadores e formuladores de políticas em procurar soluções inovadoras sobre formas mais adequadas na utilização dos recursos, a fim de garantir que a evolução das necessidades de cuidados de saúde seja atendida, e os sistemas de saúde funcionem de forma mais eficiente e eficaz. Neste sentido, o cenário brasileiro, no que tange a agenda estratégica do SUS para a atenção primária no Brasil, a prioridade é a Estratégia Saúde da Família (ESF). O país apresentou nos últimos anos, melhorias significativas nos indicadores de saúde com o avanço no acesso e oferta de serviços de saúde desde sua implantação. Porém, ainda persistem lacunas significativas na área de gestão do trabalho e recursos humanos quando se analisa o desenvolvimento de políticas voltadas para qualificação do trabalho, atração e fixação de profissionais, tais como avaliação de desempenho, utilização de ferramentas de gestão e mecanismos de negociação do trabalho, que dê conta do contingente de profissionais que adentram diariamente no mercado de trabalho. Em 2011, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que além de ter como objetivo a indução de melhorias de acesso aos serviços possa garantir qualidade, possibilitando preencher essa lacuna existente. O

estudo insere-se neste contexto, buscando como objeto ampliar os conhecimentos na área, analisar a trajetória de uma experiência inovadora relacionada aos processos de gestão direcionados a avaliação de desempenho e contratualização das equipes no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Metodologia

Estudo com abordagem qualitativa, de natureza descritiva, investigação narrativa, bibliográfica e documental. Após a revisão de literatura nacional e internacional, foi realizado um estudo de caso em Portugal. O estudo de caso teve por finalidade conhecer a trajetória da reforma da atenção primária no país, a estrutura organizacional e as ferramentas de gestão utilizadas para avaliação de desempenho nas Unidades de Saúde Familiar (USF). A pesquisa de campo foi realizada em 5 agrupamentos de centros de saúde selecionados na região de Lisboa, para realização de entrevistas e aplicação de questionário semi-estruturado aos diretores executivos, coordenadores de USF, representantes do conselho clínico e responsáveis pela unidade de apoio à gestão (UAG).

Resultados e Discussão

O trabalho aponta que uma nova estrutura de coordenação das unidades de saúde com a descentralização dos serviços, requerendo maior autonomia por parte dos gestores e profissionais de saúde, com enfoque no planejamento estratégico, aliados ao fortalecimento da capacidade de gestão dos dirigentes e regulamentação de um sistema de avaliação, tem contribuído para fortalecer o gerenciamento na APS. Aponta-se como fatores positivos do sistema de avaliação profissional, a redução na despesa pública com a utilização da gestão por objetivos, introdução da governança clínica, o trabalho em equipe, e uma maior responsabilização e motivação dos profissionais.

Conclusão:

As análises de experiências de sistemas de avaliação profissional e contratualização na APS apresentam um conjunto de recomendações importantes que poderão beneficiar a evolução da reforma e melhoria do PMAQ no Brasil.

Papel das políticas, da formação, dos modelos e práticas de gestão dos Gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde.

Luís Velez Lapão. Brasil

Sesión 42 – Sala 2

Presidente:

Tema : Evaluación 2

Actividad formativa del Programa de Fortalecimiento de la capacidad de rectoría y apoyo al desarrollo de la red de servicios del Ministerio de Salud de El Salvador: Evaluación de la transferencia.

Begoña Isac Martínez, Juan José Mercader Casas, Óscar Mendoza García, Elisabeth Ilidio Paulo, José Francisco García Gutiérrez, Mariano Hernán García. Espana

Resumen

Para evaluar la transferencia de la formación en gestión del Proyecto “Fortalecimiento de la capacidad de rectoría y apoyo de la red de servicios públicos del MINSAL de El Salvador”, se realizó una encuesta entre su alumnado. Los resultados muestran que los contenidos generales son muy útiles en su trabajo para el 82% y bastante para el 18 %. Han podido aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos mucho o bastante el 87,5%. Los contenidos más aplicados son: Análisis DAFO, Identificación de problemas de calidad y Técnicas de resolución de conflictos.

Resumen

Para avaliar a transferência da informação em gestão do Projeto “Fortalecimento da capacidade de reitoria e apoio ao desenvolvimento da rede dos serviços públicos do MINSAL do O Salvador”, foi realizado aos alunos um questionário. Os resultados evidenciam para o 82% deles os conteúdos gerais são muito úteis no seu trabalho e para o 18% bastante úteis. O 87% dos alunos puderam aplicar muito o bastante os conhecimentos e

habilidades adquiridos. Os conteúdos mais usados foram: Análise DAFO, Identificação de problemas de Qualidade e Técnicas para resolver conflitos.

(im)Paciente: projeto de página na internet de avaliação de prestadores de serviços em saúde.

Pedro Felipe de Almeida Vianna, Aluisio Gomes da Silva Júnior y Ricardo Herber. Brasil

Actuaciones que orienten la atención de los equipos profesionales hacia las necesidades de los/las pacientes del sistema sanitario público del Salvador.

Yolanda Morcillo, Jenny López, Nora Barahona, Eva Mateu, Evangelina Ventura, Igor Castro, Miguel Martínez, Anibal Quijano y Orbelina de Palma. España

Resultados de la política de gestión ambiental de residuos sanitarios realizada por el Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga (ASNM).

Vanessa Torres Saura, Leocadia Macías Santiago, M^a. Ángeles Vázquez Corpas y M^a Victoria Ríos Clavijo. Servicio Andaluz de Salud. Departamento de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera (España). España. vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es

CONTEXTO

En el ámbito de las sociedades desarrolladas los principales problemas ambientales que inciden sobre la salud derivan del progreso tecnológico y del consumo insostenible de los recursos naturales. Resulta entonces evidente que se plantee la salud como un componente esencial del desarrollo sostenible, en el que la planificación de las políticas de salud requiere una coordinación y colaboración del sector sanitario con otros sectores. En este contexto, la salud ambiental es una disciplina que constituye una parte esencial en las actuales políticas de Salud Pública.

En España se producen unas 200.000 t de residuos sanitarios, de los cuales unas 22.000 t corresponden a residuos biopeligrosos y unas 6.600 t a residuos químicos y radioactivos. En nuestra comunidad autónoma, el sector de los residuos sanitarios ha mantenido una línea de estabilidad a lo largo de los últimos años, con una producción aproximada de 4.055 tm/año, según el Plan de Residuos Peligrosos 2004-2010 del Gobierno Andaluz, con una variación al alza de sólo el 1,5% con respecto al anterior inventario. Se entiende por residuos sanitarios (inglés medical waste / clinical waste) aquellos que están compuestos por residuos generados como resultado de: a) tratamiento, diagnóstico o inmunización de humanos o animales; b) investigación conducente a la producción o prueba de preparaciones medicas hechas de organismos vivos y sus productos. Su generación se realiza por actividades médicas o de investigación en hospitales, clínicas y laboratorios farmacéuticos.

Los Hospitales y sus Centros sanitarios adscritos son productores de una relevante cantidad de residuos tanto urbanos como peligrosos inherentes a su actividad propia, con el potencial riesgo que ello supone para la salud pública y el medio ambiente exterior. La gestión de los residuos sanitarios tiene una implicación trascendental pues en ella se ven afectados tres ámbitos fundamentales:

- La salud pública, puesto que una mala gestión interna del centro puede afectar a pacientes y al público.
- La población general: Debido a que una gestión externa incorrecta puede afectar a la población general.
- A los propios trabajadores, tanto los que desempeñan su labor profesional en el centro productor como los que se encargan de su recogida y gestión fuera del centro.
- Al medio ambiente, cuando se realiza un tratamiento y eliminación insuficiente y/o ineficaz de los residuos contaminantes.

El AGS Norte de Málaga, en consonancia con las líneas de desarrollo sostenible ejecutadas por el Sistema Sanitario Público Andaluz, ha implantado el Sistema de Gestión Ambiental conforme a la norma **UNE-EN ISO 14001:2004** en sus centros adscritos.

OBJETIVOS

Se pretende mostrar el grado de consecución de los objetivos marcados por el *Plan de Gestión de residuos* de los Centros adscritos al ASNM, en los últimos 5 años, tomando como referencia parámetros como:

- CRITERIOS DE MINIMIZACIÓN EN ORIGEN Y ECOEFICIENCIA
- MAYOR CONTROL AMBIENTAL Y SEGURIDAD LABORAL.
- CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES DE GESTIÓN.
- COMPROMISO CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.

METODOLOGÍA

Se accede a los resultados de los documentos de retirada de residuos peligrosos del centro desde los años 2008 hasta 2013, así como los informes de auditorías internas y externas realizados por las entidades externas de control.

RESULTADOS

Se muestran los resultados tabulados (expresados en kg de residuos peligrosos) de los residuos generados por el Área en los últimos 5 años y el porcentaje de supone la reducción obtenida por tipología de residuo (citostáticos, infecciosos y medicamentos caducados).

Asimismo se muestran los resultados de las auditorías, con inclusión de aquellas anomalías relacionadas con el incorrecto depósito de residuos químicos y sus **mezclas** con los grupos I, II y III.

CONCLUSIONES

-La aplicación del *Plan de Gestión de Residuos* por el ASNM en cada uno de sus centros sanitarios cumple con los compromisos de mejora continua y prevención de la contaminación, suscritos en su Política Medioambiental, mostrándose una herramienta eficaz en el logro de estos objetivos.

- Aunque se reconozca la eficacia de este Plan, todavía es necesario implicar en la gestión ambiental de los residuos a todos los trabajadores que intervienen directa e indirectamente, y utilizar nuevos métodos e instrumentos que se apoyen en la colaboración y participación activa y en la mejora del desarrollo profesional. En este ámbito resaltamos la necesidad de profundizar en la introducción de conocimientos básicos sobre salud, residuos sanitarios y su implicación en el medio ambiente en los programas de formación de los profesionales implicados, tanto sanitarios como no sanitarios.

A pesquisa e o desenvolvimento profissional para produção de cuidados maternos e infantis: o caso de uma pesquisa sobre a rede cegonha na região de Araraquara, São Paulo – Brasil.

Silvia Matumoto, Silvana Martins Mishima, Cinira Magali Fortuna, Wilson Mestriner Junior, Maria do Carmo Gulacci Guimarães CacciaBava, Adriana Barbieri Feliciano, Cássia Irene Spinelli Arantes, Marcia Niituma Ogata, Maria Lúcia Teixeira Machado, Geovani Gurgel Aciole da Silva, Maria Teresa Luz Eid da Silva, Mônica Vilchez da Silva, Cristiane Ribeiro, Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos Pinto, Vera Dib Zambon y Luana Pinho de Mesquita. EERP-USP, FORP-USP, FMRP-USP, UFSCar, DRS III, EERP-USP. Brasil. smatamoto@eerp.usp.br

Objetivos da investigação

Relatar a experiência de formação dos profissionais envolvidos em uma pesquisa-intervenção durante a implantação da Rede Materno Infantil do DRS III de Araraquara - SP, Brasil.

Contexto e a descrição do problema

O Sistema Único de Saúde do Brasil vem desde os anos de 1990 buscando implementar uma lógica de cuidados que se traduza no cotidiano dos serviços de saúde como atenção integral e de qualidade. A saúde como direito do cidadão e dever do Estado esbarra ainda hoje com questões cruciais de acesso e de atendimento que poderiam evitar sofrimento e morte evitável de mulheres e crianças no pré-natal, parto e puerpério.

Para tanto o Estado de São Paulo, através de suas regionais de saúde vem buscando implantar redes integrais de atenção como é o caso da rede cegonha. Como forma de induzir a parceria universidade e serviços de saúde e de aproximar as pesquisas às necessidades dos serviços de saúde, foi lançado um programa de pesquisas para o Sistema Único de Saúde- PPSUS. É no contexto de uma investigação inscrita no PPSUS que realizou a experiência aqui relatada.

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

Este trabalho adota como método a pesquisa-intervenção, processo no qual produção de conhecimento e transformação da realidade são ações concomitantes, fruto da interação entre pesquisadores, sujeitos e objeto de estudo. Nessa interação está prevista aprendizagens e formação processual. Os sujeitos do estudo são os profissionais responsáveis pela operacionalização da rede de atenção materno infantil nos municípios do DRS-III de Araraquara e que constituem o Grupo Condutor Regional dessa Rede. Os pesquisadores estão inseridos neste grupo de trabalho para produção conjunta da pesquisa-intervenção no processo de implantação da rede. Esta pesquisa está em desenvolvimento com acompanhamento dos grupos de trabalho dos quatro colegiados de gestão regional desde janeiro de 2014 e com previsão de finalização em dezembro de 2014. A análise está

sustentada pelo referencial teórico que se apoia em conceitos da atenção básica como ordenadora da atenção, rede de atenção à saúde e movimento institucionalista. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e a discussão

Com o objetivo de acompanhar a implantação da rede cegonha na região de Araraquara e investigar esse processo, constituiu-se um grupo de pesquisadores composto por professores e mestrados de universidades diferentes (Universidade de São Paulo e Universidade Federal de São Carlos) vindos de áreas diferentes (principalmente medicina, enfermagem, odontologia) e trabalhadores dos serviços de saúde (psicólogos, fonoaudiólogo, assistentes sociais, entre outras) vinculados a gestão da Departamento Regional de Saúde de Araraquara. Essa Regional de Saúde é responsável por vinte e quatro municípios. Com o desenvolvimento da investigação, os profissionais envolvidos (professores e trabalhadores de saúde e os mestrados) estão aprendendo sobre o funcionamento do grupo condutor regional da rede cegonha, sobre o referencial teórico da investigação e sobre pesquisar coletivamente. O grupo de pesquisadores vem se reunindo mensalmente com o grupo condutor e após cada encontro realiza oficinas de análise e discussão sobre o processo desenvolvido à luz do referencial teórico da análise institucional. A pesquisa vem possibilitando compreender a forma como é produzido o distanciamento dos serviços de saúde e dos trabalhadores do próprio objetivo proposto. Um exemplo é a demanda de preenchimento de sistemas de informação que fazem com que os trabalhadores de saúde se afastem das ações diretas de pré-natal, parto, puerpério e puericultura. Acompanhar esse tipo de contradição analisando com o grupo condutor as mesmas, permite aprendizagem e formação dos envolvidos.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais

A pesquisa advinda de necessidades do cotidiano de saúde e realizadas por professores, mestrados e trabalhadores dos serviços de saúde envolvidos com a problemática, podem compor processos formativos e com isso pode haver ressonâncias na formação dos profissionais de saúde. O referencial teórico-metodológico da análise institucional que sustenta a pesquisa-intervenção também possibilita formação em ato com a produção de conhecimento pelos próprios trabalhadores-sujeitos da pesquisa.

Sesión 43 – Sala 3

Presidente:

Tema : Nuevos modelos organizativos

O modelo de redes de atenção à saúde para a redução da mortalidade materna e infantil no Estado de Minas Gerais: Estudo de caso do programa via vida. Minas Gerais, Brasil.

Carla Carvalho Martins, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro. Mônica Vallone Esposito Marchi, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais y Marta de Sousa Lima, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Brasil. carla.martins.mg@gmail.com

CAMPO: A análise das políticas e estratégias de intervenção sanitária. Profissionais de saúde a serviço da cidadania: formação e desenvolvimento profissional

Viver mais e melhor! Esta é a visão de futuro e o grande benefício e o valor que a secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais quer proporcionar para toda a população do Estado e é o grande desafio que se coloca para todos os gestores do SUS estadual. São muitas e recorrentes as preocupações: a situação de saúde com a epidemia oculta das condições crônicas, o envelhecimento da população, as altas taxas de morbidade e mortalidade nas várias faixas etárias, a incapacidade tantas vezes atestada de enfrentamento destas condições, o pouco financiamento disponível, a má utilização dos recursos disponíveis, a falta e/ou a alta rotatividade de profissionais nos serviços, os vazios assistenciais e tantos outros. Dentro desse cenário se destacam, infelizmente, taxas altas e preocupantes de mortalidade infantil e materna, com grandes desigualdades regionais.

O enfrentamento de toda essa imensa carga de problemas requer uma mudança importante: de um modelo de atenção voltado para as condições agudas para aquele voltado para as condições crônicas; de um modelo de gestão dos meios para aquele de gestão dos fins; de um modelo de assistência organizado a partir da oferta para aquele organizado a partir da necessidade da população (MENDES, 2009).

A proposta da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais em Implantar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios sanitários recupera uma coerência no enfrentamento dessa carga de problemas e dá passos consistentes para as mudanças necessárias. Um dos maiores desafios para a implantação das RAS tem sido a extensão territorial do Estado, composto por 853 municípios espalhados em uma área de 586.522,122 Km² com uma população 20.593.356. Devido à esta extensão o estado foi dividido em 13 macrorregiões e 77 microrregiões sanitárias de saúde, onde existem diferenças enormes no princípio fundamental do SUS: a equidade.

Para atuar nesta realidade, destaca-se a partir de 2003, Rede Viva Vida de atenção à saúde da mulher e da criança já é uma realidade em todas as regiões do estado. A Rede Viva Vida se organiza em três níveis de atendimento e estes pontos de atenção em cada um desses níveis foram conformados seguindo as linhas-guia de cuidados assistenciais. Tendo ainda, como diretrizes clínicas: Estratificação de risco da gestante, definição do público alvo; fluxo geral de atendimento ao público alvo; definição da matriz de pontos de atenção; definição da programação da atenção.

A Rede Viva Vida tem seu centro organizador no nível primário da atenção, que é o primeiro contato da população na rede. Neste nível, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o principal ponto de atenção assistencial sendo responsáveis pelas ações de referência e contra referência dos usuários para uma unidade de atendimento especializado, quando necessário. Para organização da rede, além da implantação dos pontos de atenção é de extrema importância a qualificação da rede implantando as linhas guias e capacitando as Equipes de Saúde da Família (ESF). Na Atenção Secundária, os pontos de atenção passam a ser mais especializados com maior grau de tecnologia incorporado ao cuidado. Na Rede Viva Vida, o atendimento ambulatorial fora das unidades hospitalares, é realizada pelos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS). Os CVVRS são pontos de atenção de média complexidade Microrregional que atua de maneira integrada à atenção primária e terciária. Visam à atenção integral à saúde sexual e reprodutiva e à saúde da gestante e criança de risco e pressupõe a implantação de ações de prevenção, promoção da saúde, de diagnóstico precoce e de recuperação das doenças e agravos, de forma adequada e humanizada. Os pontos hospitalares são subdivididos por grau de risco. Os casos de menor risco, no caso as gestantes de risco habitual e médio risco são encaminhados às Maternidades de Risco Habitual. Aquelas de maior risco são encaminhadas às Maternidades de Alto Risco Secundárias e Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos, preferencialmente, havendo, anexa, uma Casa de Apoio à Gestante e Puérperas (CAGEP). Considerados terceiro nível estão os pontos de atenção ainda mais especializados, com intenso grau de tecnologia incorporado à assistência que são as Maternidades de Alto Risco Terciárias (com leitos de UTI Neonatal e Adulto com as Casas de Apoio à Gestante associadas, além das Unidades de Cuidado Neonatal Progressivo). Neste nível, são encaminhadas as gestantes de alto e muito alto risco. Conectam estes pontos de atenção os sistemas logísticos e os de apoio diagnóstico que integram de maneira transversal os três níveis de atenção da Rede Viva Vida. A estratégia de implantação desenvolve por meio de três pilares de ação que são a *estruturação da rede* aliada a *qualificação da rede* e da construção de um processo de *mobilização social*.

Portanto, a Rede Viva Vida como estratégia de redução da mortalidade materna e infantil vem se estruturando de uma forma intensa e contínua, angariada no modelo de Redes de Atenção à Saúde, o que vem fazendo a diferença no estado de Minas Gerais ao longo desses 10 anos de implantação servindo como modelo para o país, comprovada na publicação da Rede Cegonha para todo o Brasil através da Portaria GM nº 1459 de 24 de junho de 2011.

Regionalização de redes de atenção à saúde e produção de cuidado integral à saúde no Brasil.

Márcia Guimarães de Mello Alves, Aluísio Gomes da Silva Junior, Carla Almeida Alves, Márcia Guimarães de Mello Alves, Manuela Gobbi Lopes da Costa y Ricardo Heber Pinto Lima. Brasil

O programa mães de Minas: uma proposta inovadora no Brasil para a gestão da informação para a saúde. Minas Gerais, Brasil.

Carla Carvalho Martins, Escola Nacional de Saúde Pública y Bernardo F. F. Gomes, Universidade Católica de Minas Gerais. Brasil. carla.martins.mg@gmail.com

CAMPO: A análise das políticas e estratégias de intervenção sanitária. Profissionais de saúde a serviço da cidadania: formação e desenvolvimento profissional

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 (oito) Objetivos do Milênio – ODM, que devem ser atingidos pelos países até 2015. Dentre eles, definiu como 4º objetivo a redução da mortalidade infantil, e como 5º objetivo melhorar a saúde das gestantes. Nesse sentido, os governos vêm, a cada ano, destacando mais ações e recursos para o alcance destes. Assim, desde 2003, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais vem demonstrando sua adesão, definindo o enfrentamento da mortalidade infantil e materna como meta mobilizadora.

Para avaliar a magnitude da mortalidade infantil, utiliza-se a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), calculada a partir do número de óbitos ocorridos no primeiro ano de vida para cada mil nascidos vivos no mesmo período, em um determinado local. A TMI indica o risco de um recém-nascido evoluir para o óbito, e é considerada um dos mais importantes indicadores da situação de saúde de uma população. Depende de uma combinação de fatores determinantes, desde fatores socioeconômicos relacionados às condições de vida até fatores relacionados à atuação dos serviços de saúde, como o acesso e a qualidade da atenção individual e as políticas públicas de saúde. Ou seja, depende tanto da disponibilidade de renda e de alimentos na família, de água potável e de instalações sanitárias no domicílio, do estado nutricional das mães e seus conhecimentos sobre problemas de saúde quanto da disponibilidade de serviços de atenção de saúde qualificados para a mãe e a criança desde antes do seu nascimento.

Vale ressaltar que, com a melhoria das ações voltadas para os serviços de saúde, resultantes de políticas públicas direcionadas aos fatores socioeconômicos e educacionais da população, e investimentos alocados de forma correta, é possível visualizar ao longo dos últimos 10 anos uma melhoria significativa na Taxa de Mortalidade Infantil do Estado de Minas Gerais, que passou de 18 em 2002 para 12,2 em 2012. A análise do cenário relativo à mortalidade infantil e materna remonta às condições da gestação e da qualidade do pré-natal, ao acesso aos serviços, à qualidade da atenção à saúde em todos os níveis. E aponta a necessidade imperativa de acompanhamento da gestante e da criança nos vários momentos da sua história, identificando com precisão os riscos de eventos desfavoráveis e prontamente oferecendo o cuidado necessário para o seu bom desenvolvimento.

É nesse contexto, como mais uma proposta de inovação no âmbito da saúde pública que surge o Programa Mães de Minas que visa dar contribuição para a continuidade da atenção à saúde da gestante e da criança, cercando-as de cuidados, desde o início da gravidez até o nascimento, o puerpério e o desenvolvimento do bebê no seu primeiro ano de vida. Ou seja, vigilância, cuidado e atenção integral à saúde.

Para zelar pelo cuidado integral, a informação assume um caráter fundamental. Não bastava saber da existência da gestante e a criança, como acontece por meio dos sistemas de informação clássicos, mas era preciso que essa informação fosse em tempo real, de tal maneira que possibilite um acompanhamento e uma proteção eficazes. Para tal, foi desenvolvida sob medida uma solução de software aliada à um modelo de call center para um monitoramento intensivo do pré-natal. Os objetivos traçados foram traduzidos em módulos e funcionalidades que permitem que as informações necessárias para a tomada de decisão dos gestores de saúde gerando tomadas de maneira mais rápida, efetiva e direcionadas. O software usado como plataforma inicial para o desenvolvimento do Mães de Minas foi o Hospitale, um software de gestão hospitalar (HIS - Hospital Information System) desenvolvido pela empresa parceira do estado. O desafio na criação dos módulos e funcionalidades do Mães de Minas foi unir as necessidades do governo com as necessidades dos operadores do sistema - operadores de callcenter - com as funcionalidades já existentes em um software de gestão hospitalar. O software foi dividido em duas grandes áreas: a de cadastro das gestantes, que coleta os dados básicos necessários para a correta inscrição da mulher no programa do governo, e a de monitoramento dessas gestantes durante todo o período da gravidez. O principal desafio no acompanhamento das gestantes é que a cada período gestacional colhem-se informações distintas da monitorada, de maneira que o governo passa a ter informações detalhadas sobre o estado de saúde de cada grávida em cada etapa da gravidez. Essas duas grandes áreas do sistema são então analisadas num processo de BI - *Business Intelligence*, que permite que haja a criação e análise de relatórios com todas as informações solicitadas pelo estado. O software também foi preparado para que, na hora de consolidar e exibir os dados das gestantes acompanhadas haja a possibilidade de cruzamentos georreferenciados, permitindo plotar em mapas e gráficos tudo aquilo que está cadastrado e mudando em tempo real. O sistema foi desenvolvido em sua totalidade em cima da tecnologia Microsoft e sua arquitetura baseia-se em:

a) banco de dados Microsoft SQL Server 2008 R2 como repositório de dados;

- b) plataforma IIS como servidor de aplicação;
- c) tecnologia Dot.Net para a criação da solução, totalmente virada para a web;
- d) utilização de browsers pelos operadores do sistema.

A arquitetura de software utilizada para o desenvolvimento do sistema Mães de Minas foi criada de maneira a permitir sua evolução contínua, a clara divisão de responsabilidades e funcionalidades e também a fácil manutenção, correção e distribuição do software. O sistema foi dividido em múltiplas camadas, com funções independentes e complementares, para garantir performance, segurança e confiabilidade. A estrutura lógica é: Interface → Controladores → Controle de Dados → Framework → SqlServer 2008R2. Algumas funcionalidades importantes do sistema incluem: a) identificação de maneira automática do período gestacional; b) montagem do script de monitoramento de forma dinâmica; c) classificação de risco da gestante; d) a criação de um relato para a solução de dificuldades de saúde encontradas pela gestante, passando por múltiplos canais de solução, como, por exemplo, enfermeiras no primeiro nível, médicos no segundo nível, secretaria de saúde e assim por diante.

Os dados colhidos e monitorados pelo sistema Mães de Minas permitem que análises possam ser feitas, por exemplo, em cima de gráficos georreferenciados, tendo como base o mapa do estado de Minas Gerais. Com esse tipo de funcionalidade, consegue-se plotar graficamente qualquer informação acompanhada de maneira muito intuitiva, trazendo para o governo a facilidade de identificar graficamente o que está acontecendo, em tempo hábil, com as gestantes do estado. Nesse contexto, o estado de Minas Gerais vem implantando, de forma inovadora e única no Brasil, uma ferramenta tecnológica específica destinada à identificação da gestante no território, cadastro em uma base específica e acompanhamento sistemático da gestante mês a mês, além do acompanhamento do período puerperal e de todas as fases da criança até um ano, gerando dados em tempo real para melhoria das políticas públicas.

Metodología de Gestión del Cambio, cómo generar corriente a favor.

Javier Suárez Carrasco, Jose Manuel Velarde Gestera y María Naranjo Benítez. España

L'éveil à l'Excellence et le modèle EFQM : aussi pour les hôpitaux ?

Xavier de Bethune, Dominique Loroy, Alexis Willems, Bbest, Zaventem ; Nathalie Zandecki, Valérie Dujeu, Gosseli. Belgique

Les **objectifs** du projet étaient de familiariser les hôpitaux et les équipes intéressées à la gestion systémique de la qualité des soins et de la sécurité des patients. La participation au Prix Wallon Qualité représentait un défi stimulant supplémentaire.

Le contexte et la description du problème : En Belgique, les hôpitaux sont sollicités par plusieurs initiatives qualité. Les autorités nationales passent des contrats Qualité-Sécurité (QS) avec eux, ceux-ci les incitent (e. a. financièrement) à atteindre des objectifs en lien avec l'accréditation. Plusieurs services hospitaliers ont déjà obtenu des accréditations partielles. La Mutualité chrétienne (MC), santhea (fédération hospitalière,) et la Mutualité socialiste ont piloté des exercices exploratoires d'accréditation. Plusieurs banques de données sont développées en Belgique pour permettre la récolte d'indicateurs QS.

Beaucoup d'hôpitaux restent néanmoins dubitatifs par rapport à ces changements. Le projet 'Eveil à l'Excellence' 2012 - 2013 représentait une opportunité d'éveiller les équipes de terrain à l'approche systémique et systématique de la qualité.

Les théories, les méthodes, les modèles, les matériels employés :

Le modèle choisi pour impulser le projet qualité est le modèle EFQM et plus particulièrement ses deux premiers critères, le leadership et la stratégie. L'approche définie par la MC, le Mouvement Wallon Qualité (MWQ) et Bbest, était l'association de quatre méthodes : la formation-action, l'échange d'expériences, la simulation par des visites croisées et enfin le Prix Wallon Qualité (PWQ). Cette approche correspond aux 'Collaboratives' promues par l'Institute for Healthcare Improvement de Boston.

Six hôpitaux et les coordinateurs de deux réseaux interhospitaliers se sont inscrits dans le projet.

Les résultats et la discussion.

Quatre hôpitaux ont participé à l'intégralité du programme et ont soumis un dossier de candidature pour le PWQ. Un de ces hôpitaux a remporté le PWQ2013 et le prix de l'approche la plus innovatrice. Un autre hôpital a fait partie des nominés.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques : L'accréditation hospitalière permet aux hôpitaux d'obtenir un label qui certifie aux yeux de ses clients et de ses partenaires internes et externes, que le service rendu correspond aux normes publiées par les agences d'accréditation. L'atteinte de tels niveaux de qualité demande la mise en place de changements spécifiés, qui se basent tous sur l'amélioration continue de la qualité telle que définie principalement par Donabedian et Deming.

Le modèle EFQM a été construit par des entreprises (non hospitalières) qui avaient déjà atteint un haut niveau d'excellence. Il permet aux institutions qui l'utilisent, d'appliquer à tous les niveaux de l'entreprise les approches correspondantes. Contrairement à l'accréditation, ce sont les institutions elles-mêmes qui déterminent les activités et services qui serviront d'exemples pour démontrer leur capacité d'atteindre un certain niveau d'excellence.

Plusieurs services hospitaliers ont déjà démontré en Belgique francophone, l'intérêt de la démarche. Il s'agit plus particulièrement du service de radiothérapie du CHU du Sart-Tilman à Liège et de plusieurs services du CHU de Charleroi. La CNDG de Gosselies et le CH Peltzer-la Tourelle de Verviers viennent s'ajouter à ce groupe de tête. L'impulsion et la motivation engendrées par le PWQ a permis aux deux premières institutions de poursuivre les efforts et d'étendre la démarche dans d'autres services. Les deux lauréats 2013 sont enthousiastes pour poursuivre l'aventure..

Force est de constater que les efforts à fournir pour atteindre les niveaux de maturité exigés sont importants. Deux hôpitaux qui ont introduit un dossier de candidature au PWQ 2013 n'ont pas été nominés. La déception et la frustration des équipes concernées étaient importantes.

Deux autres hôpitaux et les coordinateurs des réseaux interhospitaliers ont arrêté prématurément le projet. Des raisons internes (processus de restructuration à grande échelle, trop petite taille de l'équipe) et/ou externes (simultanéité avec un autre projet QS obligatoire dans le même service) justifient en partie ces décisions de retrait. Un autre obstacle peut être avancé : l'effort à fournir disproportionné perçu par les personnes impliquées.

La discussion porte donc sur l'utilité perçue de modèles comme l'EFQM et de prix comme le PWQ. Vu le besoin de poursuivre l'effort dans la durée, il serait intéressant de voir si ces approches marchent d'autant mieux que la maturité des institutions est importante au départ.

Sesión 44 – Aula 4

Presidente:

Tema : Nuevos roles 3

La previsione del fabbisogno di specialisti medici per il Sistema Sanitario e Sociale Regionale (SSSR) dell'Emilia-Romagna al 2030 via System Dynamics (SD).

Francesca Senese, Paolo Tubertini, Angelina Mazzocchetti, Andrea Lodi⁴, Corrado Ruozzi, Roberto Grilli, Italia

Utilização dos serviços de saúde mental com ênfase na autonomia e itinerário no processo de cuidado.

Indara Cavalcante Bezerra, Milena Lima de Paula, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, Leilson Lira de Lima, Randson Soares de Souza y Maria Salete Bessa Jorge. Brasil

A Dimensão éticopolítica da assistência: concepções de trabalhadores em um movimento comunitário em Saúde Mental.

Maria Lúcia Bosi, Universidade Federal do Ceará y Liliane Brandão, Universidade de Fortaleza. Brasil. malubosi@ufc.br

Introdução

Este estudo deriva do projeto "Práticas Inovadoras e Desinstitucionalização" que concluiu haver no Movimento uma produção de cuidado inovador na saúde mental, um espaço de intenso processo de revisão e (re) invenção

nas últimas décadas no contexto brasileiro. Construiu-se um modelo analítico do modo *éticopolítico* do cuidado fundado no pensamento complexo a partir de três condições constituintes: *acolhimento*, entrelaçado à ética, a relações desinteressadas, dialógicas e solidárias, de circularidade e de experiências voluntárias; *autonomia*, eixo mais político indissociável de dependência, assunção, contratualidade, passos emancipatórios e participação; e *produção de vida*, assentada na concepção hermenêutica crítica de saúde, envolve liberdade de, projetualidades e novas formas de cidadania.

Objetivo

Analisar o modo *éticopolítico* do cuidado com base nas experiências de trabalhadores em um dispositivo comunitário de saúde mental no Nordeste do Brasil.

Metodologia

Estudo qualitativo, hermenêutico, de solo fenomenológico, cujo campo processual foi dividido em quatro momentos e seguiu o princípio da triangulação das técnicas de entrevista, observação e fontes secundárias. Os informantes foram o universo dos trabalhadores que desenvolviam as práticas de cuidado em curso no serviço, no momento da pesquisa.

Resultados/Discussão

A análise em profundidade dos depoimentos evidenciou quatro eixos temáticos: I) Oásis no Deserto; II) Condições de Acolhimento; III) Tramas da Autonomia; IV) Despertar do Ser. No primeiro tema, a dimensão Sementes Originárias expôs a estruturação do serviço a partir dos Combonianos, CEBs, Quatro Varas e trabalho de escuta da TC; e O Dispositivo revela trabalhadores, alguns dos quais entraram inicialmente em busca de cuidados, e construíram concepções de serviço mais familiar, de grande ouvido, braço de acolhimento e maior espiritualidade. No segundo tema, o Cuidado em suas Possibilidades aponta o autoconhecimento como central para cuidar de si e do outro e traz acolhimento como relações de escuta dialógicas, sem julgamentos e desinteressadas, e também de modo mais interessado na técnica; a dimensão Experiências de Voluntariado configura amor ao próximo, caridade e compromisso ético de dar e receber ao possibilitar (re) significação do estar no mundo; e Os Cuidados Atuais são desenvolvidos nos grupos da TC, autoestima, biodança, farmácia viva, massoterapia e reiki. Nas tramas, a dimensão Lutas na Rede desvela sentidos de independência e tomada de posição como experimentações possíveis de ser e lidar com rede de dependências, ora de forma dócil, ora mais crítica diante das relações-poderes, como as tutelares e o poder médico; na Comunidade, Pertença e Participação emergiram possibilidades de trabalho na busca de melhorias mais coletivas, havendo necessidade de maior engajamento do dispositivo nas lutas comunitárias, e uma participação mais elementar e de diminuta perspectiva decisória. O último tema revela sentidos de Ser Saudável a partir da noção mais ampliada de saúde e de ruptura com as amarras diagnósticas, bem como possibilidades de despertar do ser e de circulação no mundo nos Desejos de Vida, os quais se voltam também para uma permanência. Foi possível constatar que na complexa arena das práticas de saúde mental comunitária investigada há possibilidades de produzir relações potencializadoras do cuidado em um modo *éticopolítico*.

Conclusões

Ao nos aproximarmos qualitativamente do Movimento, nosso intuito não foi traçar uma conclusão fechada que esgotasse o tema em questão, haja vista reconhecermos a incompletude dos achados de textos interpretativos, cujos modos de proceder implicam contínuas conversações, implicações e interrogações. Compreendemos existir no serviço, a partir da perspectiva dos trabalhadores, uma teia de múltiplos fios que ora se aproximam, ora se distanciam, do aqui concebido como modo *éticopolítico* do cuidado. Sabendo da necessidade de deixar em aberto novas possibilidades de sentido e de não ser possível uma síntese acabada ressaltamos a importância do trabalhador do campo da saúde mental sustentar tanto a sua possibilidade de ser artífice de si mesmo, quanto a sua capacidade de romper com um isolamento, tornando-se cidadão no entorno em que vive.

Modelo ATEPHARMA: un nuevo paradigma de la profesión farmacéutica.

Rafaela Ramírez Ponferrada y Sara Hernando Acinas. España

Sesión 45 – Sala 4

Presidente:

Tema : Nuevos roles 3

La previsione del fabbisogno di specialisti medici per il Sistema Sanitario e Sociale Regionale (SSSR) dell'Emilia-Romagna al 2030 via System Dynamics (SD).

Francesca Senese, Paolo Tubertini, Angelina Mazzocchetti, Andrea Lodi⁴, Corrado Ruozzi, Roberto Grilli, Italia

Profesionales de la salud en acciones de actividad física en la atención primaria en salud.

Laura Elizabeth Castro Jiménez, Yúber Liliana Rodríguez Rojas y Yenny Paola Argüello Gutiérrez. Colombia

Utilização dos serviços de saúde mental com ênfase na autonomia e itinerário no processo de cuidado.

Indara Cavalcante Bezerra, Milena Lima de Paula, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, Leilson Lira de Lima, Randson Soares de Souza y Maria Salete Bessa Jorge. UECE. Brasil. indaracavalcante@yahoo.com.br

Contexto e descrição do problema: A inserção social das pessoas com sofrimento psíquico no cotidiano da sociedade são desafios da Atenção Psicossocial, bastante discutidos atualmente. No Brasil, de acordo com os pressupostos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileira, a assistência à saúde deve estabelecer ações de base territorial e em interlocução com a comunidade. Para consolidação destes princípios, é necessário elaborar estratégias e utilização de recursos comunitários que favoreçam o exercício da autonomia dos sujeitos. Pensar em autonomia ao sujeito em sofrimento psíquico significa refletir sobre o processo de (des) institucionalização. Esta reflexão perpassa a compreensão das experiências vivenciadas por usuários e profissionais do serviço, com a participação social, inserção na vida cotidiana da rede de serviços assistenciais, dos serviços informais, das redes sociais e pelo caminho percorrido pelo usuário e seu familiar, ao buscar resolução para seu problema de saúde.

Objetivos da investigação: Compreender as experiências de usuários, família e equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial, no processo de construção de autonomia do usuário no seu processo de cuidado psicossocial e discutir a utilização dos serviços e o percurso dos usuários na rede de saúde mental.

Métodos: Nesse estudo recorreu-se a pesquisa qualitativa, partindo da concepção de hermenêutica como a arte de compreender textos, com destaque para textos em referência a entrevistas. Foi posta uma questão eminentemente filosófica que é a compreensão do cuidado em saúde mental relacionada ao uso de psicofármacos. Esta questão induz a reflexão sobre a experiência humana no cuidado em saúde mental. A investigação foi realizada no município de Fortaleza-CE, num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e obteve aprovação ética através do parecer consubstanciado do CEP da Plataforma Brasil, sob número 387.111 Os participantes da pesquisa constituíram de 10 usuários, 09 familiares e 05 trabalhadores de saúde. Foram utilizadas como técnica de coleta das informações a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e o grupo focal. Para análise do material empírico, recorreu-se à hermenêutica filosófica gadameriana, utilizando a análise de conteúdo temática para a categorização das informações apreendidas. Esta consiste em descobrir núcleos de sentido, que conformam à comunicação advinda do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analíticas propostas para o estudo.

Resultados e discussão: O exercício de fazer saúde confronta-se com uma realidade institucionalizante, através da cronicidade que é gerada a partir de ações que se concentram e se restringem ao biológico, baseada, principalmente, na prescrição de psicofármacos, evidenciando a medicalização do social no contemporâneo e seus processos de subjetivação da clínica. Tal consumo é requerido como único horizonte resolutivo para seus problemas de saúde. Nesse sentido, o cuidado no cotidiano dos serviços associa a dimensão medicalizada da atenção em saúde mental na vida dos usuários e também a fragmentação da assistência numa parcialidade de tarefas por núcleos profissionais, ou seja, a fragmentação pela especialização. A regência do saber biomédico opera uma casuística ao adoecimento psíquico que interpõe diferentes composições terapêuticas entre o ato médico e as ações multidisciplinares em equipe. Por outro lado, os usuários e familiares desconhecem a rede assistencial formal e informal na comunidade, e não se visualizam interlocuções do CAPS com esses dispositivos, expondo a desarticulação na organização dos fluxos

assistenciais entre atenção básica e especializada, e falha na responsabilização dos profissionais envolvidos com o processo de cuidado integral. O fluxo, portanto, limita-se à estrutura do serviço do CAPS, explorando, minimamente, os recursos comunitários e familiares.

A comunicação, nesse processo, é deficiente, prejudicando a corresponsabilização dos envolvidos, equipe/usuário/família, no processo de cuidado psicossocial. O itinerário terapêutico do usuário é desconhecido pela equipe e a família pouco empoderada, o que descreve um cenário marcado pela insuficiente autonomia na gestão da própria vida do usuário, diante do delineado pela proposição psicossocial.

Conclusão: O estudo revela que processo de cuidado em saúde mental não condiz com os pressupostos delineados pela Reforma Psiquiátrica e se depara com uma realidade institucionalizante que promove a cronicidade dos sintomas numa relação de dependência-subautônoma dos sujeitos em sofrimento com os serviços de saúde. Esse cenário sustenta-se pela prática medicalizante, assistência fragmentada, falha na corresponsabilização dos profissionais de saúde com o cuidado integral, desarticulação da rede e ausência de autonomia e desconhecimento do itinerário por parte dos usuários/familiares. Diante desse cenário, como produzir autonomia neste contexto? Um caminho viável deveria seguir um raciocínio que busque romper com a limitação das ações dos profissionais, usuários e seus familiares diante da remissão de sinais e sintomas da doença, para abranger uma compreensão mais ampla dos fatores que influem na capacidade de participação social, ou seja, na compreensão de um indivíduo inserido numa coletividade, mas que possui as próprias fronteiras da singularidade

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: A investigação discute o cenário da saúde mental não somente na micropolítica, mas macropoliticamente. Além disso, o estudo desenha a conjuntura da assistência em saúde mental, problematizando e propondo a todo instante um novo pensamento e um novo agir com/no/para o sujeito em sofrimento psíquico. Elencam-se, assim, problemáticas que necessitam de transformações urgentes para que se consolidem e se fortaleçam os princípios da Reforma Psiquiátrica, reacendendo não somente o movimento pela Reforma Sanitária, mas também promovendo o debate em torno do Sistema Único de Saúde. Ainda que se reconheçam pequenos avanços e indícios de transições paradigmáticas, torna-se imperativo (re)construir um modelo de saúde que preconize uma prática pautada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade viáveis, onde se forneçam as ferramentas necessárias para a consolidação desta prática.

A Dimensão éticopolítica da assistência: concepções de trabalhadores em um movimento comunitário em Saúde Mental.

Maria Lúcia Bosi y Liliane Brandão. Brasil

Modelo ATEPHARMA: un nuevo paradigma de la profesión farmacéutica.

Rafaela Ramírez Ponferrada y Sara Hernando Acinas. España

Sesión 45 – Sala 6

Presidente:

Tema : Políticas de salud 3

A Gestão da Educação em Saúde no Brasil.

Ana Claudia Pinheiro Garcia, Celia Regina Pierantoni y Tania Cristina França da Silva. Brasil

Facultad de medicina y globalización : adecuar la responsabilidad social y el profesionalismo con un agenda de salud mundial para responder mejor a las necesidades de la población?

Jacques E. Girard y Yv Bonnier-Viger, Facultad de Medicina, Universidad Laval, Quebec, Canadá.

jacques.girard@fmed.ulaval.ca

El objetivo de la comunicación consiste en ubicar de manera crítica las iniciativas de salud global en el ámbito académico para adoptar una postura protagónica ante los impactos de la globalización sobre la salud de la población. La epidemia de obesidad, el aumento de los cánceres ligados al medio ambiente, los trastornos de salud mental en pos de la crisis económica a nivel mundial y el empeoramiento de los índices de GINI, reflejando cada vez más brechas socioeconómicas, representan desafíos complejos. Una reseña bibliográfica va a rescatar diferentes ejemplos emblemáticos. De facto, se trata de impulsar una agenda para transformar de verdad las prioridades de investigación y los retos de formación docente-asistencial para así responder mejor a las necesidades de la población por su salud. A partir de las 90's, la salud global reemplazó la salud internacional como concepto para invertir en salud y influir el proceso que permitía enfocar a los Objetivos Del Milenio (ODM, 2000). En Canadá, como en la mayoría de los países del mundo, hubo un fracaso para mejorar las desigualdades de salud de los más pobres y más vulnerables de la sociedad, mientras tanto que identificamos a los determinantes sociales de la salud por su contribución significativa a la carga de enfermedad y de mortalidad (CDSS, 2006). Ahora la universalidad de la atención en salud en pos de los ODM (OMS, 2012) y la gobernanza global en salud (Comisión Oslo, 2014) representan los vertientes de nuevas políticas públicas a nivel internacional, pero la academia podría asumir un rol de vanguardia eficaz generando a recursos humanos en salud más adecuados. La Facultad de Medicina de la Universidad Laval contempló un salto clave en 2013, adoptando una postura acerca de la responsabilidad social y del profesionalismo basado en el campo de la adquisición de competencias de sus futuros egresados. Más aún, un agenda sobre la "salud mundial" da ahora una nueva legitimidad para interfaces con nuestros alumnos a tres niveles : las poblaciones marginalizadas de la ciudad de Quebec, las comunidades indígenas y las experiencias internacionales combinando formación, investigación y servicios a la colectividad.

Crisis, formación de recursos humanos en salud e inserción laboral en México.

Carolina Tetelboin, y Jorge Alberto Álvarez Díaz. México

ATLAS de l'Agence InterMutualiste (AIM) : Visualisation d'indicateurs pertinents pour la gestion des soins de santé provenant des bases de données l'AIM.

Tonio Di Zinno, Birgit Gielen, Joeri Guillaume, Chantal Houtman, Bram Peters, Ragna Préal & Johan Vanoverloop. Belgique

Résumé

En Belgique, 7 mutualités gèrent les remboursements de l'assurance maladie obligatoire. En vue d'exécuter cette mission, elles collectent des données administratives et de facturation rassemblées au sein de l'Agence InterMutualiste (AIM). Ces données constituent une source très riche d'informations pour la réalisation d'études dans le domaine de l'Assurance Maladie et plus largement de la santé. L'AIM est donc devenu le plus important fournisseur de données socio-sanitaires pour le soutien scientifique à la politique de santé menée par les différents niveaux de pouvoirs en Belgique. En 2013, l'AIM a mis à disposition l'Atlas, un outil de consultation online d'indicateurs de gestion des soins de santé de référence, validés par le secteur, mis à jour régulièrement et accessibles de façon permanente.

Résumé

En Bélgica, 7 mutualidades gestionan los reembolsos del sistema de salud. Para cumplir esta misión, recogen los datos administrativos y de facturación dentro de la Agencia Intermutualista (AIM). Estos datos son un recurso importante para muchos estudios que, por medio de recomendaciones, permiten influir en la gestión política de la salud. En el 2013, la AIM puso a disposición un Atlas como instrumento de consulta en línea de los indicadores referenciales para la gestión de los cuidados de la salud, validados por gestores de cada sector, regularmente actualizados y permanentemente accesibles.

El control de la industria sanitaria sobre la construcción del conocimiento médico.

Pedro Antonio Lara Morales, Adrián Cardo Miota, David García Rivero, Jorge Justo López Moreno y Rocío Cáceres. España

Sesión 46 – Sala 7

Presidente:

Tema : Procesos formativos 2

Utilização da Investigação no processo de tomada de decisão das políticas de formação dos profissionais de saúde: perspectivas de tomadores de decisão Portugueses e Brasileiros.

Isabel Craveiro, Virginia Hortale y Gilles Dussault. Portugal y Brasil & Johan Vanoverloop. Belgique

Seis anos de formação médica e sua repercussão na saúde mental do estudante.

Edméa Fontes de Oliva Costa y TM.Andrade. Brasil

Produção de modos de cuidar e educar a partir do programa de educação pelo trabalho em saúde - PET-SAÚDE.

Vitória Solange Coelho Ferreira, Cristina Setenta Andrade, Ana Maria Lavinshy Fontes, Maria da Conceição Filgueiras de Araújo y Soraya Dantas Santiago dos Anjos. Universidade Estadual de Santa Cruz . Brasil. vitsoll@gmail.com

Historicamente, a formação superior dos profissionais de saúde tem privilegiado a construção de conteúdos fragmentados em diversas disciplinas e organiza-se em torno de relações de poder que coloca o saber do professor especialista, em posição de destaque no processo de ensino-aprendizagem. Nessa relação, os estudantes, sujeitos passivos do aprendizado, com pouca autonomia e capturados pelo modelo hegemônico privilegiam o determinismo biológico, e a doença como objeto de consumo. Apesar de mudanças ocorridas nos currículos dos cursos de saúde, a grande maioria, dos formadores continuam a privilegiar o uso extensivo das tecnologias duras, em detrimento das tecnologias leves e leve-duras que privilegiam as relações entre profissionais/usuários e os conhecimentos nos processos formativos em saúde. Nesta direção, a adoção de políticas orientadoras da formação pelo Ministério da Saúde, a exemplo, do AprenderSUS, PRÓ-Saúde e PET-Saúde tem sido fomentado nas instituições formadoras para adoção de novos modos de ensinar e de cuidar. O PET-Saúde é desenvolvido por grupos de estudantes e preceptores (profissionais de saúde) com tutoria de um docente, articulando o ensino, pesquisa e extensão, com o desenvolvimento de atividades acadêmicas mediante grupos de aprendizagem tutorial e vivência dos estudantes-bolsistas no cotidiano do trabalho. A Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC vem desenvolvendo o PET-SAÚDE, há três anos em Unidades Saúde da Família - USFs de dois municípios da região Sul do Estado da Bahia. As experiências desenvolvidas pelo PET-SAÚDE apontaram a importância em avaliar os movimentos e fluxos gerados por esse programa com o objetivo de analisar os mecanismos de articulação desenvolvidos entre gestores, tutores, preceptores e bolsistas e caracterizar os dispositivos que contribuíram na reorientação da formação profissional e na produção de novos modos de cuidar. A base teórico-metodológica foi subsidiada pelas dimensões de análise da reorganização da atenção à saúde e dos processos formativos dos profissionais de saúde destacando aspectos relacionados a gestão do trabalho, do cuidado e a Educação Permanente em Saúde (EPS) na formação dos profissionais. Foi realizada uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa apoiado na tríade de Donabedian, (1984), a) Estrutura (formação profissional e os projetos elaborados); b) Processo: (dispositivos geradores de movimentos instituintes de mudança no processo de preceptores, tutores e bolsistas; c) Resultado: (impacto/mudanças na produção do cuidado operado pelas ESFs, na formação dos alunos bolsistas da UESC e dos professores tutores da UESC). Na coleta de dados adotamos o grupo focal (GF), observação direta e análise documental. Foram realizados 05 GF constituídos de 5 a 9 participantes de cada segmento que atuavam no PET-Saúde. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo segundo Minayo. Os resultados apontam que PET-Saúde permitiu aproximações entre serviços/ensino/população diminuindo a fragmentação de conteúdos que capturam a formação de profissionais de saúde para atuar e fortalecer o foco do cuidado em indivíduos acometidos por doenças/agravos nos distintos serviços de saúde. Dentre os dispositivos que contribuíram para formação profissional e novos modos de cuidar destacamos a inserção precoce dos alunos nos cenários de prática do SUS, o compartilhamento de saberes e práticas, o trabalho em equipe, a EPS, processos comunicacionais mais horizontais e a implicação dos sujeitos com seu fazer, o que têm permitido algumas mudanças na micropolítica do processo de trabalho que poderão ser institucionalizadas pelos órgãos de formação e dos serviços de saúde, além da sua contribuição para a reestruturação produtiva em curso de mudança dos desenhos organizativos de saúde, potencializando o trabalho vivo em ato nas vivências em espaços de produção social na atenção básica direcionada às necessidades dos indivíduos/famílias/comunidades.

Supervisão de campo e acadêmica e a relação "entre" saberes e temporalidades no processo de formação no serviço social no campo da saúde.

Sesión 47 – Sala 8

Tema : Políticas de recursos humanos em saúde no Brasil na perspectiva da cidadania

Sesión organizada por: Isabela Cardoso de M.Pinto (Instituto de Saude Coletiva); Janete Lima de Castro (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), Tania França (Universidade Estadual do Rio de Janeiro); Eliana Ponte de Mendonça (Ministério da Saúde). isabelacmp@gmail.com

O sistema público de saúde brasileiro vem passando nos últimos 25 anos, por um processo de reforma voltado para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases políticas e doutrinárias foram estabelecidas na Constituição Federal de 1988. Um dos aspectos que tem chamado atenção é a questão dos recursos humanos, considerada um dos “nós críticos” do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país. A inadequação dos perfis, a precarização das relações de trabalho, escassez de quadros qualificados, dentre outras questões, constituem um dos grandes desafios a consolidação do SUS.

A gestão do trabalho no SUS envolve questões relacionadas à vida funcional do trabalhador, à garantia de condições adequadas de trabalho, à participação dos trabalhadores na formulação de políticas e na criação de espaços de negociação. Dentre as competências e ferramentas vinculadas à gestão do trabalho, estão: o Plano de Cargos, Carreiras e Salários; as Mesas de Negociação do Trabalho nos estados e municípios; o DesprecarizaSUS (Desprecarização do Trabalho no SUS), que visa à regularização da situação dos vínculos precários dos trabalhadores inseridos no sistema; o ProgeSUS (Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS) e os Sistemas de Informação no órgão de RH (recursos humanos)

Para Nogueira(2010), as principais questões de recursos humanos que hoje são enfrentadas na gestão do SUS têm uma dupla origem: a) apareceram como consequência das flexibilidades adotadas pelos gestores, num contexto de afrouxamento das normas de ação do Estado e de declarada falência do modelo burocrático de administração, e b) aparecem em consequência das normas da reforma constitucional no que se refere às formas de vinculação ao setor público, ao ingresso e tipos de carreira, ao sistema de previdência e aos limites de gastos com recursos humanos.

Essa sessão tem como objetivo apresentar experiências realizadas no Brasil e investigações desenvolvidas em parceria pelas universidades, Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, na perspectiva de viabilizar políticas que visem a democratização da gestão e qualificação do trabalhador tendo como pressuposto sua condição de cidadania.

Instituições envolvidas:

Ministério da Saúde do Brasil
Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia
Observatório de Recursos Humanos/Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Associação Brasileira de Saúde Coletiva / GT Trabalho e Educação na Saúde

Negociação nos serviços de saúde na perspectiva da democratização da gestão.

Janete Lima Castro, Jenina Lopes Soares, Jorge Luiz de Castro, Nathalia Hanany Silva de Oliveira y Eliana Pontes Mendonça. ObservaRH/UFRN e Ministério da Saúde. Brasil. janetecastro.ufrn@gmail.com

Objetivo: Avaliar a utilização da prática de negociação como estratégia de gestão nos serviços de saúde Brasil.

Contextualização do Problema: No Brasil, no campo da saúde, a negociação coletiva conquistou um espaço privilegiado: as Mesas Permanentes de Negociação do Trabalho.

A instalação e a consolidação de Mesas estaduais e municipais de negociação do trabalho na saúde, como previsto na Resolução nº 111, de 09 de junho de 1994, do Conselho Nacional de Saúde, já se tornaram realidade em diversos estados brasileiros. Todavia, ainda se faz necessário avançar tendo em vista a construção de um Sistema Nacional de Negociação Permanente do Trabalho no SUS. É preciso consolidar e fortalecer o trabalho das Mesas instaladas e em funcionamento e, ainda, apoiar a instalação de novas Mesas entendendo-as como espaços legítimos de discussão que buscam o consenso entre os gestores e trabalhadores, sem deixar de contemplar os interesses da sociedade nos processos de negociação. Nessa perspectiva, compreende-se a Negociação como ato político destinado a gerar viabilidade mediante acordos duradouros e respeitados entre atores sociais que têm interesses, poder e recursos para enfrentar situações

que os afetam, mutuamente, através de participação corresponsável e equânime (SANTANA, 1997). Desde o final da década de 1990, com maior ênfase a partir de 2004, o Ministério da Saúde vem estimulando a instalação de Mesas de Negociação do Trabalho como estratégia de gestão do trabalho, nas instituições de saúde, estaduais, municipais e federais.

Todavia, qual tem sido a repercussão desse estímulo? Como ele tem se concretizado? As Mesas que foram instaladas estão em funcionamento? Quais são as dificuldades enfrentadas para garantir seu funcionamento? Quais foram (são) as discussões mais presentes nas reuniões das Mesas?

Essas são algumas das perguntas que orientaram a realização desta pesquisa.

Resultados e Discussão:

Este estudo revelou a situação atual dos espaços de negociação, denominados Mesas de Negociação do Trabalho em Saúde. Os seus achados mostram que, mesmo enfrentando grandes dificuldades, como a ainda insuficiente cultura de negociação nas instituições de saúde, pode-se dizer que, nesses últimos anos, se obteve avanço significativo na perspectiva de garantir que espaços de negociação sejam discutidos e instalados na administração pública. Todavia, muitos passos ainda precisam ser dados para aperfeiçoar a prática de negociação e obter melhores resultados das Mesas de Negociação do Trabalho no SUS. Dentre esses passos, já foi possível identificar a necessidade da regulamentação da negociação no setor público; desenvolvimento de processos de capacitação, qualificação em negociação destinados aos gestores e trabalhadores participantes da Mesa; mudança na cultura da gestão pública (democratização da gestão); incentivo à pesquisa sobre negociação no setor público; mais visibilidade dos resultados e mais garantia das pactuações resultantes das atividades das Mesas.

Como conclusão, ressalta-se que a Negociação do Trabalho deve ser compreendida como uma metodologia de gestão das relações de trabalho cujo propósito é superar a cultura não democrática, historicamente existente nas instituições. E esse é, sem dúvida, o seu desafio primordial.

Contribuições:

O estudo apontou evidências para recomendações ao Ministério da Saúde do Brasil tendo em vista o fortalecimento das Mesas de Negociação do Trabalho como ferramenta de gestão para o Sistema Único de Saúde do Brasil.

Avaliação de uma experiência de educação a distância no campo da gestão em saúde no Brasil.

Janete Lima Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Dyego Leandro Bezerra de Souza y Thaís Paulo Teixeira Costa. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. janetecastro.ufrn@gmail.com

Objetivos

- Analisar as percepções dos alunos e tutores sobre a experiência no curso Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na modalidade de educação a distância, e sua repercussão na prática profissional.
- Identificar aspectos positivos e dificuldades presentes no processo educativo a distância.

Contexto e descrição do problema

Em decorrência da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil houve a ampliação da rede de serviços de saúde e sua consequente descentralização para os níveis estaduais e municipais, gerando assim, a necessidade da criação de novas competências para diversas áreas que o compõem, entre elas, a área de gestão de recursos humanos. Neste contexto, novos desafios foram agregados a outros já existentes que exigem políticas destinadas à valorização do trabalhador e à qualificação da área de recursos humanos. Nesse sentido, várias iniciativas estão sendo desenvolvidas com o objetivo de atender a citada exigência. A qualificação dos gestores, utilizando a modalidade de EAD, tem sido uma delas.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados

Este estudo do tipo descritivo exploratório foi realizado com 500 alunos e 29 tutores do curso de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, desenvolvido na modalidade EAD, realizado no ano de 2013 na região Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados através da aplicação de questionário para os alunos e e da cartografia dos relatórios dos cursos elaborados pelos tutores. A análise foi feita em duas etapas, sendo a primeira em uma abordagem quantitativa fornecendo informações cuja amplitude atingiu todos os sujeitos envolvidos e a segunda que privilegiou uma abordagem qualitativa focalizando e aprofundando as percepções, a partir da análise cartográfica dos discursos baseada em Santos (2005).

Resultados e discussões

A vivência do processo possibilitou a reflexão crítica sobre a prática, o crescimento profissional e a troca de

experiências. O curso foi considerado como disparador de uma nova atuação proporcionada pelo empoderamento dos sujeitos envolvidos e pela defesa do Sistema Único de Saúde. A modalidade a distância facilitou o acesso e as condições para a participação dos alunos, sem ocorrer o afastamento do cotidiano no trabalho. A plataforma virtual interativa favoreceu o interesse e debate entre alunos, tutores e coordenação do curso. O método pedagógico da problematização exigiu maior esforço do aluno que se sentiu sobrecarregado com as atividades exigidas somadas ao seu trabalho. Os tutores consideraram a experiência de grande aprendizado para sua prática profissional. Cabe ressaltar que os cursos tiveram a perspectiva de dinamizar um movimento pró-mudança no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

Contribuições e interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou as práticas atuais

A experiência demonstrou a mobilização de diversos atores e recursos no apoio à gestão do SUS, destacando uma de suas áreas mais complexas e de grande relevância social que tem no seu âmbito de atuação as políticas de valorização dos servidores que prestam serviços de saúde à população. A natureza das ações, o modo de atuação e os resultados alcançados, o caracterizam como produção tecnológica e de inovação social, considerando que é no modo de aplicação que uma tecnologia torna-se social. A tecnologia social está estreitamente ancorada no direito ao acesso, à produção de conhecimento, à educação e à autodeterminação, tendo sua finalidade vinculada aos direitos à vida, ao conhecimento e à cidadania. Os benefícios, de ordem política e acadêmica, obtidos, fortaleceram o pressuposto que uma universidade pública somente pode ser concebida como uma instituição social se estiver sintonizada com a sociedade e as questões do seu tempo. Concluindo, a experiência trouxe claros benefícios para as instituições envolvidas, sendo, portanto, importante a sua socialização.

Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: o caso da Bahia-Brasil.

Isabela Cardoso de Matos Pinto –Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia. Priscila Azevedo –Ministério da Saúde. Brasil. isabelacmp@gmail.com

Objetivos

- Analisar conjunto de fatores que influenciaram o processo de formulação da Política de Recursos Humanos em um Estado do Nordeste Brasileiro.
- Mapear as principais estratégias para a operacionalização da Política no que tange a gestão do trabalho em saúde e a educação permanente dos trabalhadores.

Contexto e descrição do problema

No Brasil, o reconhecimento de que os recursos humanos constituem um potencial estratégico para a consolidação do Sistema Único de Saúde e para a efetividade dos serviços de saúde faz com que a Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente seja considerada prioridade na agenda governamental. Nesse sentido, um conjunto de iniciativas vem sendo implementadas com o objetivo de favorecer as condições para a produção de atividades com qualidade, e promovendo melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS, reconhecimento da força de trabalho do SUS para seu melhor dimensionamento, aproveitamento, distribuição e qualificação.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados

A análise de políticas públicas desenvolveu um método com base na desagregação do processo de uma política em fases, e se refere ao conjunto das fases como ciclo de uma política. Cada fase envolve processos distintos, redes próprias de atores e constante negociação (Viana; Baptista, 2008). Considerando os objetivos e a metodologia do presente trabalho, optou-se por utilizar o referencial teórico do ciclo da política pública, sobretudo o momento da formulação e implementação de políticas. O estudo foi realizado na Secretaria de Saúde de um Estado Brasileiro da região nordeste tomando a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como objeto de análise. Os dados foram coletados utilizando-se como fontes documentos institucionais e entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com 19 informantes-chave que tiveram participação em diversos níveis na implementação da Política – Secretário Estadual de Saúde, Superintendente de Recursos Humanos em Saúde, técnicos e diretores, representação do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), representação da Comissão Estadual de Integração Ensino e Serviço (CIES), bem como gestores e técnicos que participaram do processo de elaboração e revisão do documento da política. No que tange ao plano de análise a categorização foi desenvolvida a partir do referencial teórico adotado, articulando com os achados empíricos da pesquisa, considerando as dimensões de contexto externo e contexto interno. Foi eleito como categoria central o processo de implementação da PGTES. Cada uma das categorias foi analisada à luz das linhas de ação previstas na política (Anexo 2), quais sejam: Regionalização e descentralização da PGTES; Consolidação da educação na saúde; Consolidação da gestão do trabalho em saúde; Gestão e

qualificação do sistema de informação para a gestão do trabalho e educação na saúde; e Desenvolvimento de estratégias de comunicação.

Resultados e discussões

A análise do processo de implementação da política mostrou que houve avanços significativos na Bahia, quais sejam: ter uma política de gestão do trabalho e da educação no estado, implantação do novo Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos, ampliação da qualificação de trabalhadores de nível médio e de nível superior, melhor relação e aproximação dos estabelecimentos de saúde com as instituições de ensino, fortalecimento das diretorias na capacidade de ampliar ações, cursos de formação em gestão do trabalho, aumento do número de profissionais concursados, institucionalização do planejamento, maior interlocução com lideranças do controle social, dentre outros. Por outro lado, ainda que sejam observadas mudanças importantes, permanece na prática o distanciamento entre gestão do trabalho e gestão da educação na saúde, e cabe registrar que muitas dificuldades para a operacionalização da política foram identificadas, tais como: equipe insuficiente para dar suporte ao processo, frágil capacidade gestora e de execução dos recursos, indefinição de mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação das ações da Política, além da infraestrutura precária para o desenvolvimento dos processos de trabalho.

Contribuições e interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou as práticas atuais

O uso do modelo teórico do ciclo da política pública permitiu compreender a complexidade do processo de implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e identificar os elementos da política que facilitaram ou dificultaram a sua operacionalização: recursos, ambientes, agentes implementadores da política, interação de interesses, estratégias e posições de poder. Os resultados apresentados na pesquisa traz elementos importantes para subsidiar o debate sobre a necessidade de se consolidar um instrumental que viabilize processos de formulação e implementação de políticas no âmbito das ações de recursos humanos em saúde.

Sponsors Calass 2014:
