CALASS2014

RESÚMENES

4, 5 y 6 septiembre 2014, Granada

RESÚMENES DE COMUNICACIONES, ATELIERS Y POSTERS DEL JUEVES, 4 SEPTIEMPRE 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 Observatrotio, 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.alass.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 promoçâo 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

- Asocia□ia de Economie, Management □i Psihologie în Medicin□. Chisinau

Rumanía

- □coala Na□ională de Sănătate publică □i Management sanitar. Bucarest.
- Asocia□ia Român□ de S□n□tate Public□ □i 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 ünico 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 Mª 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 Iavante. 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

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 entres les différentes catégories de personnels, les services et les familles ; la mise en place d'actions mutualisées entre les établissement (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. Espana. 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 » [1](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[2], 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

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 vem 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. Makhlouf, 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, unepropagation 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 Skhouna, une zone humide emboitée 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 (transdiciplinarité, 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

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 joue-t-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 frontières, c'est-à-dire le droit à la santé indépendemment 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 situattion, 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

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 Gonfia. 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[1,2], Anne-Sophie Lelong[1], Judith Pineau[1], Patrice Prognon[1], Hélène van den Brink[2]
[1]Service Pharmacie, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, 20 rue Leblanc, 75015, Paris
[2]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

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 financés et ainsi d'améliorer l'efficience 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 hospialiers 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 contriburaient 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 établissement 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

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 areas de conocimiento especificos , pueden transversalizarse en tres centros en el periodo 2012 – 2015 marcados en el Plan Estrategico, 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

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

vise 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 études 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

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 Coréia 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 chercheure 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 cernant les éléments suivant : 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 oeuvre 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 politicas públicas?

Camilia 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

O governo brasileiro tem promovido ações que integram a Politica Pública de Saúde com a Educação na Saúde através de inciativa 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 publica. Assim, diante das inquietações acerca das concepções que cercam os princípios normativos das politicas 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 politicas 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 politicas como, por exemplo, na politica de Assistência Social e Educação. Neste bojo faz-se relevante compreender sua concepção, pois comumente é utilizada para designar as politicas 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

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 oeuvre 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	**Enjeux organisationnels et sociaux**
Bénéfices pour la santé du patient	Professionnels
Impacts psychosociaux de l'information générée	Capacité du système
Choix libre et éclairé	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: portugais

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 km2. Amparada na Missão a equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN/SES/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 avalição da testão: 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

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/SES/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 Saude; - 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, alem 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.

Analise 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

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 Analise 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 Analise Situacional estava dividido em 19 Regiões Administrativas as quais respondiam administrativamente por vários municípios. Na Analise Situacional a discussão coletiva com gestores/trabalhadores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e equipes dos municípios foi problematizado 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 Analise 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 deMinas Gerais. Patrícia Lourdes Silva, Universidade Federal deMinas Gerais. 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

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 praticas 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 fitoterápicas 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[3]). 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[4] 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 patient 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[5] (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[6]. 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: Portugais

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

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 ems setes estados da federação brasileira que concentram o maior número destes equipamentos. A amostra das unidades foi elaborada de forma a garantir a 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 resolutividade 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 questionado a maneira pouco flexível em relação ao modelo, passando por cima de realidades estaduais e loco 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´Àvila Viana. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Brasil. 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 ambulatórios de especialidades não-médicas; 57,14% dos ambulatórios 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´Àvila 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

Objetivo: identificar o desempenhos 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 aplicados o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)^{R} . 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*[1], Marie-Pierre Gagnon[1,2], Guylaine Chabot[1,3], Geneviève Roch[1,2]. [1]Centre de recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Québec, Canada, [2] Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada, [3]Plateforme d'Évaluation en Prévention de l'Obésité (PÉPO), Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Québec. 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 éclosions 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 reconnaitre 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 Airoldi***. * ASL di Bergamo , Italia; ** Westat , Rockville , USA; *** ASL di Biella , Italia. 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* (HOSPSC), sviluppato dall'Agenzia per la Qualità e Ricerca in Sanità (AHRQ).

Obiettivo: valutare le proprietà psicometriche della versione italiana del questionario HOSPSC

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 selezione 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 confirmatoria.

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 e 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 Brasilia. Brasil. 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 compõe 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 Ruozi. Agenzia Sanitaria e Sociale della Regine Emilia Romagna. Italia. bcurcio@regione.emilia-romagna.it.

Obiettivi

"Coltiviamo Talenti" 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 accpmpaganre l'effettiva messa in pratica delle trasformazioni proposte.

- "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 utilizando 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 equipes 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

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 Diplômé 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'efficience économique (faire mieux ou plus avec les mêmes ressources) pour les directeurs et les encadrants des établissements, sont nécessaires.

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

Fabiano Tonaco Borges[1], Carlos Eduardo Siqueira[2], Suzely Adas Saliba Moimaz[3], Cléa Adas Saliba Garbin[3], Renata Reis dos Santos[3], Gabriella Barreto Soares[3]. 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

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) hipervalorizarão 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 informaçâo, a análise das redes sociais em uma organizaçâo 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

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 numero de níveis ideais, o numero ideal de subordinados por superior, e o numero 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 conseqüências 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[1,2,3], Raynald Pineault[2,3,4], Sylvie Provost[3,4], Alexandre Prud'homme[3].

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

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'accroitre 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, mos 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 privatizaçâo 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) hipervalorizarão 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 Barrubes. 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

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 scenarii 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 patentes et des propositions de recommandations sont faites. Du point de vue du régulateur, l'efficience 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 scenarii 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 scenario 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

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 Provab – 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 agencias 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 de 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

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 1re 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 1re 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´Àvila 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

Objetivo: identificar o desempenhos 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 aplicados o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)^{R} . 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.

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

Ana Teresa Rodrigues de Abreu Santos1*; Andréa Bastos Orge1; Edméa Fontes de Oliva-Costa2; Daniel Abreu Santos3; Camila Fonteles1; Katiene Rodrigues Menezes4; Maurício Cardeal1; Tarcísio Matos de Andrade1. 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

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: portugués

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

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 c*orpus* 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 Santosy 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

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 raccoglierte 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[1,2], Amélie Lampron[2] , Gisèle Mbemba[2], André Bussières[3]. [1]Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, [2] Hôpital St-François d'Assise, Centre de recherche du CHU de Québec, Québec. [3]École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, Québec, Canada. 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[1,2*], Jean-Paul Fortin [3,4], Réjean Roy[5], Liette D'Amours[5], Marie Desmartis[1].1Centre de recherche du CHU de Québec, Québec, 2 Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, 3 Faculté de médecine, Université Laval, Québec, 4 Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne, CSSS de la Vieille-Capitale, Québec. 5 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 connaitre son impact sur les attitudes et l'intention des médecins d'adopter le DMÉ dans leur pratique.

Méthodes
La population à 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

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.

Benoit Pétré1, Michèle Guillaume1, Catherine Legrand1, André Scheen, Marie-Lise Lair3, Olivier Iegler4, Dieudonné Leclerq5

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, Vandoeuvre-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

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 EDUDORA² (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 intersetorialidade 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 intersetorialidade 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

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 intersetorialidade 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 cientifica; 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

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: portugués

Tema : Tecnología e inovaçâo em saúde: implicaçôes 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. analuizaviana@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

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 mutualmente (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 politicas 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.

Fabíola Lana Iozzi. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz. Brasil. fabiolaiozzi@ensp.fiocruz.br / lanafabiola@gmail.com

O desenvolvimento das aplicações médicas ligadas a produção nuclear ganharam nos últimos cinqüenta 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 radiofámarco específico, denominado FDG-^{18}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 fluordesoxiglucose (FDG–^{18}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: portugais, espagnol

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

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 cómo 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

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. Neles, 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

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 avanzar 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

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 públics de saúde no Brasil e na España

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 Sáúde 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 a 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 reorientaçâo da formaçào 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 trabaho em saúde como *lócus* 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 lócus 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

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 Conferencias 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 Distancia, 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 Educaional 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 referencia
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 profissionais e atenção primária Comparação.
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 : reflexions à partir de la situation en France.
Loic 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 formaçâo 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

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 educaçâo 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

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 formaçâo universitária: O caso da graduaçâo em saúde coletiva no Brasil.

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

A formaçâo do sanitarista em nível de graduaçâo: Estudo de caso de uma experiência no Brasil.

Davllyn Santos Oliveira dos Anjos, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Thadeu Borges Souza Santos, Iracema Viterbo Silva y Vinício Oliveira da Silva. [1] Universidade Federal da Bahia – UFBA. Endereço: Instituto de Saúde Coletiva – UFBA. Rua Basílio da Gama S/N. Bairro Canela. Salvador/BA, Brasil. [2] Universidade Federal da Bahia – UFBA. Brasil. davllyn@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* senso *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 n° 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 relago 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

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 inicio 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 a 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 informaçâo e a tomada de decisâo 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

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 san 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

Objetivos da Investigação

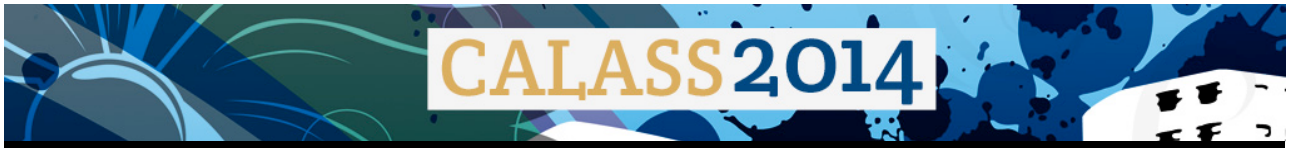
Identificar um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, oferecido no Estado de São Paulo, Brasil, com um cenário altamente favorável para a educação interprofissional e descrever os limites e as potencialidades de seu projeto político-pedagógico (PPP) para avaliar a qualidade da educação interprofissional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



RESÚMENES **4, 5 y 6 septiembre 2014, Granada**

RESÚMENES DE COMUNICACIONES, ATELIERS Y POSTERS DEL VIERNES, 5 SEPTIEMPRE 2014

Viernes, 5 de septiembre

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

SESIÓN PLENARIA II

MESA REDONDA II " Las etapas del proceso de formación: necesidades y déficit"

Coordinador : Alberto Infante Campos, Escuela Nacional de Sanidad

Modelos de enseñanza práctica en grado
Indalecio Sánchez Montesinos, Decano de la Facultat de Medicina de la Universidad de Granada

Los itinerarios formativos en la formación especializada: Troncalidad
Pilar Carbajo, Subdirectora General adjunta de la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

Desarrollo Profesional Continuo en los profesionales de Salud Pública
Luis Andrés López, Profesor de la Escuela Andaluza de salud pública

Evaluación de competencias/Evaluación Impacto de la formación
Yves Schwartz, Universidad de Provence. Francia

Horario: 09:00 – 19:00 – Sala 0 Informática

ATELIER 1-F

Atelier organizado por: Georges Borges Da Silva, France

Tema : Recherche bibliographique en santé sur Medline et sur d'autres bases documentaires

Plazas:

Lengua del atelier : francés,

Horario : 11:30 – 19:00 – Sala 1

ATELIER 2-BR

Atelier organizado por: Magda Scherer et Marie-Helene Dassa Galindo – Assistance Publique des Hopitaux de Marseille – APHM - França

Tema : GRUPO DE ENCONTRO DO TRABALHO: dispositivo de formação no e para o trabalho

Plazas: 20

Lengua : portugués y francés

Horario: 11:30 – 13:00

SESIÓN 22 – Sala 2

Presidente :

Tema : Accesibilidad, Igualdad 2

Acessibilidade e as dificuldades enfrentadas em Serviços de Saúde: Relatos de Mulheres com Câncer de Mama em Quimioterapia.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Hyanara Sâmea de Sousa Freire, Roberta Meneses Oliveira, Edgla Graciela Ferreira Moreira, Marcelo Gurgel Carlos da Silva y Adriana Catarina de Souza Oliveira. UECE. Brasil. Ilse.tigre@uece.br

O estudo tem como objetivo compreender o significado das experiências de mulheres com câncer de mama em quimioterapia perante as dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde. Apesar dos constantes avanços tecnológicos e científicos, o câncer ainda é alvo de grandes preocupações no Brasil devido a seu perfil epidemiológico. A trajetória percorrida pelas mulheres nos serviços de saúde em busca de cuidados, esclarecimentos e soluções, envolve o enfrentamento de situações que podem repercutir de forma negativa para a recuperação e a manutenção da saúde da mulher com câncer de mama. O estudo é um recorte da pesquisa intitulada "Experiências diagnósticas e quimioterápicas de mulheres com câncer de mama", realizada em um hospital filantrópico de grande porte situado na cidade de Fortaleza, Ceará- Brasil, que consiste em um centro de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer considerado a maior referência em cancerologia das regiões Norte e Nordeste do Brasil. A coleta ocorreu em de abril de 2013.Participaram do estudo, 21 mulheres que atendiam aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico confirmado de câncer de mama e estar sendo submetida a tratamento quimioterápico na unidade de quimioterapia do hospital pesquisado, no mês de abril de 2013. Predominaram mulheres de 40 a 59 anos (61,9%), católicas (61,9%), casadas ou em união estável (61,9%), com pelo menos um filho (85,7%), Ensino Fundamental incompleto (42,9%), trabalhadoras do lar (47,6%) e residentes em cidades e municípios do interior do Ceará (66,7%). A coleta de informações se deu por meio de um Formulário para a obtenção de dados que possibilitassem a caracterização das mulheres entrevistadas. Em seguida, foi realizada uma entrevista semiestruturada em associação com uma observação assistemática. As entrevistas foram orientadas pelas próprias narrativas tendo como questão norteadora: "Conte-me: como você descobriu que estava com câncer de mama? Após exploração do material das entrevistas realizadas foram elencadas as seguintes categorias: dificuldades enfrentadas por estas mulheres; Atrasos na assistência à saúde; Gastos no processo de cuidado; Distância do serviço de saúde; Desinteresse e negligência profissional e Falhas na comunicação e no relacionamento terapêutico. Quanto ao **Atrasos na assistência à saúde as** dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde, um dos fatores mais citados pelas mulheres entrevistadas foi a demora na marcação de exames e consultas pelo Sistema Único de Saúde. Tal fato se deve ao grande número de usuários desse sistema associado à carência de recursos gerais para atender a demanda e cumprir de modo eficiente os serviços oferecidos. Em relação aos **Gastos no processo de cuidado sabe-se que** devido à grande demanda de pacientes e à consequente demora na realização de alguns atendimentos e serviços, muitas mulheres optam, em determinado momento da busca por assistência, por realizar consultas, exames ou outros procedimentos de forma particular, a fim de obter resultados precisos mais rapidamente, sem a necessidade de enfrentar filas de espera na rede pública. **Distância do serviço de saúde observa-se que mais** de dois terços das mulheres entrevistadas não residir na capital do Estado, onde costumam realizar os exames mais avançados, cirurgias e tratamentos, é outra grande dificuldade relatada pelas mulheres. Para se deslocar até o serviço, algumas mulheres optam por utilizar transportes particulares ou contar com a ajuda de amigos. Quando isso não é possível, ainda que haja transportes públicos para o deslocamento de pacientes entre serviços de saúde de regiões diferentes, as mulheres retratam as dificuldades, principalmente com disponibilidade e desconforto, de depender deste transporte para buscar assistência.**Desinteresse e negligência profissional- a** falta de atenção adequada às anormalidades observadas no corpo da mulher pode levar a um atraso do diagnóstico, favorecendo um pior

prognóstico, o que é reconhecido pela própria mulher. **Falhas na comunicação e no relacionamento terapêutico-a** relação desenvolvida entre a mulher com câncer de mama e os profissionais de saúde é fundamental e capaz de influenciar consideravelmente o modo como ela enfrenta seu adoecimento. A assimilação do *estar com câncer de mama* envolve etapas que vão desde a descoberta de uma modificação na mama até a definição e realização do tratamento necessário. Neste percurso, além de lidar com o sofrimento emocional pessoal e familiar que se inicia com a possibilidade de uma doença grave, a mulher precisa ainda enfrentar dificuldades nos serviços de saúde. Percebeu-se que, em virtude das dificuldades enfrentadas, o tempo percorrido até o diagnóstico do câncer de mama e o início do tratamento é significativo e pode resultar no avanço da doença, na necessidade de um tratamento mais agressivo e em uma piora do prognóstico e da qualidade de vida da mulher. Além disso, este percurso é consideravelmente prejudicado quando se observa, de forma impactante, a desvalorização das queixas da mulher e a desumanização por parte dos profissionais de saúde. O interesse e o envolvimento empático do profissional são fundamentais na investigação, no diagnóstico, no tratamento e no seguimento de um paciente vitimado pelo câncer.

Asistencia sanitaria de calidad: estudio del sexismo ambivalente en la red pública de profesionales de salud mental de Andalucía.

Rosa Jiménez- García-Bóveda, Asunción Luque-Budia, Patricia Delgado-Ríos, H.U.Virgen del Rocío. Sevilla. Matilde Rojo-Villalba, Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Miguel Ruiz-Veguilla, H.U.Virgen del Rocío. Sevilla. María José Aguado-Romeo, Dolores García-Sánchez, Servicio Andaluz de Salud . Juan Ignacio Paz-Rodríguez, Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía y Miguel Moya-Morales, Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España. rjboveda@gmail.com

Nuestro estudio se enmarca dentro de un proyecto general que pretende iniciar y consolidar una línea de investigación sobre género y salud mental con variables clínicas y de calidad asistencial, así como desarrollar recomendaciones para unas buenas prácticas clínicas y generalizar los planes de formación en Perspectiva de Género.

Este estudio en concreto, tiene como objetivo analizar el sexismo ambivalente (hostil y benévolo) en profesionales de salud mental de la red sanitaria pública de Andalucía.

Se conoce que las diferencias de género en salud han sido objeto de análisis en muchas investigaciones, la mayoría de ellas considerando los factores educacionales y socioeconómicos diferenciales como factores que influyen en la salud de hombres y mujeres. Nuestra línea de trabajo considera que los sesgos de género en los y las profesionales de la salud mental pueden afectar a los niveles de salud mental de los hombres y mujeres, por cuanto dichos sesgos son prejuicios que minan su competencia sociocultural como agentes de cambio.

La investigación que presentamos se trata de un estudio descriptivo correlacional, con metodología de encuestas. La muestra fue obtenida a través de muestreo aleatorio simple estratificado de la totalidad de profesionales de salud mental de Andalucía. De una población total de 2726 profesionales, seleccionamos 945, a los que se les pidió su colaboración en nuestro estudio. Los instrumentos aplicados han sido la Escala de Sexismo Ambivalente (Ambivalent Sexism Inventory, (ASI), de Glick y Fiske, 1996, adaptada por Expósito, Moya y Glick, 1998) y una Hoja de datos sociodemográficos y laborales en la que se recogía información acerca del sexo, edad, dispositivo de salud mental, modelo clínico de trabajo y formación en perspectiva de género, entre otras variables. Se realizó un envío postal a cada sujeto de la muestra de una carta de presentación en la que se introducía el estudio y se pedía la colaboración garantizando la confidencialidad de los datos, y los instrumentos a cumplimentar. Se adjuntaba asimismo un sobre con la dirección para el envío de la respuesta. Inicialmente realizamos un estudio piloto con 193 profesionales para controlar posibles errores metodológicos.

La muestra final (provisional a la espera de recibir los datos del último envío, en proceso actualmente) estuvo compuesta por 415 sujetos, lo cual supuso una tasa de respuesta del 43,9 %, (68,2% mujeres y 31,8% hombres).

Los resultados mostraron puntuaciones en ambos tipos de sexismo bastante bajas, en comparación con estudios de población general, así como diferencias de género significativas tanto en sexismo hostil como benévolo, siendo más sexistas los hombres. El grupo de Psicología Clínica parece ser el menos sexista, con diferencias significativas en Sexismo benévolo frente al resto de categorías. No se encontraron diferencias significativas en sexismo en función del modelo teórico utilizado, salvo en quienes usaron la perspectiva de género, que aparecieron como menos sexistas. Igualmente se encontró una correlación negativa entre nivel de sexismo y detección de problemas relacionados con la desigualdad de género en la consulta.

Prácticas del equipo de salud en la estrategia de salud familiar y sus interfaces con la red del

sistema único de salud, Bahía, Brasil.

Marluce Maria Araújo Assis, Simone Santana da Silva, Maria Angela Alves do Nascimento y Pricila Oliveira de Araújo. Universidad Estadual de Feria de Santana. Brasil. marluce.assis@pesquisador.cnpq.br; aassis@uefs.br

Introducción: Las redes, que constituyen el Sistema Unico de Salud (SUS), buscan articular sistemas, servicios y prácticas para componer espacios territoriales que son ocupados por poblaciones,con problemas y necessidades (individuales y colectivas) específicas. Se caracterizan por funciones y objetivos, involucran servicios de salud y sectores de la sociedad, llevan en cuenta el flujo de atendimento que define la entrada y la salida del usuário de la red, así como el sistema de governanza, operado por dirigentes del SUS. Al mismo tiempo, las prácticas de salud operan diariamente, como um conjunto de atividades prioritárias y rutinarias, realizadas en el proceso de trabajo de los equipos con énfasis en Salud Familiar. La efectividad, de éstas prácticas, podrá facilitar la comprensión de la intensión de ofrecer un cuidado orientado por acciones integrales. Éstas, também pueden ser reveladas por médio del dispositivo de acogida y por la producción de actividades orientadas a usuários, en diferentes fases de la vida**. Objetivo**: Analisar las prácticas del Equipo de Salud en la Estratégia de Salud Familiar y sus interfases con la red del Sistema Unico de Salud. **Método**: Investigación de enfoque cualitativo. Participaron de este estúdio 102 personas, en dos municípios de Bahia, Brasil: Grupo I (Equipo de Salud - 49); Grupo II (Usuarios de Salud Familiar - 37); y Grupo III (Dirigentes del SUS municipal - 16). El número de participantes fue definido por inclusión progresiva, e interrumpida por critério de saturación. Los datos se recogierón con guión de entrevista semiestructurada y formulário de observación sistemática de la práctica. Para el análisis de los datos se optó por el análisis de contenido temático y para las observaciones, el flujograma analisador inspirado em Merhy (1997). **Resultados y discusión**: Las prácticas del Equipo de Salud Familiar, frente a las demandas de los usuários, son conduzidas de diferentes formas: resolver las demandas en la propia Unidad de Salud Familiar, cuando posible; encaminar las solicitaciones de exámenes y de consultas especializadas para el Centro Municipal de Regulación (CMR); direccionar usuários para policlínicas y hospitales, cuando hay demanda de urgencia y emergencia; incluso, el usuário, por su cuenta o por orientacion del Equipo de Salud, puede buscar una resolucion en la Secretaria Municipal de Salud. Los usuários, al buscar la Unidad y al resolver su demanda, son encaminados para marcar horário y dar continuidad a la atención, o son dispensados para una próxima demanda. Pero a veces, surgen problemas relacionados con la insuficiência de personal en los Equipos, principalmente el medico; infraestructura física y, materiales inadecuados e insuficientes, a parte del modelo de atención centrado en la queja – conducta. Dichas situaciones pueden repercutir con la salida de el usuário del servicio sin intervención y/o orientacióndel Equipo, y sin resolución de su problemática. Es importante subrayar que, desde su entrada hasta este momento, el equipo de enfermeria orienta y realiza los direccionamentos. Cabe destacar, la actuacion del (a) enfermero (a) que conduce, orienta y asume la coordenación del cuidado. En éste caminho, el usuário podrá salir de la red o (raramente) ser conduzido a la Unidad de origen. **Conclusión:** Los datos muestran que la red de atención a la salud y, más especificamente, la red de servicios de la atención primaria, *lócus* de la intervención de la Estratégia de Salud Familiar, presentan fragilidades ensu capilarización, afectando el acceso de los usuários. La regulación del sistema se presenta frágil y marcada por filas de espera, principalmente para marcar consultas medicas especializadas. Tambien existen otras barreras, organizativas y de información, que comprometen el cuidado ofrecido. El modelo dominante de prácticas de los equipos es individual y el procedimento centrado supervalora la queja – conducta, en detrimento de acciones integradoras e integrales. En fin, es esencialuna red que articule gestión y prácticas profesionales, comprometiendosecon un sistema público y universal.

El programa farmacia popular de Brasil: El acceso de las personas a los medicamentos genéricos.

Luisa Ruano Casado, Ricardina Maria Batista Moreira Saboya. España y Brasil

Brasil es un País en Desarrollo con un territorio de 8,5 millones de Km2, cuenta con 200 millones de personas y un PIB per cápita de US$ 10,152. En cuanto a los aspectos sociales, el país ocupa la posición 85 entre 187 países en el Índice de Desarrollo Humano – IDH del PNUD de 2012 con un índice de 0,730. El gasto en salud en relación al Producto Interno Bruto – PIB fue 4,2% y el índice de salud es 0.849.

Brasil tiene uno de los más ~~dos~~ importantes programas públicos de salud del mundo el llamado Sistema Único de Saúde – SUS donde se ofrece, teóricamente, una atención gratuita a toda la población. El sistema de salud privado es utilizado por la clase media. El SUS todavía es la única opción para los 73% da población de los brasileños. En total, se hacen 2,8 mil millones de procedimientos e 11 millones de ingresos hospitalarios por

año.

Responsable por un mercado de aproximadamente US$ 10 mil millones al año, Brasil ya está entre los diez primeros en el mercado farmacéutico en nivel mundial. Dentro de ese contexto, el SUS ha desarrollado acciones de producción y distribución de medicamentos genéricos para la población.

En lo que se refiere a la distribución de los medicamentos genéricos el gobierno federal lanzó el Programa Farmacia Popular de Brasil – PFPB con el objetivo de descentralizar la oferta de los medicamentos. También, el programa facilita el acceso para las personas con menor poder de compra, incluso aquellas que utilizan el servicio privado de salud.
Mientras, problemas en el acceso a los medicamentos esenciales persisten, especialmente para las comunidades más pobres y que viven lejanas de las grandes urbes.

El objetivo del trabajo es describir y analizar la repercusión que tiene en la población las políticas de salud, en el consumo de los medicamentos genéricos.
El método utilizado ha sido una combinación de análisis documental y fuentes estadísticas.
os resultados preliminares indican que Brasil tiene laboratorios farmacéuticos públicos instalados en casi todas las regiones, visando la producción de los medicamentos destinados a la política de salud pública.

En general los genéricos son más baratos en comparación a los medicamentos de marca, tanto en gastos financieros de la industria, pues ya tiene los principios activos disponibles, como en la baja inversión en la divulgación de los mismos.
Como resultado de las políticas adoptadas, el mercado brasileño ofrece actualmente medicamentos genéricos para tratamiento de los más variados problemas de salud.
Por consecuencia de la dificultad en la distribución y del acceso a los medicamentos esenciales en los centros de atención sanitaria principalmente de las regiones menos desarrolladas como Norte y Nordeste, los pacientes de SUS también están utilizando este programa de la Farmacia Popular adquiriendo sus fármacos a través del desembolso directo.
En enero de 2012, 853 millones de pacientes fueron atendidos por el Programa Farmacia Popular, mientras que, en diciembre del mismo año, el número avanzó para 3,17 millones.
De los veinte medicamentos más prescitos en Brasil, 13 son medicamentos genéricos equivalente a los 65% del total. La política de los medicamentos genéricos está en pauta hace 15 años y el precio es 35% más barato que los convencionales o de marca.
Sin embargo, entre 15 y 20 % de la población brasileña no tiene acceso a los medicamentos esenciales. Razón por la cual el gobierno viene sumando esfuerzos en la asistencia farmacéutica, asociado a nuevos programas de vanguardia, a la modernización y ampliación de la capacidad instalada de los laboratorios públicos y a garantizar la distribución gratuita de medicamentos por la red de SUS.
a cuestión específica de la producción de medicamentos, la concentración de producción en pocas industrias, trae como consecuencia una elevación de precios de los medicamentos. Así, la importación o compra de esos bienes esenciales tornase problemática para gran parte de la población de países en desarrollo, el ejemplo de Brasil. Además, las industrias farmacéuticas transnacionales están reaccionando, planteando tácticas lucrativas a este mercado de los genéricos que sin duda es bastante prometedor.

En resumen, los genéricos vienen progresivamente ocupando espacio debido a la política pública de accesibilidad e incentivo a la producción nacional y el consumo de estos medicamentos.

SESIÓN 23 – Sala 3

Presidente :

Tema : Desempeño y Satisfacción 2

Condiciones de trabajo y daños a la salud, en dos grupos de trabajadoras (es) de la confección.

Ma. de los Ángeles Garduño Andrade, Margarita Pulido Navarro, Sandra Luz Morales Estrella, Norma Lara Flores y Addis Abeba Salinas Urbina. Universidad Autónoma Metropolitana Xocimilco. México. angeles@correo.xoc.uam.mx
Objetivos: identificar las condiciones de trabajo, vida y salud de las trabajadoras (es) de la confección, para

proponer medidas de mejoramiento.

Contexto: Estudio realizado con cooperativas de costura bajo un esquema de talleres en domicilio, promovidas por el gobierno del Distrito Federal, México. Con socias (os) de cuatro cooperativas en 2008 (138) y dos diferentes en 2012 (83). Análisis de proceso de producción e intensidad del trabajo doméstico, con enfoque de determinantes de la salud. Las condiciones de trabajo precarias e inciertas actúan en forma sinérgica negativamente en la salud.

Métodos y características de la población: En ambas etapas se aplicó un cuestionario para caracterizar la población. La costura es una actividad feminizada El puesto de trabajo predominante fue el de costura 82.8% y 70% respectivamente. Con concentración entre las mujeres, 9 de cada 10.
Población madura (edad promedio 39 y 42), en la primera etapa 54% de las mujeres tenía más de 40 años, en segunda 70%. Nivel escolar bajo, 59.4%, no sobrepasa educación secundaria.
La mayor parte de las mujeres (89% y 86.5%) madres con doble jornada. Destacaron madres solteras, primera etapa 27% y 49% en la segunda.
Los talleres en los domicilios son reducidos, sin condiciones adecuadas para las labores, se corroboró con un cuestionario, que reportó riesgos por, polvos, ruido, cambios bruscos de temperatura, exposición constante a frío o calor, poca iluminación, vibraciones, equipos de corte inadecuados. Exigencias relacionadas el uso de herramientas manuales, sedentarismo, trabajo repetitivo, sin horas y días de descanso, pago a destajo.
Las mujeres atienden simultáneamente los trabajos de costura y doméstico. Con preguntas específicas se valoró la intensidad del trabajo doméstico, y el índice fue significativamente mayor ($P<0.0001$) para las mujeres 26.8 (13.1 en varones) en la primera y 24.1, en la segunda (vs 11.4).

Resultados y discusión: Las malas condiciones vida se reflejan en daños a la salud, con diagnósticos presuntivos y referidos en consultas médicas, se encontró que las mujeres presentan tasas por cien (tx100) de morbilidad más elevadas 400.1 y 657.6 que las de los varones 248.1 y 412.9. Los tres más importantes en el perfil de mujeres, fueron várices 40.7 y 59.6 (tx100), patología característica de la costura, relacionada con sedentarismo; conjuntivitis 38.9 y 51.9 (tx100) que se asoció significativamente con polvos, y lumbalgias 33.3 y 44.2 (tx100).
Entre los varones estuvieron trastornos musculo esqueléticos 34.6 y 45.2 (tx100); conjuntivitis y lumbalgia.
Las mujeres resultaron más afectadas que los varones por estrés, en la primera etapa 24.1 (tx100) (varones 8) y en la segunda de 44.2 (tx100 (vs 22.6). En la segunda etapa se realizó un estudio transversal determinando en sangre capilar: triglicéridos, colesterol HDL y glucosa; presión arterial, índice cintura cadera. Y se encontró una elevada prevalencia de alteraciones características del síndrome metabólico, 80% presentaron dislipidemia, 73% obesidad central, 15% glicemia de ayuno alterada, 15% hipertensión arterial.
Las afectaciones que producen los problemas bucales son una forma de discapacidad y afectan psicológicamente. Se encontró que sólo el 20.3% visitó al dentista en los últimos 6 meses, y que las mujeres estaban más afectadas en su salud bucal, pues con una revisión directa el índice CPOD en varones fue de 10.6 (Ds± 6.9) y en ellas de 13.4 (Ds±7.4).
En la segunda etapa, al instrumento se agregaron preguntas sobre salud sexual y reproductiva y se encontró que la sexualidad es claramente más permisiva para los varones, ellos iniciaron su vida sexual en promedio a los 17 años y ellas a los 20. También se reflejó en datos sobre la primera relación sexual, en la que sólo 6.3% de las mujeres tomaron decisiones, y en el hecho de que más del 90% de las mujeres reportaron entre una y dos parejas sexuales, cuando 38.8% de los varones reportaron de 5 a 10. También se realizaron entrevistas individuales y de grupo que indican afectaciones por los mandatos sobre sexualidad.
Debe tomarse en cuenta que los hallazgos más relevantes tienen como contexto el hecho de que estos grupos constituidos como cooperativas con fines productivos, también pretenden beneficios colectivos, y en esas condiciones el cuidado de la salud no es prioritaria, por ello se les han propuesto talleres y dinámicas que permitan dar alternativas para mejorar sus condiciones laborales y de vida en general.

Avaliação do contexto do trabalho médico na Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Marcus Rodrigues, Celia Regina Pierantoni, Cid Manso de Mello Vianna, Tania França y Carinne Magnago. Brasil

Uma Análise da Satisfação de Cirurgiões-Dentistas Brasileiros com as Condições de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Simone Alves Garcez Guedes[1]; Cristiane Costa da Cunha Oliveira[2]; Marlizete Maldonado Vargas[3]; Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior[4]. Universidade Tiradentes- SE. Brasil.
criscunhaoliva@yahoo.com.br

Objetivos da investigação: O objetivo deste trabalho foi analisar a satisfação com as condições de trabalho sob a ótica dos cirurgiões-dentistas, envolvidos na Estratégia Saúde da Família (PSF) do município de Aracaju/SE, Brasil.

Contexto e descrição do problema: A estratégia de Saúde da Família (ESF)no Brasil apresenta-se de maneira concreta e efetiva na vida de milhões de brasileiros através das suas ações de promoção à saúde. Inicialmente concebida o sem a presença do cirurgião-dentista, a sua inserção se fez necessária e se concretizou em dezembro de 2000, trazendo acertos e falhas na implantação da saúde bucal. A satisfação pessoal no âmbito do trabalho garante maior envolvimento e comprometimento dos profissionais na execução de suas atividades e cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos; Ações que são desenvolvidas por milhares de profissionais da saúde empenhados na melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao abordar a saúde do profissional percebe-se que o ambiente de trabalho é gerador de diversas situações, tanto agradáveis como também origem de decepções, conflitos interpessoais, insatisfações e doenças.

As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: Para tanto, foi efetuado um estudo de cunho descritivo junto aos 53 Cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde Família em Aracaju-Se, Brasil. Os dados foram coletados através de um questionário estruturado, adaptado e validado por Ritz (2000), considerando diferentes dimensões relevantes para a aferição das condições no trabalho e estimativa da qualidade de vida dos sujeitos.

Os resultados e a discussão: O fator de maior insatisfação foi a baixa remuneração salarial. Ao abordar a saúde do profissional observou-se que o ambiente de trabalho é gerador de diversas situações, tanto agradáveis como também origem de decepções, conflitos interpessoais, insatisfações e doenças. A convivência com os riscos ocupacionais faz parte da rotina laboral do cirurgião-dentista e dentre esses os mais relatados foram acidentes com material perfuro-cortantes e doenças do sistema osteomuscular, o que demanda implantação de medidas de prevenção urgentes. A dimensão que avaliou: “Oportunidade de crescimento e garantia de emprego” objetivou medir a satisfação no trabalho no que se refere à estabilidade no emprego e às oportunidades de crescimento apresentou média 2,45 apresentando-se na zona de alerta. Esse resultado demonstra uma preocupação dos profissionais quanto às oportunidades de crescimento e desenvolvimento, sendo essa questão relevante no processo de trabalho.

As contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: Dentre as doenças de maior prevalência nos cirurgiões-dentistas estão as doenças do sistema osteomuscular, que merecem um olhar mais atento dos profissionais e gestores, uma vez que a literatura coloca os profissionais de Odontologia entre os primeiros lugares em afastamento do trabalho por incapacidade temporária ou permanente. Embora existam diversas abordagens para as causas do DORT, há um consenso sobre alguns fatores causais e entre eles destacam-se: fatores de natureza organizacional; fatores de natureza biomecânica; fatores de natureza psicossocial e fatores de condições de trabalho. Apresenta-se como necessário e urgente um debate sobre a saúde física e mental e desenvolvimento pessoal dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família, devendo estar sempre em pauta entre os gestores e nas políticas públicas de saúde.

Assédio moral no trabalho: a violência invisível entre trabalhadores públicos da saúde.

Iracema Viterbo Silva, Estela M.L. Aquino y Isabela Cardoso de Matos Pinto, [1]Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia. Brasil. iviterbos@yahoo.com.br

Objetivo da investigação:
Estimar a prevalência de assédio moral no trabalho em uma amostra de trabalhadores públicos da saúde, observando a sua distribuição por características individuais e laborais.

Contexto e descrição do problema:
Recebendo várias denominações, o assédio moral no local de trabalho tem sido estudado por diversos autores em todo o mundo, inclusive no Brasil. É considerado pelos pesquisadores como um problema grave, em razão dos efeitos prejudiciais que pode causar às vítimas. Entretanto, muitos atos abusivos são erroneamente classificados como assédio moral, referindo-se a outros tipos de abuso que apesar de acarretar prejuízos para o individuo, inclusive para a saúde mental, não são considerados como assédio moral. Este estudo surge justifica-se pela necessidade de investigar e esclarecer as situações que cercam tal fenômeno.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:
Os dados foram produzidos através de entrevista face a face, com o auxílio de um questionário, sendo investigada a ocorrência de 22 atos negativos que caracterizam o assédio moral, utilizando o *Negative Acts Questionnaire- Revised* (NAQ-R). Para determinação do assédio moral, considerou-se o critério de Leyman que aponta como assédio moral a ocorrência de pelo menos um ato negativo semanal, nos últimos seis meses e, ainda, o critério de Mikkelsen e Einarsen que contempla dois atos negativos com a mesma periodicidade. Após a apresentação da prevalência global do assédio moral no trabalho, foi investigada a sua associação com as características individuais e laborais. Através da análise estratificada foi calculada a prevalência do fenômeno em cada um dos estratos, sendo verificadas as associações estimadas pela razão de prevalência (RP) e a inferência estatística baseada em intervalos de confiança pelo método Mantel Haenszel (alfa = 5%). Por último procedeu-se à análise multivariada por meio de regressão logística, sendo observadas as variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

Resultados e discussão:
Das 677 pessoas que responderam ao NAQ-R, 61,6% referiram pelo menos um ato negativo nos últimos seis meses. A depender do critério utilizado a prevalência de assédio moral foi de 10,5% ou de 3,6%. Verificou-se que as pessoas entre 25 a 49 anos referiram duas vezes mais a ocorrência de atos negativos do que aquelas acima dessa faixa etária (OR=2,0; IC 95%1,4 – 2,8). Resultado semelhante para a categoria "outros profissionais de nível superior" (OR=2,3; IC95%: 1,4 – 3,7). Por outro lado, as pessoas lotadas em hospitais especializados e outras unidades assistenciais tiveram a associação negativa confirmada ao apresentarem uma redução entre 50% a 60% em relação ao nível central (espaço da formulação das políticas de saúde)

Contribuições e interesse da comunicação ao estado da arte:
Este estudo contribui para a visibilidade do assédio moral no trabalho em saúde, apontando algumas características das pessoas que costumam sofrer esse tipo de abuso e ao mesmo tempo produz o diagnóstico das condições de trabalho na saúde. Deste modo, traz subsídios para a formulação de políticas de promoção da saúde do servidor estadual da saúde, contribuindo na implantação e fortalecimento de programas de atenção à saúde do trabalhador da saúde. Por outro lado, a implementação dessas políticas, em última instância, poderá impactar a qualidade da atenção prestada à população.

Perfil de morbidade dos trabalhadores de uma Secretaria Estadual de Saúde, afastados por licença médica.

Iracema Viterbo Silva, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Davllyn Oliveira dos Anjos, Vinício Oliveira da Silva, [1]Instituto de Saúde Coletiva , Universidade Federal da Bahia.
Adriana Fonseca de Melo, Thalliane Filardi de Oliveira, Thadeu Borges Souza Santos, Faculdade de Medicina / Universidade Federal da Bahia.. Elsa Jacinto Nehemia, Ministério da Saúde de Moçambique. Brasil. iviterbos@yahoo.com.br

Objetivo da investigação:
Traçar o perfil de morbidade dos trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, identificando as doenças mais prevalentes e as categorias mais atingidas por tais problemas.

Contexto e descrição do problema:
Estudos têm constatado a influência dos modos de organização e funcionamento do setor público para o adoecimento dos trabalhadores, sendo tal influência um fator determinante para a precariedade e conseqüente comprometimento dos serviços prestados. Nesse universo chama atenção os que trabalham na área da saúde, sendo identificadas diversas situações produtoras de adoecimento entre trabalhadores deste segmento como: "precarização e verticalização das relações de trabalho; hierarquizações rígidas; baixos salários; ritmo extenuante e fragmentação do trabalho, trabalho noturno e por turnos, dentre outros aspectos". Boa parte

desses estudos tem investigado os aspectos relacionados à saúde de enfermeiros, médicos e profissionais de saúde em geral, predominando, contudo, estudos sobre as condições de trabalho e sua relação com o bem estar físico e mental de profissionais de enfermagem. Entretanto, as situações adversas presentes no campo da saúde não afetam apenas estes profissionais, mas outras categorias profissionais que necessariamente não possuem formação para a área da saúde. Em contato com os fatores adversos presentes no ambiente da saúde estes outros profissionais acabam expostos aos mesmos riscos, o que demanda a realização de pesquisas que também os contemplem.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:
Este estudo de caráter descritivo baseia-se em dados secundários referentes aos afastamentos de servidores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, por licença médica, produzidos pela Junta Médica do Estado, órgão de controle da Secretaria Estadual de Administração - SAEB e responsável pela concessão dessas licenças. Estes dados foram complementados com informações geradas pelo Sistema de Informação em Recursos Humanos da SESAB. Foram considerados elegíveis todos os servidores do quadro permanente desta Secretaria, afastados por licença médica através da Junta Médica do Estado, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009. Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados a fim de caracterizar e traçar o perfil de morbidade dos servidores afastados, de acordo com as características sócio-demográficas e ocupacionais disponíveis. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de distribuição de freqüências (uni e bivariadas). A fim de verificar as diferenças entre as proporções foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado de Pearson ou o Exato de Fischer (no caso de baixa freqüência). As variáveis contínuas foram categorizadas após o uso das medidas de tendência central (média e mediana) testando o nível de significância pelo teste T de Student. Na análise estratificada foi apresentada a distribuição proporcional das cinco doenças mais prevalentes, a medida de associação *(RP)* com respectivos intervalos de confiança a 95%, pelo método de Mantel Haenszel, considerando as características sócio-demográficas e ocupacionais.

Resultados e discussão:
Entre as doenças que causaram afastamento, observou-se que as mais freqüentes foram as doenças osteomusculares (43,2%) as doenças do aparelho circulatório (13,9%) os transtornos mentais e comportamentais (13,9%) as doenças do sistema nervoso (12,7%) e as neoplasias (12,3%). Observou-se que os homens apresentaram maior percentual de afastamento (57,0%) em relação às mulheres. O mesmo acontecendo com as pessoas com menor nível de escolaridade (59,7%) em relação as de melhor escolaridade. As pessoas com mais idade e com tempo maior de serviço também apresentaram maior percentual de afastamento por mais de 90 dias, respectivamente 59,1% e 56,6%. O percentual de afastamento por mais de 90 dias entre profissionais que trabalham na assistência foi maior quando comparado ao percentual dos que se encontram envolvidos com atividades administrativas ou de gestão (51,2%), porém a diferença foi pequena e sem significância estatística. Entretanto, é na área de formulação das políticas (nível central) que se observou maior percentual de afastamentos por mais de 90 dias. Conforme resultados de outro estudo as doenças osteomusculares são as mais frequentes entre os trabalhadores da área da saúde, não sendo diferente no caso dos servidores baianos. Chama a atenção, também, doenças circulatórias e, em especial, os transtornos mentais, apontados em outros estudos sobre trabalhadores da saúde, como um problema decorrente de situações adversas no espaço do trabalho.

Contribuições e interesse da comunicação ao estado da arte:
Este estudo contribui para o diagnóstico da situação de saúde de trabalhadores da saúde, produzindo subsídios para a implantação e fortalecimento de programas de atenção à saúde do trabalhador deste segmento.

SESIÓN 24 – Sala 4

Presidente :

Tema : Evaluación (2)

Aptitud clínica a partir de guías de práctica clínica: un método de evaluación dinámico.

Donovan Casas Patiño, Georgina Contreras Landgrave, Alejandra Rodríguez Torres y Leonardo Ibarra Espinosa. UAEM-CU Amecameca. México. capo730211@yahoo.es

Objetivo: Construir y validar un instrumento que evalué la aptitud clínica apegada a las guías de práctica clínica médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Material y Métodos; El instrumento se conformó de 20 casos clínicos reales con 200 ítems, representativos de la consulta de medicina familiar relacionados con los padecimientos más comunes, fue validado por expertos en el área. Se aplicó un piloto a 28 residentes de medicina familiar de tercer grado; posteriormente en 24 médicos familiares con especialidad médica.
Resultado; La consistencia interna del instrumento fue de 0.91 con formula 21 de Kuder-Richardson; la prueba de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney demostró que no existe diferencia significativa entre el médico familiar (MF) y los años de egreso de la especialidad; se encontraron en 15 MF con aptitud muy bajas, 7 MF con aptitud baja, en 1 MF aptitud media, en 1 MF aptitud alta, ninguno alcanzo niveles muy altos.
Conclusión: La aptitud clínica es un camino hacia la integración del conocimiento para la resolución de un problema clínico, las guías de práctica clínica son la abrogación del conocimiento medico actualizado en un texto respecto alguna patología, aquí se demuestra que las guías de práctica clínica no se relación directamente con el desarrollo de una aptitud clínica latente, esto puede ser por una difusión inadecuada de las guías y otra su aplicabilidad inadecuada en el sistema de salud.

Avaliaçâo das práticas profissionais em unidades básicas de saúde.

Handerson Silva Santos, Cristina Maria Meira de Melo y Tatiane Araújo dos Santos, Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Brasil. handerson_bahia@yahoo.com.br

O objeto deste estudo são as prática profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em unidades básicas sem a estratégia saúde da família, com foco na Integralidade. Essa rede em Salvador, Bahia, Brasil, é formada pelo conjunto de unidades básicas de saúde, localizado nos 12 distritos sanitários do município, cujo modelo de atenção à saúde baseia-se na demanda espontânea, na inexistência do delineamento territorial de assistência e adstrição dos usuários, oferecendo serviços de saúde sob a forma de programas e/ou por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, doravante denominadas UBS. O objetivo foi avaliar as práticas profissionais em relação à sua proximidade com o princípio da Integralidade, que se expressa na capacidade do profissional de captar as demandas expressas ou não pelos usuários, e atuar sobre as prioridades identificadas. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, tipo estudo de linha de base. A amostra foi composta por 531 usuários dos serviços, 78 profissionais de saúde e 14 gerentes de unidades básicas de saúde, distribuídos em 15 unidades de saúde nos 12 distritos sanitários do município de Salvador, Bahia. As práticas profissionais foram avaliadas tomando como base os seguintes indicadores: foco das ações dos profissionais; processo de cuidado; relação profissional-paciente; e relação profissional-serviço. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um formulário específico por informante. As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicação do teste estatístico *Chi-quadrado de Pearson*, e considerou-se o nível de confiança de 95% (alfa £ 0,05). No indicador Foco das Ações dos Profissionais, os principais resultados foram: 100% dos profissionais afirmam identificar, ainda que em graus variáveis, no momento do encontro com o usuário, outros problemas além dos referidos como a causa para a busca do atendimento. No entanto, apenas 1,3% dos profissionais afirma que sua intervenção sempre atua sobre os determinantes dos problemas de saúde apresentados pelos usuários. No que se refere ao indicador Processo de Cuidado, os usuários (64% dos homens e 67% das mulheres) afirmaram receber orientações sobre como dar continuidade ao tratamento de saúde. Por considerar o autocuidado elemento-chave para o alcance da autonomia do usuário e, por conseguinte, da integralidade do cuidado do sujeito, perguntamos aos usuários se recebiam orientações nessa direção. Aqui também a maioria dos homens (58%) e das mulheres (56%) afirma receber tais orientações. Quanto ao indicador Relação Profissional-Paciente, buscou-se identificar se os usuários têm acesso ao profissional de saúde que os atendeu para esclarecer suas dúvidas, caso necessite. Ao agregarmos o percentual de usuários que tiveram ou não acesso aos profissionais para o esclarecimento de suas dúvidas por distrito sanitário, observa-se que o acesso dos usuários aos profissionais é difícil, haja vista que na maioria dos distritos sanitários o retorno à UBS foi sem sucesso e, provavelmente, o usuário saiu com sua dúvida por esclarecer. O indicador da relação profissional-serviço obteve os melhores resultados. Metade dos profissionais entrevistados está plenamente satisfeita com o trabalho que desempenha nas UBS. Esse número aumenta quando perguntamos sobre a identidade que têm com o trabalho que desempenham: mais de 83% dos entrevistados afirmam se identificar com o seu trabalho. Este estudo revelou que as práticas profissionais nas UBS ainda seguem o modelo de atenção hegemônico, centrado na doença, na clínica e no consumo de tecnologias de alta densidade, que preza pela ação prescritiva dos profissionais, pela ausência de diálogo e de participação social nas decisões. Revelou-se ainda que o contexto desfavorável da atenção à saúde em Salvador, desmotiva o trabalhador, uma vez que, por mais que se faça a terapêutica correta com o usuário em algum momento, ele não conseguirá dar prosseguimento ao tratamento em razão de alguma falha na

articulação em rede e na garantia ao acesso a outros níveis de atenção. Embora este contexto desfavorável, quase todos os profissionais se identificam e estão satisfeitos com o trabalho que desempenham nas unidades básicas de saúde estudadas.

Evaluación de los Niveles de Eficiencia en Atención Primaria de la Salud en las Instituciones Públicas: El caso de México 2000 – 2011.

F. Alberto Sánchez Rodríguez, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). México. fasrt_4@hotmail.com

Objetivo

Determinar los niveles de eficiencia técnica relativa de las instituciones públicas de salud que prestan el servicio de atención primaria, mediante el uso del Análisis Envolvente de Datos (DEA) se identificaran las unidades tomadoras de decisiones (DMU) que presenten ineficiencia, las cuales pueden ser causadas por: una mala utilización de los recursos y/o presentan una ineficiencia en su escala de producción óptima. Los resultados obtenidos ayudaran a los responsables políticos a conocer en qué situación se encuentran las Instituciones de salud y saber que políticas deben aplicarse para mejorar la eficiencia de las estancias gubernamentales, se espera que con esto se mejore la calidad y eficiencia del servicio provisto por las DMU e impulsar una sana competencia en el sector público de salud.

El contexto y la descripción del problema

La evaluación de la eficiencia es de materia importante, ya que con esta medición podemos conocer el desempeño con el que operan las DMU y si están utilizando de manera apropiada sus recursos. En su obra Farell (1957) analiza detenidamente el concepto de eficiencia desde el punto de vista de la teoría de la producción. El autor menciona que la empresa es eficiente, si dada la utilización de insumos, la empresa es capaz de generar la máxima producción que es técnicamente posible, dada la tecnología empleada. Es conocido que las DMU que proporcionan el servicio de salud no están incentivadas por la ganancia o algún margen de beneficio, por lo cual estas pueden ser ineficientes, es por eso que es necesario evaluar su desempeño. En el caso de México el sector salud es proporcionado en su mayoría por el Estado, existiendo pocos oferentes en el mercado, ocasionando que la estructura de competencia sea de monopolio u oligopolio. Este factor aunado a la inexistencia de algún incentivo para mejorar su desempeño, ocasionaran una mala utilización de sus recursos. Algunos trabajos que tratan de medir la eficiencia son IMSS en cifras (2004) y el trabajo realizado por la OCDE aplicado al sistema de salud en México (2005).

Material y métodos

Se desarrolló un estudio descriptivo para determinar los niveles de eficiencia técnica de las instituciones de salud que otorgan el servicio de atención primaria en el periodo de 2000 – 2011. Las instituciones evaluadas fueron: Secretaria de Salud (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS – Oportunidades, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA), y Secretaria de Marina – Armada de México (SEMAR). En nuestro análisis, las variables utilizadas como insumos fueron: Médicos en contacto con paciente (MCP), Enfermeras en contacto con el paciente (ENF), Camas no censables (CNC), y Consultorios (CONS). Como productos considerados son: Consultas externas (CE) y Consultas de planificación familiar (CPM). En el análisis se aplicó el enfoque no paramétrico del DEA, para lo cual se utilizó el software de STATA versión 12. El modelo se corrió utilizando una orientación insumo y se consideraron rendimientos variables a escala (VRS).

Resultados

Se encuentra evidencia que cuatro de las siete instituciones públicas de salud que prestan el servicio de atención primaria, fueron eficientes durante todo el periodo analizado. Dos instancias públicas muestran ser ineficientes para todo el periodo. La evolución media de los niveles de eficiencia técnica pura muestra una tendencia a mantenerse durante todo el tiempo estudiado, sin mostrar cambios de reducción o aumento. Las ineficiencias se deben en gran medida a una escala inapropiada de operación.

Sobrevida de 10 anos e fatores prognósticos em coorte hospitalar de pacientes com câncer de mama assistidas em centro de referência oncológico da região Sudeste do Brasil, segundo natureza do serviço.

Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Vívian Assis Fayer, Maximiliano Ribeiro Guerra, Jane Rocha Duarte Cintra, Isabel Cristina Gonçalves Leite, Anna Paula Silva Andrade, Camila Duarte, Sthéfanie Dias de Andrade, Brasil

Impact administratif et économique de l'introduction du système de remboursement suisse DRG sur les réadmissions potentiellement évitables dans un hôpital universitaire.

Jean-Blaise Wasserfallen y Jade Zufferey, Suisse

Evolução dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: da Racionalização do Uso de Medicamentos à Qualificação do Cuidado à Saúde no Brasil.

Roberto Schneiders., Anne Caroline Oliveira dos Santos, Paulo Henrique Faria Domingues, Mileine Mosca, Ediane de Assis Bastos, Luciana Costa Xavier, Rodrigo Fernandes Alexandre. Brasil

Evaluación de los profesionales en atención primaria.

Lourdes Biedma Velázquez, Julia Ranchal-Romero y Rafael Serrano-del-Rosal. Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Consejo Superior de Investigaciones Científicas España. lbiedma@iesa.csic.es

Resumen

Se ha analizado en este papel si influye en la satisfacción de los usuarios de atención primaria el profesional que les ha atendido, diferenciando entre médicos de familia, pediatras y personal de enfermería. Para ello se ha utilizado la encuesta de satisfacción de usuarios del SAS realizada por el IESA/CSIC en el bienio 2012-2013.
Se ha realizado un contraste de medias, comprobando que hay elementos en los que la satisfacción de los usuarios es diferente según el profesional que les ha atendido, mientras que otros elementos son igualmente valorados.

Resumo

Neste trabalho foi analisado se a satisfação dos usuários de atenção primária fora influenciada pelo profissional atendente, diferenciando-se entre médicos de família, pediatras e pessoal de enfermagem. Para tanto, utilizou-se uma pesquisa de satisfação de usuários do SAS realizada pelo IESA/CSIC no biênio 2012-2013. Foi realizado um contraste de médias, comprovando-se que há elementos nos quais a satisfação dos usuários difere segundo o profissional que lhes atende, enquanto outros elementos são igualmente avaliados.

SESIÓN 25 – Sala 6

Presidente :

Tema : Nuevos modelos organizativos

Caractéristiques et utilisation d'un programme de soutien postnatal à domicile.

Geneviève Roch[1,3], Roxane Borgès Da Silva[2], Marie-Hélène Deshaies[3], Yvan Comeau[4], Louise Hamelin-Brabant[1], Francine De Montigny[5], Ginette Mbourou Azizah 1
[1] Université Laval, Faculté des sciences infirmières
[2] Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières et IRSPUM
[3] Centre de recherche du CHU de Québec, Axe santé des populations et pratiques optimales en santé (SPPOS)
[4] Université Laval, Faculté des sciences sociales, École de service social
[5] Université du Québec en Outaouais (UQO), Département des sciences infirmières
Canada. genevieve.roch@fsi.ulaval.ca

Résumé
Dans une optique de consolidation des services en périnatalité, il importe de bien cibler l'apport de chacun des acteurs pouvant y contribuer. Au Québec, les centres de ressources périnatales (CRP) sont des organismes du tiers secteur qui relèvent de l'action communautaire et du mouvement de l'économie sociale. Le soutien que ces organismes dispense à même les réseaux locaux de services de santé se traduit notamment par un programme de soutien postnatal à domicile appelé « relevailles », qui consiste à offrir une assistance familiale afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. En vue de bien comprendre cette offre de services et ses retombées par rapport à d'autres formes de soutien, il convient de modéliser les caractéristiques de ce programme pour ensuite décrire l'utilisation qu'en font les familles qui y ont recours.

But : Modéliser les caractéristiques du programme de relevailles mis en œuvre par des CRP et décrire le profil et l'utilisation des familles qui y ont recours.

Méthode : Intégration de méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) dans une approche de recherche collaborative. *Premièrement*, une démarche d'échange d'information stratégique auprès de neuf CRP a été utilisée pour la construction du modèle logique présentant les caractéristiques communes à la mise en œuvre du programme de relevailles. La démarche de co-construction des modèles logiques spécifiques à chacun des CRP s'est appuyée sur plusieurs sources : 1) extraction de données issues des sources documentaires et d'entretiens auprès des responsables de CRP (N = 9); 2) développement d'ébauches de modèles logiques spécifiques à la mise en œuvre des relevailles dans chacun des CRP; 3) soumission des ébauches aux responsables des CRP, en les invitant à commenter le contenu à partir d'une grille de vérification; 4) entretien avec les responsables pour finaliser la vérification (N = 8). L'analyse des éléments communs aux neuf modèles logiques spécifiques a conduit à la modélisation du programme de relevailles. Cette analyse a été complétée par la mise en relief des points communs et des variations entourant la mise en œuvre de ce programme dans chacun des CRP. *Deuxièmement,* l'utilisation des relevailles offertes par les neuf CRP à l'étude est analysée à l'aide de données recueillies sur une période de 12 mois, se terminant le 30 avril 2014. Ces données sont collectées par les responsables des CRP via des fiches standardisées d'inscription et de visite aux familles. Des analyses statistiques descriptives permettant de rendre compte du profil des familles utilisatrices et des activités réalisées à domicile seront produites à la fin de la période de collecte.

Résultats : La *modélisation du programme de relevailles* met en relief cinq composantes constitutives qui sont étroitement liées les unes aux autres: 1) la promotion/recrutement; 2) l'évaluation initiale; 3) les visites à domicile; 4) le suivi des familles, l'évaluation de la qualité/adéquation des services; 5) l'encadrement et la formation des assistantes périnatales. Elle fait ressortir une approche de service qui se veut universelle et des activités complémentaires par lesquelles les parents peuvent obtenir du soutien en réponse à de multiples besoins. Cette modélisation permet de reconnaitre les variations relatives à la mise en œuvre de ce programme dans les neuf CRP à l'étude, tout en rendant explicite les résultats attendus. Ces résultats visent principalement des aspects de promotion de la santé, tel que le renforcement des habiletés parentales, le développement des liens d'attachement, l'optimisation de la croissance et du développement des enfants. Pour certaines familles, ce programme visera aussi la prévention d'incidents sociaux ou de santé, tel que la dépression postnatale, les abus ou la négligence. Les facteurs contributifs et externes soulèvent des préoccupations quant aux liens avec le réseau de la santé et des services sociaux qui gagneraient à être approfondies. Les analyses concernant *l'utilisation des relevailles*, seront réalisées au cours de l'été afin de rendre compte des résultats sur le profil des familles desservies (caractéristiques sociodémographiques, type d'accouchement, situation de santé particulière, besoins ressentis, situation familiale) et l'utilisation des relevailles (nombre/durée des visites par famille, besoins exprimés lors des visites, types d'activités réalisées, motifs de cessation de services).

Apports et conclusion : Par ce travail de modélisation, il est maintenant possible d'établir certains rapprochements avec d'autres programmes de visites postnatales à domicile, tout en reconnaissant les fondements distinctifs et le potentiel de développement des relevailles. L'approche de promotion de la santé de ce programme met l'emphase sur le bien-être, sur une offre universelle et sur l'importance des influences contextuelles de la famille et de la communauté. Les résultats sur le profil des familles desservies et leur utilisation des relevailles permettront de mieux cerner la contribution de ce programme par rapport à ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Des avenues visant la concertation des services de soutien postnatal seront envisagées dans une optique d'organisation en réseau misant sur l'intégration des expertises professionnelles et communautaires.

Participación social en los consejos de salud y la construcción de la ciudadanía en la estratégia de salud familiar, Bahia, Brasil: modelos de organización del ac-ceso a los servicios y prácticas de salud.

Marluce Maria Araújo Assis, Universidad Estatal de Feira de Santana, Márlon Vinícius Gama de Almeida, Universidad Federal del Reconcavo de Bahía, Washington Luiz Abreu de Jesus, Universidad Federal de Bahía y Maria Angela Alves do Nascimento, Universidad Estatal de Feira de Santana. Brasil. aassis@uefs.br

Resumo

Pesquisa analisa a participação social nos Conselhos de Saúde e a construção da cidadania na Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Bahia, Brasil; e caracteriza os modelos de organização do acesso aos serviços em atenção aos usuários. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa. O número de entrevistados foi definido por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação. Foram entrevistadas 102 pessoas: equipe de saúde - 49; usuários da Saúde da Família – 37, e dirigentes do SUS municipal - 16. Técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação sistemática. Método de análise: análise de conteúdo e fluxograma analisador. O estudo revela que, os Conselhos de Saúde ainda não se constituíram em espaço político democrático e potencializador da cidadania. Identificaram-se acomodações dos trabalhadores e desconhecimento da população sobre as formas de participação asseguradas em Lei. Se por um lado, conhece-se o espaço da participação social como eficaz no acolhimento das demandas por práticas profissionais, por outro, a sua baixa visibilidade e a falta de representação da realidade das comunidades, diminuem o seu crédito e eficácia. Enfim, os usuários e famílias precisam ser resgatados como sujeitos da mudança nos serviços de saúde e nos fóruns de deliberação coletiva.

Resumen

Las luchas y movimientos sociales ocurridos durante los años 80 y 90 del Siglo XX en la América Latina han traído para la agenda de las políticas públicas brasileñas la lucha por diversos derechos. En Brasil, esta lucha se vio reflejado en la redacción de la Constitución de 1988, que valora la ciudadanía como responsabilidad pública, dando lugar a nuevas relaciones entre los derechos humanos y el desarrollo social, reafirmando la participación de la sociedad como un privilegio del ser humano y la ciudadanía como pre -requisito para otros logros.
El Sistema Único de Salud (SUS), una política de salud pública brasileña, aprobada en la referida Constitución y la crítica del modelo de atención de salud actual - centrado en el proceso de la enfermedad y la curación - amplió la búsqueda de mejoras que permitan cumplir efectivamente a las preocupaciones de la población, a fin de dar a la solución de los problemas y las demandas de los usuarios en los diferentes niveles de densidades tecnológicos que componen el sistema de atención de salud. Sin embargo, los cambios logrados a través de la expansión y la integración de las redes que no se reflejan aún en el acceso de los usuarios a los servicios de salud eficaces.

Validité des rapports d'évaluation médico-économiques : Retour sur 10 ans d'activité de l'Unité d'évaluation technologique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Christophe Pinget, Unité d'évaluation technologique, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Xavier Grenon, Faculté de Biologie et Médecine (FBM), Université de Lausanne,
Jean-Blaise Wasserfallen, Direction médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne. Suisse. Christophe.Pinget@chuv.ch

Contexte

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a créé en 2002 une Unité d'évaluation technologique (UET). Rattachée à la Direction médicale, cette unité à pour fonction principale de rédiger des rapports d'évaluation médico-économiques sur les nouvelles procédures médicales. Sur la base de ces rapports, la Direction générale décide ou non d'introduire les nouvelles procédures. Les rapports sont rédigés par un économiste de l'UET avec l'aide du médecin clinicien souhaitant introduire la nouvelle procédure de prise en charge.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer pour chaque nouvelle procédure :

- La perception du processus d'évaluation par les cliniciens concernés ;
- Le respect des indications définies dans le rapport d'évaluation ;
- La réalisation des impacts médicaux attendus.

Méthode

Tous les rapports d'évaluation publiés durant la période 2002-2011 ont été sélectionnés. Pour chaque nouvelle procédure médicale acceptée par la Direction générale, un entretien semi-structuré avec le clinicien concerné a été mené par un chercheur qui n'était pas partie prenante au processus d'évaluation. Ensuite, les résultats attendus décrits dans le rapport d'évaluation médico-économique ont été comparés aux données réelles des patients pris en charge avec la nouvelle procédure médicale durant l'année 2012.

Résultats
Durant la période considérée, sur les 40 nouvelles procédures médicales ayant fait l'objet d'un rapport d'évaluation médico-économique, 34 ont été acceptées par la Direction générale. Parmi les 28 cliniciens en charge de ces 34 nouvelles procédures, 27 ont accepté d'être interviewé. Quatre-vingt-cinq pourcent des cliniciens (23/37) reconnaissent l'utilité et la nécessité du processus d'évaluation médico-économique. Parmi les 34 nouvelles procédures acceptées, 6 n'étaient plus utilisées en 2012. Pour les 28 autres, le nombre effectif de patients était supérieur à celui attendu dans 5 cas, inférieur dans 15 cas, conforme aux attentes dans 5 cas et non disponible dans 2 cas. La durée moyenne de séjour était supérieure à ce qui était attendu (+61%). Deux procédures médicales ont présenté un taux de complication supérieur à celui attendu et 3 procédures un taux de succès inférieur à celui attendu. Dans un premier temps, les indications définies dans le rapport d'évaluation ont été systématiquement suivies. Cependant, dans 15 cas sur 28, elles ont évolué après quelques années de pratique (7 élargissements, 5 réductions et 3 autres changements).

Conclusion
Le processus d'évaluation des technologies de santé est reconnu comme un outil permettant d'améliorer la qualité des prises de décisions. Une analyse de suivi des nouvelles procédures médicales devrait être systématiquement mise en œuvre afin d'adapter les conclusions des rapports d'évaluation à l'évolution de la pratique et des nouvelles évidences scientifiques.

A resolutividade e a gestão no atendimento odontológico à pacientes especiais no Centro Odontológico de Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais – COAPE.

Terezinha Noemides Pires Alves, Universidade Federal de Juiz de Fora. Alexandre Alexandre Gomes de Souza, Prefeitura de Juiz de Fora. Thadeu Corrêa, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Maria Isabel da Silva Azevedo Alvim, Universidade Federal de Juiz de Fora. Brasil. noemides@uol.com.br

Objetivo: analisar a evolução dos atendimentos de assistência odontológica aos pacientes com necessidades especiais (PNE), pelo Centro Odontológico de Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais (COAPE) de Juiz de Fora-Minas Gerais/Brasil, fazendo levantamento do número de atendimentos realizados nestes seis anos, identificando avanços e retrocessos que por ventura tenham ocorrido na evolução do COAPE, quando do acompanhamento a PNE, e mostrando evidências da necessidade de manutenção de um serviço direcionado à saúde bucal desses pacientes.

A Constituição Federal brasileira assegura a presença de ações e serviços públicos organizados em rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, visando ao atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O Sistema Único de Saúde, implantado no país em 1990, garante a saúde como direito fundamental de todos, sendo do Estado a responsabilidade de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que permitam o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros. Nesse contexto, surge, em 1999, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolidando normas de proteção. Algum tempo depois, em 2002, é regulamentada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, definindo uma política voltada à reabilitação da pessoa portadora de deficiência e visando sua inclusão nas esferas da vida social. Com o objetivo de amparar e cuidar de pessoas com necessidades especiais foi criado, junto a Prefeitura de Juiz de Fora, em Minas Gerais, o COAPE, localizado em unidade anexa ao Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora Dr. Mozart Geraldo Teixeira. Desde sua inauguração, em 1996, as ações dos profissionais do COAPE voltam-se para os cuidados básicos importantes ao bem estar físico e psíquico dos PNE e seus familiares, como respostas às suas necessidades odontológicas, prestando assistência não só aos usuários de Juiz de Fora, mas também agregando pacientes de regiões adjacentes ao município e até mesmo de outros estados.

Como método de pesquisa, foi utilizado o estudo de caso, realizando levantamento do número mensal e anual dos atendimentos no COAPE, realizados no período de 2007 a 2012, analisando a evolução dos atendimentos ocorridos e as competências de gestão empregadas para assistência aos PNE, no serviço odontológico e em nível hospitalar. A consulta aos dados e documentos foi autorizada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, por meio da Subsecretaria de Redes Assistenciais, com o aval da Chefia do Departamento de Saúde Bucal e da Coordenação do Centro de Especialidades Odontológicas. Durante o período analisado, os

atendimentos incluíram consultas, procedimentos odontológicos variados (convencionais e ou especializados), atendimentos de urgência e emergência, procedimentos cirúrgicos e retorno daqueles já em tratamento, procedimentos de avaliação de risco cirúrgico e outros, tais como aferição de pressão, glicemia e eletrocardiograma.

O número mensal de atendimentos nesse período variou de 457 atendimentos (fevereiro/2007) a 874 atendimentos (novembro/2011). Quanto ao número anual total de atendimentos, o menor número de atendimentos ocorreu em 2008, com 7.074 atendimentos e o pico máximo ocorreu em 2011, com 9.029 procedimentos. As médias mensais de atendimentos nos anos analisados foram: 591,17 em 2007; 589,5 em 2008; 671,58 em 2009; 677,92 em 2010; 752,42 em 2011 e 705,42 em 2012. Observa-se aumento progressivo do número de pacientes atendidos ao longo dos anos, com aumento substancial no número de atendimentos em 2011, pela melhoria ocorrida no corpo funcional. Observa-se a necessidade de empenho por parte dos gestores não só na manutenção dos investimentos e dos profissionais, como também aumentar o investimento, visto que a alteração da equipe trouxe um decréscimo em 2012.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência brasileira prevê a igualdade da assistência, assegurando atendimento integral e determinando que mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação sejam realizados por estados e municípios, para garantir qualidade no atendimento e reabilitação integradora e global. Porém, existem falhas na assistência odontológica aos PNE por fatores como: falta de conhecimento e preparo do profissional, provavelmente pela não inclusão desta área nos currículos de graduação; informações inadequadas quanto a condição da saúde bucal e necessidade odontológica; negligência da importância da saúde bucal pelos serviços de saúde e pelo cuidador e ou responsável; falta de integração entre as diversas áreas de saúde; reduzido número de profissionais na área; inexistência de prática baseada na educação e prevenção; custo financeiro das atividades; dificuldade de acesso físico, principalmente para portadores de transtornos motores. Até março/2013, o COAPE possuía 6.077 PNE cadastrados, com procura permanente, o que requer providências por parte do poder público, tais como: ampliação do espaço físico, do corpo clínico e técnico, aquisição de novos aparelhos e insumos para ajustar à demanda crescente.

SESIÓN 26 – Sala 7

Presidente :
Tema : Necesidades de los ciudadanos 3

Características de los municipios con alta mortalidad en Andalucía.

Antonio Daponte Codina, M. Bernal y P. Sánchez . España

Il ruolo delle associazioni di self-help nella governance integrata dei servizi sociali e sanitari per malati cronici in Italia.

Elena Spina, CRISS Università Politecnica delle Marche. Italia. e.spina@univpm.it

Negli ultimi decenni, l'emergere di associazioni di utenti e *caregiver* costituisce un fenomeno variegato riconosciuto e diffuso in molti paesi. L'elemento di novità è costituito, specie per quanto riguarda le associazioni di *self-help*, dalla loro crescente rilevanza nell'ambito della sfera decisionale, politica, manageriale e clinica relativa ai sistemi sanitari. Tali associazioni appaiono oggi in grado di stimolare un processo di *empowerment* da parte dei cittadini circa il loro diritto alla salute, nonché di influenzare in misura crescente le decisioni che vengono prese relativamente a questo ambito. Questo ruolo assunto dalle associazioni di *self-help* sembra dunque far emergere una nuova forma di "cittadinanza sanitaria" che considera il cittadino non tanto come un destinatario passivo dei servizi quanto come un attore sociale consapevole in grado di partecipare alle decisioni e alle scelte politiche relative alla sfera sanitaria.
Proprio per analizzare il ruolo svolto dalle diverse associazioni nella promozione sociale e nella rappresentanza nell'ambito dei processi di *governance,* per individuare le interrelazioni esistenti tra queste associazioni e gli altri *stakeholder* operanti nell'arena politica sanitaria e per valutare l'impatto effettivo che esse esercitano sulle decisioni relative alle diverse scelte di *governance* sanitaria, tra il 2008 e il 2010 tre équipe di ricerca hanno realizzato un'indagine, finanziata dal ministero della Salute, avente ad oggetto le associazioni di auto-mutuo aiuto per malati cronici in Italia.

Sono state incluse nella ricerca quelle associazioni attive sul territorio nazionale nelle quali fosse presente una qualche forma di auto-mutuo aiuto tra persone e/o i loro familiari affetti da patologie croniche e rare selezionate sulla base di quattro criteri fondamentali:
a) rilevanza epidemiologica e sociale;
b) impatto sociale e culturale;
c) presenza di associazioni sia di recente costituzione che storicamente consolidate;
d) comparatività internazionale.
Sulla base di tali criteri sono state selezionate 12 patologie quali specifico oggetto d'indagine.
La ricerca ha fatto ricorso a tecniche di indagine quali-quantitative. Inizialmente è stata fatta una mappatura delle associazioni attive sul territorio nazionale alle quali è stato inviato un questionario appositamente predisposto: su 290 invii sono state raccolte 200 schede, con un tasso di risposta del 66%. I dati così rilevati hanno permesso di conoscere le origini delle associazioni, il loro radicamento nel territorio, le finalità perseguite, le attività organizzate e la loro partecipazione ai processi di *governance*.
È seguita dunque una fase di approfondimento qualitativo che ha coinvolto alcune associazioni presenti nelle tre regioni sede delle unità di ricerca (Calabria, Marche e Veneto). Sono state costruite tracce di interviste semi-strutturate effettuate complessivamente a 90 soggetti scelti tra presidenti di associazioni (27), facilitatori o membri senior delle stesse (25), professionisti sanitari (medici) e sociali (psicologi, assistenti sociali, sociologi) con diversi gradi di coinvolgimento con le associazioni (20), dirigenti pubblici (direttori sanitari, dirigenti di servizi) (14), amministratori pubblici (assessori ai Servizi sociali e sanitari) (4). L'analisi delle interviste ha consentito di mettere a confronto le prospettive delle associazioni, dei loro leader, facilitatori e membri senior, con quelle degli altri *stakeholders* operanti nell'arena politico-sanitaria.
I dati quantitativi e l'approfondimento qualitativo hanno permesso di definire quello dell'auto mutuo aiuto per malati cronici in Italia come un fenomeno sociale di tipo micro-comunitario, che si presenta come una forma di sostegno non selettiva, regolata da meccanismi di inclusione flessibili e proiettata ampiamente verso l'ambiente esterno.
Le modalità d'interazione sociale interna sono centrate sulla relazione *face-to-face*, tipica del piccolo gruppo nel quale la relazione umana diretta e personale costituisce il fondamento del legame sociale. Ricercando la collaborazione istituzionale e il coinvolgimento della popolazione, i gruppi si proiettano all'esterno, cercando di mantenere elevata l'attenzione sulle questioni di cui si occupano che, spesso, vanno oltre la problematica attorno alla quale si sono costituiti, per abbracciare un orizzonte più ampio orientato alla responsabilità e alla auto-responsabilità verso la salute.
Risulta difficile prevedere verso quale direzione possano evolvere le associazioni di auto-mutuo aiuto italiane, considerato come il processo di sviluppo che queste intraprendono sia direttamente e indirettamente influenzato da variabili endogene ed esogene alle associazioni stesse. Per quanto strutturati e organizzati a livello micro-sociale essi si collocano nell'ambito di uno spazio macro e interagiscono con l'ambiente esterno, rappresentato dal terzo settore e dalla società civile, dalle istituzioni politiche e da quelle economiche e sociosanitarie: tale interazione produce continue alterazioni che possono modificare l'assetto organizzativo delle associazioni e la configurazione del sistema sociale nel suo complesso, in una direzione che, almeno per quanto riguarda la loro struttura sociale interna, appare oggi non scontata.

Longitudinalidade na prevençâo do câncer de colo de útero.

Rachel Peixoto Assompção, Secretaria de Saúde de Juazeiro y Maura Maria Guimarães de Almeida, Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia (BRASIL).. Brasil. rachelpeixoto@ig.com.br

Resumo

Buscou-se a compreensão sobre a longitudinalidade no acesso de mulheres ao exame "Papanicolaou" e no seguimento das ações de controle sobre lesões de alto grau. Trata-se de um estudo exploratório qualitativo na modalidade análise temática. Os resultados permitiram compreender que a longitudinalidade favorece o acesso ao Papanicolaou, com a intermediação e vínculo do agente comunitário. Dificuldades na falta de comunicação entre os provedores de cuidado foram descritas como fator que interfere na longitudinalidade. Mulheres que vivem em vulnerabilidade social carecem de vigilância pelas ESF.

Resumen

El estudio objetiva comprender la logitudinalidad en el acceso de las mujeres a la citologia del cerviz y el

seguimiento de las acciones de control de las lesiones de alto grado. Se trata de um estúdio descritivo y cualitativo, de tipo analítico. El resultado permitió la mejor comprensión de la longitudinalidad y la manera como ella puede favorecer el acceso. Se ha descrito las dificuldades de los probedores en lo que se refiere a la comunicación, además, las mujeres de estrato social bajo no tienen vigilância.

A saúde perfeita estampada na capa: a banca de revistas como uma vitrine do imaginário social.

Anderson dos Santos Machado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Madel Luz, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rafael Dall Alba, UFRGS). Bárbara Andres, Universidade Federal do Rio Grande do Sul y Richard Assimos, Universidade Luterana do Brasil. Brasil. andersonsmachado@gmail.com

Ao circular nas bancas de revistas no Brasil, não há como não ter o olhar capturado para composições gráficas que fazem saltar imagens de corpos sarados, frutas reluzentes com suas vitaminas superpoderosas, doenças capazes de causar um cataclisma. É a evidência da forte presença das questões sobre saúde e da vida na mídia impressa e do quanto essa temática está em ebulição no imaginário social contemporâneo. Somos capturados por cores, formas, títulos incisivos, palavras de ordem: é preciso ser saudável. Mais que isso, é preciso ter um corpo resistente e potente na sua máxima eficiência.

A saúde é tema obrigatório nas principais revistas, bem como matéria-prima de algumas edições especializadas. E tanta ênfase também se coloca na distribuição dos exemplares nas vitrines das bancas como constatou a equipe do projeto "A ciência como cultura no mundo contemporâneo: divulgação midiática de saberes científicos e construção do imaginário social"[1], visitou 26 bancas em 9 bairros das cidades do Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Porto Alegre entre outubro 2011 a abril 2014.

Mesmo disputando espaço com outras mercadorias como alimentos, bebidas, cartões lotéricos e brinquedos, ainda assim as revistas de biociências ocupam locais de evidência nas bancas, em espaços de visibilidade dentro e fora desses recintos. Apenas nos bairros de periferia, os jornais populares e de concursos são melhor posicionados. Ainda assim, saltam aos olhos as capas coloridas, com grande impacto visual ou por chamadas impactantes sobre doenças, tratamentos, exercícios ou corpos bem torneados. Nas fotos registradas pelos pesquisadores percebe-se que as vitrines das bancas formam um mosaico visual carregado de efeitos simbólicos que destacam o papel da biociência e da área da saúde como normatizador e condutor do imaginário atual. O cuidado com a beleza estética e o temor de uma doença grave são reforçados por composições que associam imagens coloridas e frases impactantes.

Cria-se um processo de convencimento, pelo qual o que está sendo dito e mostrado (palavra/imagem) ao futuro leitor merece crédito e deve ser, de algum modo, *obedecido*, se o consumidor deseja ter saúde, força, ou pretende afastar o perigo de alguma doença crônica ou aguda. A este processo de convencimento demos o nome de *retórica das imagens*, considerando o conjunto imagem/palavra como um todo retórico. E nessa catarse de signos, percebemos a materialização da busca utópica por uma saúde perfeita apontada por Lucien Sfez[2], que demonstra uma inquietante ideologia que tenta resgatar o indivíduo e garantir sua existência a toda prova. Tudo isso embasada no discurso asséptico de que a verdade científica transpõe qualquer dúvida ou risco, posicionando dessa forma as Biociências como um marcador preponderante sobre a produção do cuidado, bem como sobre a própria gerência dos corpos e das subjetividades.

Sensibilité, spécificité et valeurs prédictives des définitions cliniques de la grippe.

Jean Marie Cohen. Open Rome. France. jmcoco@openrome.org

Contexte

Le choix d'une définition très performante peut faciliter la mise en place de dispositifs de surveillance de la grippe impliquant directement la population, comme cela est expérimenté notamment aux Pays-Bas et en Angleterre.

Les systèmes de surveillance de la grippe font appel à de multiples définitions cliniques de la maladie. Depuis 1984, la plupart des réseaux de surveillance de la grippe reposent sur une double surveillance, clinique et virologique. Avant l'épidémie, leur capacité d'alerte est maximisée par une définition clinique à la fois sensible (pour ne pas « rater le début de l'épidémie ») et à forte valeur prédictive négative (pour éviter d'attribuer à la grippe une épidémie due à un autre virus).
Le Réseau des GROG est un réseau de surveillance de la grippe en médecine ambulatoire et recueille depuis 2003 des prélèvements rhinopharyngés chez les malades présentant un tableau respiratoire aigu qui sont testés par culture et/ou par technique d'amplification d'acide nucléique (RT-PCR) qui identifie de façon sensible et spécifique les cas de grippe.

L'accès à ces données virologiques rend ainsi possible l'évaluation des performances des définitions cliniques de la grippe utilisées actuellement.

But.
Estimer la sensibilité (SE), la spécificité (SP) et les valeurs prédictives positives (VPP) et négatives (VPN) des définitions cliniques de la grippe les plus couramment utilisées.

Méthodes
Période d'inclusion : France, pendant 9 saisons consécutives de surveillance de la grippe, du 29 septembre 2003 au 23 mai 2012. *Population étudiée :* 46.879 patients consultant en médecine générale ou en pédiatrie pour une infection respiratoire aiguë, ayant fait l'objet d'un prélèvement rhinopharyngé accompagné d'une fiche clinique décrivant les symptômes présentés par le patient. Le résultat virologique est positif pour la grippe chez 13.819 d'entre eux. *Définitions testées* : ILI (infection d'allure grippale, ECDC, OMS, US CDC), ARI/IRA (Infection Respiratoire Aiguë, ECDC/OMS Europe, GROG), SG39 (Syndrome Grippal hyperfébrile à 39°C et plus, INSERM).
Méthode de référence : réaction virologique positive pour les virus grippaux A ou B après analyse du prélèvement par culture sur cellules MDCK et/ou par RT-PCR du prélèvement rhinopharyngé. *Périodes épidémiques:* les valeurs prédictives dépendant de la prévalence de l'infection, 3 périodes, pré- per- et post-épidémiques ont été considérées. La période épidémique est définie comme l'ensemble des semaines se situant autour du pic épidémique et couvrant 85% des prélèvements positifs pour la grippe.

Résultats.
Les définitions les plus sensibles dans chacune des périodes sont celles de l'US CDC (ILI), de l'ECDC (ARI) et du Réseau des GROG (IRA). Par rapport à ces définitions, ILI-WHO sous-estime la fréquence de l'influenza d'environ 25% alors que la définition se limitant à des formes très fébriles (39°C et plus) a une spécificité supérieure aux autres définitions mais sa sensibilité est si faible qu'elle détecte 3 à 4 fois moins de cas que les autres.
En période pré-épidémique, toutes les définitions ont une VPP très basse (<13%) et une VPN élevée (93,8%-96%).

Conclusion. Les définitions cliniques US CDC (ILI), ECDC (ARI et ILI) et GROG (IRA) ont des performances similaires et performantes. La faible sensibilité de la définition SG39 (Syndrome Grippal hyperfébrile à 39°C et plus), liée à un désir de gain en spécificité, sous-estime de 3 à 4 fois le fardeau de la grippe par rapport aux autres définitions.

SESIÓN DE TRABAJO 7 – Sala 8

Tema : Potencialidades de las competencia y perfiles de prácticas avanzadas en enfermería para mejorar la accesibilidad y resultados en salud

Organizadora : Susana Rodríguez Gómez y Rafaela Camacho Bejarano. España

Plazas: 20
Lengua: español

En los últimos años, el avance y la innovación en los cuidados ha ido evolucionando y adaptándose a las **nuevas**

demandas y necesidades marcados por el contexto social, sanitario y global, que han ido orientando el desarrollo de los cuidados en nuestro sistema sanitario hacia la **inclusión de nuevas competencias y roles profesionales específicos**, que pudiesen **garantizar cuidados de calidad esencialmente centrados en las personas que atendemos**.

En el **ámbito de los cuidados**, mirando en el presente y sobre todo hacia el futuro, nos encontramos con una oportunidad idónea para promover **cambios en los sistemas sanitarios que lo hagan capaz de responder a la complejidad de las necesidades de salud actuales**, aportando nuevas respuestas basadas en el desarrollo de cuidados de calidad, ágiles y oportunos que resuelvan problemas a la ciudadanía.

La enfermería de práctica avanzada (EPA) se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de salud actuales

Esta práctica avanzada es ya un hecho en países como Estados Unidos y Canadá. La revisión de la historia de la EPA en estos países nos permite evidenciar que esta práctica, que surge para responder a las demandas sociales de la población, se consolida gracias al desarrollo de diferentes estructuras organizacionales, educacionales y de investigación[1].

Las enfermeras de práctica avanzada deben ser reconocidas como proveedores de salud altamente cualificados y con una experiencia específica que aportan un "valor extra" al Sistema Sanitario donde estén desarrollando sus competencias[2]

Lo que caracteriza esencialmente a las EPA no son las tareas o técnicas realizadas, por mucho que requieran una avanzada experiencia sino el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas, las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de los pacientes, tales como: utilización de sistemas de valoración avanzada, juicio diagnóstico, o prescripción de fármacos y las competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados[3].

La costo eficiencia de estos roles ha sido avalada por multitud de estudios científicos, a modo de ejemplo, señalar la revisión sistemática realizada por Miranda Laurant et al., donde se estudia la efectividad del papel del enfermero de practica avanzada en diferentes países como Reino Unido, EEUU, Canadá y Holanda, en donde se demuestra que los enfermeros con estos roles son capaces de mejorar la utilización de recursos (número de consultas, hospitalizaciones, duración de la estancia hospitalaria) los resultados clínicos (morbilidad, mortalidad, funcionalidad, calidad de vida), la valoración de los pacientes sobre la atención (satisfacción, adherencia al tratamiento) y la costo-efectividad (calidad ajustada a los años de vida, costes sanitarios directos, ahorro de costes)[4] o el realizado en Andalucía por Morales Asensio et al., sobre la Enfermera de Practica Avanzada puesta en marcha en nuestra comunidad: Gestión de Casos, donde se demuestra que los enfermeros con estos roles, son capaces de detectar poblaciones vulnerables, influir en la disminución de la sobrecarga de las personas cuidadoras de personas dependientes y mejoran la accesibilidad a servicios y recursos de personas en situación de fragilidad, además, de favorecer el trabajo coordinado de los equipos asistenciales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA)[5].

Este taller tiene por objeto analizar la práctica avanzada de enfermería como repuesta a las **nuevas demandas y necesidades en salud actuales** y **generar y consolidar, en el contexto de los países de lengua latina, un espacio compartido para el desarrollo de estos nuevas competencias y perfiles de practica** en el ámbito enfermero que hoy por hoy suponen un valor añadido a los sistemas sanitarios y en definitiva a las respuestas en la atención en salud que desde los mismo se está dando a la ciudadanía

Objetivos

1 Definir qué entendemos por competencias avanzadas para los profesionales de enfermería junto a otros aspectos como son las especialidades de enfermería. Formación reglada / formación no reglada.

2 Identificar los diferentes ámbitos de trabajo en los que se han desarrollado las competencias avanzadas de los profesionales de enfermería en diferentes países y sus marcos de referencia (modelo de sistema sanitario, marco regulador de las profesiones sanitarias, etc…)

3 Experimentar con la herramienta *second life* itinerarios de atención que incorporen competencias y

prácticas avanzadas de enfermera.

4 Promover la puesta en marcha de una red en los países de lenguas latinos para potenciar la práctica avanzada en enfermería

Contenidos

- Las competencias avanzadas de enfermería en el contexto internacional: Definición y desarrollo.
- Prácticas avanzadas/ especialidades de enfermería. Formación reglada/ formación no reglada. Metodologías docentes para el desarrollo de las prácticas avanzadas.
- Criterios para la implantación de las prácticas avanzadas de enfermería en los sistemas sanitarios.
- La herramienta *second life* como apoyo a la implantación de prácticas avanzadas en el ámbito asistencial.
- Evaluación y formas de reconocimiento de la práctica avanzada
- Trabajo en red para mejorar las respuestas en la atención y los resultados en salud

SESIÓN DE PÓSTERS 1 – Pasillos EASP

Valor da força de trabalho da enfermeira.

Tatiane Araujo dos Santos, Cristina Maria Meira de Melo, Handerson Silva Santos. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Brasil. tatianearaujosantos@yahoo.com.br

O objeto deste estudo foi o valor da força de trabalho da enfermeira. O valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção do seu possuidor; o elemento histórico moral, vinculado ao desenvolvimento cultural da sociedade e correlacionado aos hábitos e aspirações de vida do trabalhador; seus custos de desenvolvimento, que se modificam com o modo de produção; e diferença natural, se masculina ou feminina, se madura ou imatura. O valor da força de trabalho também é condicionado pela extensão da jornada de trabalho, pela intensidade do trabalho e pela força produtiva do trabalho. O objetivo foi compreender como se conforma o valor da força de trabalho da enfermeira na sociedade brasileira contemporânea. Trata-se de uma análise teórica, embasada na teoria do valor de Karl Marx. As variáveis identificadas para o alcance do objetivo foram trabalho feminino; tempo de formação para o trabalho; divisão parcelar do trabalho; tempo do trabalho. A metodologia deu-se pela revisão sistemática da literatura sobre as variáveis selecionadas, e para a discussão dos achados utilizou-se o método dialético. Na análise das variáveis, destacam-se como os principais achados: (i) O trabalho feminino: As questões de gênero no mercado de trabalho em geral revelam-se por meio da nova divisão sexual do trabalho. Para o trabalho da enfermeira essa situação aparece tanto no contexto geral dos serviços de saúde, no qual esta profissional comumente está fora dos nichos de produção de pesquisa em que são desenvolvidas as novas tecnologias para o setor saúde, quanto no interior da profissão, em que os homens são os que mais logram os cargos de comando e gestão do trabalho, embora sejam quantitativamente inferiores às mulheres. (ii) A divisão parcelar do trabalho e a reestruturação do trabalho da enfermeira na sociedade contemporânea: Destaca-se a entrada da mão de obra complementar no campo da enfermagem e a concorrência existente entre as próprias enfermeiras para a venda da sua força de trabalho. A existência de mão de obra complementar colabora para a perda da especificidade do campo da enfermagem e suprime, em parte, a necessidade pelo trabalho da enfermeira. Quanto à concorrência entre as enfermeiras, este elemento parece ser prevalente para a redução do valor da sua força de trabalho. A pouca coesão enquanto classe trabalhadora faz com que as enfermeiras aprofundem as situações desfavoráveis para a venda da sua força de trabalho. (iii) O tempo de formação para o trabalho: Ainda que o aumento do tempo de qualificação para o trabalho seja um dos fatores que colabora para a elevação do valor da força de trabalho, para as enfermeiras este elemento, no contexto da sociedade brasileira, não tem impactado nos salários. A superespecialização dessa categoria tem servido mais para a desqualificação da profissão, pois nem todas as especialidades existentes para a enfermagem encontram demanda no mercado de trabalho, levando as enfermeiras especialistas a ocuparem postos de trabalho que demandam apenas a formação genérica; (iv) O tempo do trabalho: Destaca-se aqui o aumento da intensidade do trabalho da enfermeira, em parte em virtude da exploração da natureza dual do seu trabalho e em outra em razão do contexto do trabalho precarizado. A ausência da regulamentação da jornada do trabalho e do patamar salarial, em conjunto com a pouca organização das enfermeiras como classe trabalhadora, submete essa profissional ao que determinam as organizações de saúde, não somente ao que se refere à jornada de trabalho, mas principalmente às condições deste. Por meio da análise das variáveis que compõem o valor da força de trabalho da enfermeira, e utilizando-se dos elementos do método dialético, podemos considerar: Conclui-se que **o** valor da força de trabalho da enfermeira no contexto contemporâneo brasileiro é definido mais pelos elementos que reduzem do que por

aqueles que contribuem para a elevação deste valor. Consequentemente, o preço dessa força de trabalho tem caído abaixo do seu valor, o que beneficia o modo de produção capitalista e o modelo hegemônico da saúde, pois estes não podem prescindir da força de trabalho dessa profissional, que é essencial para coordenar e realizar o processo de trabalho em enfermagem e articular os processos de trabalho em saúde. Por fim, é importante afirmar que a compreensão sobre o valor da força de trabalho da enfermeira não é uma questão meramente econômica e que a superação das relações sociais que mantêm as desigualdades de gênero, e que sustentam o modelo assistencial hegemônico, não podem ser resolvidas no âmbito técnico-profissional.

Las matronas como profesionales al servicio de la mujer: la realidad del Sistema Nacional de Salud, España.

Chaxiraxi Guedes Arbelo, Isabel Mª Martos López y Mª del Mar Sánchez Guisado.España

Intervención comunitaria: prevención de tabaquismo en pre-adolescentes.

Remedios Beatriz Melgar Moreno, M.Mercedes Carrasco Racero, Fátima Fernández García, M.Isabel Montoro Ortíz, Rosário Mata Aparício y Célia Calzado Rodríguez. España

Documento de voluntades anticipadas. El gran desconocido de la población general.

Rosario Mata Aparicio, Mª Isabel Montoso Ortiz, Carmen Rodríguez, Fátima Fernández García, R.B. Melgar Moreno y M.M. Carracto Racero. España

Avantages, effets et préoccupations reliés au dossier de santé personnel électronique (DSPé) : Une mise à jour de la littérature.

El Kebir Ghandour a,b, Marie-Pierre Gagnon a,c, Jean-Paul Fortin b,d Erik Breton a, Julie Payne-Gagnon a,
a Axe Santé publique et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec, Québec, Canada
b Centre de recherche soins et services de première ligne au CSSS-VC, Québec, Canada
c Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada
d Faculté *de médecine, Université Laval, Québec*. Canada. el-kebir.ghandour.1@ulaval.ca

Contexte

La majorité des Canadiens veulent avoir accès à de l'information sur la santé et à des services en ligne avec une volonté de fournir plus d'informations aux prestataires de soins et services afin de recevoir des recommandations individualisées optimisant leur état de santé. Ainsi, plusieurs parties, chercheurs, décideurs, patients et l'industrie des TIC, anticipent des bénéfices du dossier de santé personnel électronique (DSPé) pour les résultats de santé et la prestation des soins et services, et manifestent de plus en plus d'intérêt envers l'implantation et l'utilisation de ces outils au Canada. En facilitant le stockage et l'échange d'informations, la promotion de la participation et de l'autogestion et en soutenant la continuité des soins, le DSPé pourrait contribuer à une participation active des patients à la gestion de leurs états de santé et leurs soins, à l'amélioration de leurs relations avec les professionnels de la santé et avoir un impact important sur l'efficacité et l'efficience des soins au patient. Cependant, les preuves scientifiques sur les bénéfices du DSPé et ses effets potentiels sur les pratiques professionnelles, les organisations de soins et le système de santé demeurent peu évidentes et souvent divergentes. Dans le cadre d'un projet de recherche visant à formuler des options de politiques viables en relation avec des enjeux qui sont d'intérêt pour les décideurs qui auront à se pencher sur l'implantation du DSPé par les organisations de soins au Canada, nous avons mis à jour une revue de la littérature réalisée par un co-chercheur du projet (Norm Archer) portant sur les DSPé.

Objectif de la recherche

Cette revue est réalisée dans le but d'orienter la prise de décision en matière d'implantation du DSPé au Canda. Ainsi, l'objectif de cette mise à jour est d'identifier les textes portant sur quelques aspects utiles pour répondre à cet objectif, décrivant ainsi: les effets/ bénéfices de l'utilisation du DSPé; l'acceptation/ adoption par les utilisateurs ; les barrières à l'adoption ainsi que les principales préoccupations et questions spécifiques à l'implantation.

Méthodologie

Afin d'atteindre cet objectif, nous nous sommes concentrés sur les articles scientifiques revus par les pairs décrivant un DSPé, publiés entre avril 2010 et septembre 2013. Notre recherche a été réalisée dans sept bases de données électroniques : Cochrane Library; Embase; EBSCO; 2 PsyINFO; PubMed; Scopus; Web of Science. Nous avons limité notre sélection aux DSPé attachés (tethered) ou intégrés reliant le patient aux professionnels

de la santé, par opposition aux DSPé autonomes (stand-alone). Les publications devaient être en lien avec 1) les effets et avantages du DSPé pour les patients, professionnels, organisations de soins et systèmes de santé ; 2) l'acceptation, l'adoption et l'utilisation par les utilisateurs du DSPé ; 3) les obstacles à l'adoption et à l'utilisation et 4) les préoccupations et questions liées à la mise en oeuvre. Nous avons sélectionné les études empiriques, qualitatives et quantitatives, publiées en Anglais, Français ou Espagnol, et réalisées au Canada ou autre pays de niveau socioéconomique comparable.

Résultats et discussion
Parmi les 1070 articles identifiés dans les bases de données électroniques, 96 ont fait l'objet d'analyse du texte intégral. Finalement, 52 études ont été retenues comme étant éligibles et ont fait l'objet d'une analyse fine. On note que plus de 90% des études retenues sont réalisées aux États-Unis. La méthodologie quantitative a été dominante, et la majorité des travaux ont été menés auprès de patients. Des études de cohortes et des essais cliniques récents montrent que le DSPé permet d'améliorer la prestation de soins préventifs auprès des diabétiques et des enfants.
De même, l'amélioration de la qualité des soins et des résultats cliniques positifs ont été démontrés dans des études de cohortes et des essais cliniques essentiellement pour les diabétiques, suggérant la capacité du DSPé à répondre aux besoins des personnes souffrant de malades chroniques. Aussi, l'implantation du DSPé supporte une approche organisationnelle, celle des soins centrés sur le patient, devenue critère de qualité des soins au 21ème siècle. Cependant, les études ont montré des résultats divergents quant au rôle du DSPé dans la rationalisation de l'utilisation des services de santé ou pour l'amélioration de la qualité des soins.

Dans notre revue, plusieurs catégories de déterminants de l'adoption sont notées auprès des utilisateurs (individuels, organisationnels, technologiques et environnementaux). Ainsi, l'implantation du DSPé doit être abordée sous l'angle de l'interaction entre la technologie, les acteurs et les contextes particuliers. Cependant, on recense peu d'études ayant exploré la perspective des prestataires de soins de santé ou celles ayant analysé les facteurs organisationnels liés à l'implantation et l'utilisation de ces outils.

Apports du poster
Peu de recherches ont exploré le processus de mise en oeuvre d'une politique de santé en lien avec l'implantation du DSPé au Canada. La mise à jour de la littérature scientifique, étape importante dans ce processus, a permis l'identification des données scientifiques les plus récentes sur des thèmes prioritaires en lien avec les enjeux de l'implantation du DSPé de même que les barrières et les facilitateurs à l'utilisation. Ces résultats ont le potentiel de guider la prise de décisions liées à la mise en oeuvre du DSPé, en explorant comment ces systèmes peuvent être implantés pour les plus grands avantages de ces systèmes pour les patients, les organisations et le système de santé (amélioration d'efficacité, qualité et coûts).

Descrizione di una attività di prevenzione psichica primaria at traverso l'uso del metodo dei "gruppi di parola" per Giovani figli o giovani fratelli di pazienti con grave disturbo psichico.

Bruno Travasso, Paola Vittorina Negri y Roberta Severin. Università Cattolica di Milano. Itália. bruno.travasso@usa.net

OBIETTIVI:
L'obiettivo della attività che si vuole descrivere e discutere e della relativa ricerca è la PREVENZIONE PRIMARIA dell'insorgenza di quadri di disturbo psichico nella popolazione dei giovani figli o giovani fratelli di pazienti con grave sofferenza psichica.

IL CONTESTO E LA DESCRIZIONE DEL PROBLEMA:
Questa specifica attività, avviata dagli autori all'interno del loro dipartimento di salute mentale, si rivolge ad una popolazione non attualmente portatrice di disturbo psichico, tuttavia sofferente ed esposta ad un forte rischio di sviluppare psicopatologia o disturbi del comportamento adattivo a causa delle circostanze di vita relazionale familiare e per la sua giovane età.
Ci riferiamo ai giovani fratelli o sorelle e ai giovani figli e figlie di pazienti con disturbo mentale grave.
L'evento malattia psichica in un componente della famiglia comporta una ridefinizione di tutti i ruoli e pesi nella famiglia stessa. Spesso il disagio dei più fragili e giovani in essa si trasforma in manifestazioni persistenti di aggressività, comportamenti impulsivi, difficoltà scolastiche, mancato riconoscimento della autorità dei genitori, successivo sviluppo di disturbo di personalità.

LE TEORIE, I METODI, I MODELLI, I MATERIALI UTILIZZATI

Lo strumento che è stato scelto ed utilizzato in questa attività è quello dei "GRUPPI DI PAROLA".
Per la sua struttura che lo rende lo strumento più adatto per nostra popolazione di intervento (bambini e adolescenti-giovani adulti).
Ma soprattutto per le grandi similitudini che le nostre osservazioni hanno colto tra le condizioni che hanno i giovani nelle famiglie con un componente portatore di disturbo psichico e quelle dei giovani nelle famiglie con i genitori separati, ambito in cui originariamente nascono i Gruppi di Parola.
Le prime esperienze con Gruppi di Parola per bambini con genitori separati sono state condotte in Canada (Cyr e Filion), in Francia (Marie Simon) e poi introdotte in Italia dall'equipe del Centro di Ateneo "Studi e Ricerche Sulla Famiglia" – Alta Scuola di Psicologia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (professoressa Costanza Marzotto e staff).
I Gruppi Di Parola hanno una definita struttura e metodologia che è stata tuttavia sottoposta dagli autori a necessarie parziali modifiche per essere usata all'interno delle famiglie in ambito psichiatrico.
Le modifiche sono state oggetto di riflessione e discussione.
Travasso, Negri e Severin si sono allo scopo formati presso il "Corso di Alta Formazione per Conduttori di Gruppi di Parola" di durata annuale, presso il Centro di Ateneo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

I RISULTATI E LA DISCUSSIONE
Un primo bilancio generale della attività è in corso in questi mesi.
Le osservazioni già evidenti relative alla esperienza riguardano la particolare tipologia di incontro con le coppie genitoriali aventi un membro in sofferenza psichica; particolari sono infatti le resistenze sostenute da atteggiamenti di negazione anche solo della possibilità della sofferenza nei figli, dalla paura di ritrovare nei figli problemi di tipo psichiatrico, dalle operazioni di nascondimento ai figli della natura della sofferenza del genitore o fratello maggiore, dal timore di estensione dello stigma.

IL CONTRIBUTO/L'INTERESSE DELLA COMUNICAZIONE in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche.
Questa attività avviata dagli autori e oggetto di descrizione ha specifiche connotazioni di intervento non terapeutico ma di tipo preventivo.
Si tratta dunque di una attività con valore di grande innovazione all'interno della pratica psichiatrica e psicologica in genere, dove in genere si arriva solo a tentativi di diagnosi precoce dei disturbi psichici già clinicamente evidenti e a conseguenti pratiche già di vera terapia farmacologica o psicoterapica.

Aplicativo aberto para dispositivos móveis na área de Menopausa desenvolvido com web design responsivo.

Ana Emília Figueiredo Oliveira, Rômulo Martins França, Eurides Florindo de Castro, Elza Bernardes Ferreira y Luciane Maria Oliveira Brito. Brasil

Grado de cumplimiento del Plan para la Supervisión de los Sistemas de Autocontrol de los establecimientos alimentarios de Andalucía por el Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga.

Vanessa Torres Saura, Manuel J.Pérez Giráldez, Mª Esther del Castillo Quesada y Mª Dolores Guerrero Chica. Servicio Andaluz de Salud. Departamento de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera. España. vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es

CONTEXTO
La Protección de la Salud, junto a la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, constituye un elemento básico más de las políticas de Salud Pública que pretende responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Entre estas necesidades de salud y las áreas de intervención se encuentran las de prevenir y controlar aquellas enfermedades cuyo origen son los alimentos, puestos a disposición del consumidor a través de los operadores económicos.

La implantación de **Sistemas de Autocontrol (SA)** en las empresas alimentarias (industrias, establecimientos minoristas, establecimientos de restauración, otros) es el método esencial reconocido por las normas internacionales (Codex Alimentarius), así como por las de la Unión Europea (Reglamento 852/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios), cuya aplicación garantiza la seguridad e inocuidad de los alimentos en cada fase de la cadena alimentaria.

Los operadores económicos son los responsables del diseño y de la implantación de su SA y son los Agentes

implicados en el Control Sanitario oficial (los funcionarios veterinarios y farmacéuticos del Cuerpo Superior de Instituciones Sanitarias (A4)), los encargados de verificar la exigencia y evaluar la eficacia de estos sistemas de autocontrol aplicando la técnica de auditoría, llevando a cabo unas actuaciones englobadas en lo que se denominan *"Supervisiones de Seguridad alimentaria"*.

Andalucía es una de las comunidades autónomas que de manera más continua ha trabajado en el desarrollo e implantación de sistemas de autocontrol en la industria alimentaria, basados en el Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC/HACCP) a lo largo de todas las etapas de fabricación de un alimento para, de esta forma, asegurar que los productos alimenticios puestos en el mercado no presenten agentes en niveles que supongan un riesgo para la salud humana.

Las supervisiones son auditorías de Seguridad alimentaria cuya finalidad es obtener evidencias de la conformidad del sistema de autocontrol de un establecimiento alimentario con los objetivos de seguridad alimentaria establecidos.

Mediante las Supervisiones las autoridades competentes ejercen su responsabilidad de velar por el control sanitario de alimentos a través de una revisión documental, fundamentalmente destinada a comprobar que las empresas tienen controlados los peligros físicos, químicos y biológicos, mediante una correcta implantación y eficacia del plan APPCC, asociado al sistema de Autocontrol.

Desde que en el año 2004 surgiera el **"Plan para la Supervisión de los Sistemas de Autocontrol en las Empresas Alimentarias de Andalucía" (PSSA)**, esta herramienta de control oficial ha ido evolucionando Cabe pues, una década después, realizar una evaluación de dicho Plan para ver si sus resultados en salud son acordes con los objetivos previstos en el mismo y con los establecidos en el Reglamento 882/2004.

OBJETIVOS

- Conocer los resultados de la aplicación de las auditorías de seguridad alimentaria realizadas por los profesionales de protección de la salud del ASNM.
- Identificar y analizar aquellos aspectos más significativos relacionados con la ejecución de dicho Plan y la seguridad alimentaria.
- Evaluar el grado de cumplimiento y eficacia de estos resultados respecto al PSSA.
- Comparar los resultados obtenidos con los de resto de Unidades de protección de la provincia en años anteriores.

METODOLOGÍA

Con objeto de poder realizar la evaluación anual del PSSA, en la segunda quincena del mes de enero del año siguiente, cada DAP/AGS debe remitir a Delegación de Salud correspondiente a su provincia un informe de evaluación que recopile los siguientes datos:

1.- Grado de Cumplimiento de la priorización de las actividades
2.- Grado de cumplimiento del total de las actividades programadas, por tipo de Establecimiento/grupo de clasificación.
3.- Evaluación de las actividades realizadas, por tipos de establecimientos/grupos de clasificación y por sectores/fases.
4.- Evaluación de los incumplimientos y medidas adoptadas.
5.- Datos comparativos con años anteriores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

-En base a los resultados obtenidos por el AGS Norte de Málaga que se expondrán en la comunicación en formato de tablas, podemos concluir que, en base a los valores obtenidos los indicadores de la evaluación del PSSA, desde este Área sanitaria, se ha contribuido en un elevado porcentaje a dar consecución al objetivo general de supervisión de promover la implantación y desarrollo de los Sistemas de Autocontrol en los establecimientos alimentarios de Andalucía.
-La actividad de Supervisión se muestra como una herramienta eficaz en el logro de los objetivos previstos en las normativas legales de referencia y por ende, el de la Seguridad alimentaria.

Sistemas de Información para la obtención del catálogo de los profesionales médicos en el estado de

Pernambuco de Brasil.

María del Carmen Junco Gómez, Carmen Sánchez-Cantalejo, Maria Martins Alessio, Alejandro López Ruíz,Teresa Campos y Cecilia Escudero. España y Brasil

Informe de Situación de los profesionales médicos en la región de Pernambuco de Brasil.

Carmen Sánchez Cantalejo Garrido, Mª Carmen Junco, Maria Silvia Bruni, Pilar Navarro, Teresa Campos y Cecilia Escudero. España y Brasil

Promotores de saúde: form(ação) para saúde e qualidade de vida no trabalho.

Márcia Fernanda de Méllo Mendes, Raquel Margarete Franzen de Avila, Jaqueline Justen, Ademir Lutz, Dienefer da Rosa, Joana Magoga, Lucas Schwalbert Oliveira y Verônica Sauthier; Wiliam Scherer. Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) - Bento Gonçalves. Brasil. marciafernandammendes@gmail.com

O tema da saúde está em voga na contemporaneidade, diariamente recebemos informações de como devemos viver através de revistas, nos outdoors, nos programas de TV, etc. São tantas informações que muitas vezes nos sentimos confusos e culpados já que não temos tempo, disponibilidade, condições ou vontade de seguir as prescrições. No entanto, uma reflexão é importante: de que saúde estamos falando? Cadê a subjetividade? Vivemos uma sobrecarga de informações sobre saúde e um modo predeterminado de conduzir a vida, estamos em um mundo imediatista, onde a virtualidade se torna algo natural. Muitos outros fatores são gerados a partir desta característica da atualidade como por exemplo: trabalhamos muito além das horas registradas, já que estamos constantemente conectados aos e-mails, as relações de trabalho estão se tornando cada vez mais impessoais, enfim, vivemos na era da individualidade e com a "cobrança" de que devemos ser felizes o tempo todo. Observando este contexto, construímos o projeto de extensão *Promotores de saúde: form(ação) para saúde e qualidade de vida no trabalho* no Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), campus Bento Gonçalves, pautando o tema da Saúde do trabalhador e práticas de promoção de saúde para a formação técnica. O IFRS é uma escola que tem como missão a formação vertical, iniciando pelo ensino médio junto com a formação técnica profissionalizante, que pode ser integrada, concomitante e subsequente. Oferece também cursos de graduação e especialização, podendo ofertar mestrado profissional e doutorado. Uma característica relevante é a definição de que cursos serão oferecidos em cada campus, eles seguem a necessidade da loco regional de onde o campus está inserido, propondo-se a ser uma estratégia propulsora de desenvolvimento regional. O IFRS-BG tem cursos técnicos de agropecuária, viticultura e enologia e técnico em informática. O projeto *Promotores de saúde: form(ação) para saúde e qualidade de vida no trabalho* tem por objetivo proporcionar a alunos dos cursos técnicos vivências na elaboração de ações que visem a promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho, a partir desta aproximação, possam ser multiplicadores com os colegas, nos locais de estágio e ambiente de trabalho, contamos com seis bolsistas de extensão dos cursos técnicos. Para alcançar o objetivo, promoveu o protagonismo dos alunos/bolsistas no planejamento, elaboração e realização de ações de saúde e qualidade de vida no trabalho, tendo como metodologia de trabalho a problematização. Partindo da realidade dos trabalhadores do IFRS no campus Bento Gonçalves, se discutia as relações de trabalho existentes, as diferenças de cada setor, das categorias profissionais e com isto, elegíamos ações que seriam realizadas buscando a saúde e qualidade de vida no trabalho. Escolhida a ação, construía-se coletivamente, passo a passo, como realizá-las.

Como dificuldades iniciais tivemos o desafio de trabalhar em equipe, já que nas primeiras ações, por mais que o colegiado gestor propusesse uma construção coletiva, os alunosbolsistas não assimilavam assim, se mantinham na divisão de tarefas individualizadas.
Também percebeu-se a complexidade do exercício de autonomia por parte dos alunosbolsistas, eles realizavam as atividades combinadas nas reuniões do grupo, mas sempre esperando a aceitação do colegiado gestor e não a dos pares. Estas questões foram apontadas e discutidas no grupo e a relação deles com o projeto e entre eles foi mudando, atingindo o objetivo do projeto. Para concluir, esta oportunidade de intervenção/formação, através do projeto de extensão, permite uma reflexão sobre as condições atuais do mundo do trabalho, desenvolvimento de práticas de proteção e ações de promoção de saúde e assim, os sujeitos em formação tenham experiências na proposição de práticas saudáveis no ambiente de trabalho melhorando a qualidade de vida do trabalhador.

O lugar do profissional nutricionista na rede brasileira de atenção básica à saúde.

Maria Lúcia Bosi y Diana Cris Macedo Rodrigues. Universidade Federal do Ceará. Brasil. malubosi@ufc.br

Contexto/Introdução: A partir da assunção da saúde como direito, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou relevância no cenário internacional como estratégia de provisão de cuidados básicos em saúde, contribuindo para a universalização do acesso à saúde. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposta como modelo para sua estruturação, opondo-se à APS seletiva adotada em outros países. Com o intuito de apoiar a inserção da ESF no território brasileiro, bem como qualificar e ampliar as intervenções realizadas pela estratégia, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A proposta incorporou outras categorias profissionais da área da saúde, dentre elas, nutricionistas, com o objetivo de fornecer retaguarda especializada às equipes de SF, buscando contribuir com a superação da fragmentação da atenção à saúde.
Objetivo: Descrever e Compreender percepções e experiências de nutricionistas atuantes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família acerca de sua inserção e seu lugar na Estratégia Saúde da Família.
Métodos: investigação orientada pela abordagem qualitativa, ancorada em fundamentos epistemológicos da vertente crítico-interpretativa. O material empírico resultou da articulação entre as entrevistas em profundidade e as observações livres realizadas junto aos nutricionistas inseridos nos NASF de Fortaleza-Ceará.
Resultados/discussão: o processamento do material empírico evidenciou três eixos centrais, dos quais o tema O nutricionista na Estratégia Saúde da Família foi eleito foco deste artigo, ainda que transversalizado pelos demais. Os achados revelaram que o NASF configura-se como mais uma oportunidade de emprego surgida, na qual os profissionais tem estruturado seu processo de trabalho assumindo majoritariamente uma prática individualizante e tecnicista, com escassa reflexão acerca de sua atuação. A realização de atividades em âmbito coletivo intentando prevenir doenças foi considerada a principal atribuição do NASF. Nesse contexto, grande parte dos informantes concebeu o lugar do nutricionista na prevenção e tratamento de doenças e agravos relacionados à alimentação, por meio de uma educação nutricional voltada à racionalização de recursos objetivando consumo de alimentos saudáveis. Entretanto, ainda que minoritariamente, experiências vivenciadas revelam outras formas de perceber o lugar do nutricionista, remontando à realização do cuidado em saúde coerente com os princípios do SUS.

CONCLUSÃO: Os achados revelam posturas profissionais pouco alinhavadas aos princípios baseais do SUS e das políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, apontando incongruências entre estas e as reais necessidades de saúde da população. Considera-se ser de extrema importância o protagonismo dos nutricionistas na luta pela concretização do Direito humano à Alimentação no cotidiano da ESF sendo essa uma responsabilidade social fim da prática desse profissional em todos os campos de atuação.

Lymphoscintigraphie du ganglion sentinelle dans le carcinome du sein. OPTIMISATION DU PROTOCOLE D'ACQUISITION.

Giovanni Mazzoni, Amos Sacchetto, Brunella Rossi, Davide Ulivil, Luigi La Riccia, Luigi Imperiale. Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università Politecnica delle Marche. Italia. g.mazzoni@univpm.it

La localisation correcte du ganglion sentinelle (LS) chez les patients atteints d'un carcinome du sein, à l'aide de la lymphoscintigraphie, est une condition préalable pour assurer la meilleure approche chirurgicale dans la biopsie diagnostique des LS. Pour optimiser ce procédé, nous avons utilisé la méthode des photons diffusés (photons dispersés ou scatterogramme), laquelle est basée sur la détection séparée des photons primaires et des photons diffusés Compton, et sur la fusion des deux images en une seule. Cela permet une meilleure définition de la position topographique du LS, grâce à la représentation du contour du corps du patient et du ganglion lymphatique sentinelle mis en évidence dans une seule image. La méthode des photons diffuSÉS: La détection séparée des photons primaires et des photons diffusés Compton est rendue possible par une fenêtre à double énergie d'acquisition, le signal donné par les deux pics photoélectriques donne lieu à deux images distinctes: l'une (obtenue à partir de photons primaires) montre le site d'inoculation et les ganglions sentinelle, l'autre (produite par les photons diffusés Compton) ajoute la représentation de la forme du corps. Le traitement de l'image, réalisée sur workstation E.Soft-Siemens (plate-forme software SYNGO MI vers. VA60A), consiste à fusionner les deux images obtenues et à normaliser l'intensité des images pour les rendre homogènes suite à des calculs optimaux et redimensionner le problème du manque d'homogénéité dans la distribution des photons diffusés. matériels ET méthodes: 10 patients atteints d'un cancer du sein, programmés pour l'élimination de la tumeur et la biopsie du LS, ont été soumis à la lymphoscintigraphie pour rechercher le LS. Pour chaque patient le protocole de routine a été appliqué, sur la base de l'acquisition d'images scyntigraphiques dans 2 projections orthogonales, en anterieur et oblique-anterieur à 45° avant et avant - oblique 45°, suivi par le nouveau protocole, qui utilise les mêmes projections, mais caractérisées par une fenêtre à double acquisition d'énergie. Les acquisitions ont été réalisées avec la caméra gamma E.CAM Siemens Dual-Head et INFINIA G.E., toutes les

deux ayant des têtes qui peuvent être positionnées, à grand champ, équipées d'un collimateur à trous parallels, faible consommation d'énergie et haute résolution (LEHR). Le produit radio pharmaceutique, Nanocoll ® (micelles < 80 nm) (GE Healthcare) kit de 0,5 mg de albumine humaine nanocolloïdale en poudre granuleuse blanche marquée au 99mTc, préparé selon les Normes d'une Bonne Préparation pour la Médecine Nucléaire (édition NBP -MN XIème du Supplément "Pharmacopée Officielle") a été administré dans la couche sous dermique périaréolaire (préférérée pour son pourcentage élevé d'identification des LS et son bas taux de faux négatifs) dans le quadrant correspondant au site de la tumeur. Pour chaque patient deux seringues à aiguille 23-25G ont été préparées, contenant environ 0,2 ml de chaque produit radio pharmaceutique, correspondant au taux d'activité d'environ 0,8 mCi. L'acquisition des images, selon le protocole de routine, a commencé à 20-30 minutes après l'injection: 2 projections orthogonales, avant et avant - oblique 45° obtenue en faisant tourner le patient sur le côté, avec le réglage de la fenêtre d'énergie sur le pic photoélectrique de 99mTc, 140 keV ± 15 %. A la fin de cette procédure, sans déplacer le patient, deux projections supplémentaires (avant et oblique - avant à 45°) ont été acquises avec le protocole double fenêtre d'énergie (méthode de scatterogramme): le premier centré sur le pic photoélectrique de 99mTc (140 keV ± 15 %) pour les photons primaires, le deuxième réglé sur 60 à 120 keV pour les photons diffusés. Dans les deux études il y avait le même setting: matrice 128 × 128, zoom 1, le temps d'acquisition de 300 secondes ou 5000Kcounts. Après la capture d'images, nous avons procédé à tatouer la projection cutanée du LS du ganglion sentinelle sur la peau du patient (technique de triangulation de marquage du corps). Cette technique appliquée dans les deux projections, avant et avant - oblique 45°, permet d'estimer avec une bonne approximation la position réelle du LS , à travers le point d'intersection des deux lignes passant par les deux points tatoués sur le corps dans la direction perpendiculaire et a 45° par rapport au plan du lit ou plan radiologique. CONCLUSIONS: Comme on s'y attendait, la méthode de photons diffusés, par rapport à l'acquisition standard, présente l'avantage d'une meilleure définition de la position topographique des LS grâce à la représentation du profil du corps du patient. Les résultats, en ce qui concerne la visibilité du contour du corps, sont tout à fait comparables à ceux obtenus avec la source de 57Co radioactif plat placée sous le corps du patient. La différence c'est que cela n'exige aucune exposition à des sources radioactives supplémentaire du patient ni du personnel . Grâce à la faible activité administrée par la lymphoscintigraphie, nous avons obtenu une réduction de l'exposition aux radiations ionisantes du patient conforme aux limites annuelles recommandées par la Commission internationale de protection radiologique - PIRC (dose moyenne absorbée par l'abdomen: ≤ 0.5 mGy et du sein controlatéral: ≤ 1 mGy). En outre, le temps d'exécution de la lynfoscintigraphie est respecté. Le problème de "masquage" des LS, plus prononcé pour le tumeurs situées dans le quadrant supérieur externe, peut être surmontée par la mise en oeuvre d'un nouveau système de normalisation des images, qui permet une meilleure reconstruction de l'images de fusion.

Análise dos atendimentos odontológicos realizados e encaminhamentos na população idosa atendida no serviço público.

Ana Lúcia Mello, Renata Goulart Castro, Patricia Guesser Correa Raitz. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. alfm@terra.com.br

Objetivos: Analisar o padrão dos atendimentos odontológicos e encaminhamentos no âmbito dos serviços públicos de saúde bucal providos aos idosos em uma capital do sul do Brasil.

Contexto e a descrição do problema: O contingente de pessoas idosas se expande aceleradamente e tem sido negligenciada a atenção à saúde bucal. Independentemente das condições de vida e saúde geral, os idosos brasileiros apresentam altos índices de edentulismo, cárie e doença periodontal, além da elevada necessidade de próteses. Esse quadro parece refletir uma organização dos serviços de atenção à saúde bucal do adulto. Entretanto, o idoso compõe uma demanda "invisível", pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço odontológico e, quando o fazem, a ênfase é na eliminação de sintomatologia dolorosa. No Brasil, no âmbito da saúde bucal, o serviço público dá sinais de realinhamento conceitual e operativo. Destacam-se as experiências de inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, de regulação e ampliação de acesso a linhas de cuidado e níveis tecnológicos, que incluem a atenção secundária, bem como novas bases para a formação profissional. Tais decisões conduzem a mudanças que consolidam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Método: A pesquisa foi desenvolvida no município de Florianópolis (SC, sul do Brasil) cuja população, em 2012, contabilizou 433.158 habitantes, dos quais 11,48% eram idosos. Tratou-se de estudo do tipo exploratório, descritivo, de base quantitativa. Foram analisados dados secundários, produzidos pelo serviço de saúde bucal do município, que possui sistema informatizado próprio de prontuário eletrônico e de gerenciamento das

Unidades, em todos os pontos de serviços da rede de saúde tomando como base o ano de 2012. Foram incluídas informações sobre atendimentos realizados em pessoas idosas (60 anos ou mais), nos cinco Distritos Sanitários (DS). Foram levantados dados sobre os atendimentos (consultas e procedimentos clínicos odontológicos) - AT e encaminhamentos realizados em todas as Unidades do município. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o software Excel®.

Resultados e discussão: Do total de AT realizados no período do estudo, apenas 1,48% ocorreram em idosos. O percentual de AT realizados em idosos foi maior no DS Continente, com 2,46% e menor no DS Leste, com 1,22%. Ao se comparar a proporção de AT realizados na população em geral e idosa observou-se que o DS com a melhor proporção apresentou cerca de 7 vezes mais AT na população em geral que na idosa, já o DS com pior proporção este valor foi cerca de 8 vezes maior. A proporção média de AT realizados por habitante foi 1,76. O DS Leste foi o que apresentou a maior proporção AT/hab com 2,00, o menor foi o DS Norte com 1,58. Considerando apenas a população idosa, a proporção média de AT realizados por habitante atingiu somente 0,23. O DS Continente apresentou a maior proporção AT/hab idoso, com 0,29 e o DS Centro a menor, com 0,15, mesmo sendo este o DS que proporcionalmente possui a maior concentração de população idosa. Foram realizados 8.333 encaminhamentos para as diferentes especialidades odontológicas, destes 9,63% corresponderam à população idosa. O DS Centro foi o que mais encaminhou idosos, com 26,28% do total e o DS Leste o que menos encaminhou, com 12,20%. A radiologia foi a especialidade com maior número de encaminhamentos, seguidos pela endodontia, e isto também foi evidenciado para a população idosa. A cirurgia bucomaxilofacial foi a especialidade com menor percentual de idosos encaminhados (5,26%) enquanto a prótese dentária foi a especialidade com maior percentual (42,14%). Este serviço de reabilitação foi implantando em 2012, o que pode explicar o grande número de encaminhamentos, devido à demanda reprimida nesta população.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: Os dados produzidos por este estudo contribuem para a elaboração do diagnóstico situacional das ações e serviços de saúde bucal oferecidos aos idosos no município de Florianópolis. A expectativa é que haja mais resolutividade da assistência e inclusão do idoso na rede de serviços de saúde bucal, nos diversos níveis de atenção. Além disso, contribui para a geração de conhecimento sistematizado sobre boas práticas orientadas à saúde bucal dos idosos, capazes de melhorar o acesso às ações e serviços de saúde bucal no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Infección en el tracto urinario durante el embarazo ¿arandanos?

Abdel Karim Ruiz, Miriam (1)*; Gavilán Díaz, Marta (2); Gallego Molina, Jessica (3).
(1) Enfermera. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.
(2) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Quirón. Málaga. España.
(3) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España. melocotoncillo@hotmail.com

Introducción

Una infección urinaria es una infección en cualquier parte del tracto urinario, dañando el riñón (pielonefritis), la vejiga (cistitis) o la uretra (uretritis), etc.
Durante el embarazo, el alto nivel de la hormona progesterona hace que se pierda el tono muscular de los uréteres y la vejiga. Esto puede dar lugar a que las bacterias se multipliquen, a que ascienda la orina hacia los riñones haciendo más lento el flujo de la orina, o a que se comprima la vejiga a causa del tamaño del útero.
Además, durante el embarazo la orina es menos ácida y es más propensa a contener glucosa, y ambas cosas aumentan el potencial de crecimiento de las bacterias.

Objetivos

Evaluar los efectos de las intervenciones para la prevención de las infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane Plus, Medline (con el software Pubmed), Gerion, sCielo y Cuiden.

Resultados

Las infecciones urinarias son muy frecuentes, plantean un problema importante en mujeres de todas las edades: jóvenes, sexualmente activas, durante el embarazo, posmenopáusicas y en pacientes con patología urológica subyacente, causan molestias y pueden agravar otras afecciones genitourinarias.
Debido a la naturaleza crónica y la resistencia a los antibióticos, los datos existentes sugieren que el Vaccinium Macrocarpon, más conocido por arándano, puede tratar y prevenir la infección del tracto urinario de manera eficiente.

Conclusión
No hay evidencia directa de seguridad o daño a la madre o el feto como consecuencia del consumo de arándano durante el embarazo o lactancia.
Es un suplemento bien tolerado seguro que no tiene interacciones significativas. Los estudios experimentales y preclínicos sugieren que los componentes del arándano tienen otros beneficios, son anti-infecciosos, anticancerígenos y antioxidantes. Además, de poder inducir cambios cardiovasculares, metabólicos, así como mejorar la actividad neuropsicológica.

Suelo pélvico y bolas chinas.

Abdel Karim Ruiz, Miriam (1)*; Gallego Molina, Jessica (2); Gavilán Díaz, Marta (3).
(4) Enfermera. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga..
(5) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga..
(6) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Quirón. Málaga. España.
melocotoncillo@hotmail.com

Introducción: Las bolas chinas también son conocidas como esferas vaginales, bolas vaginales, bolas del amor, bolas de geisha, Rin no tama, bolas Ben Wa. Ayudan a fortalecer el suelo pélvico y evitar la incontinencia urinaria. Son dos esferas, en cuyo interior hay dos bolas más pequeñas, que producen una microvibración al moverse, favoreciendo la musculatura y el riego sanguíneo a nivel de la pelvis.

Objetivo*:* Aumentar los conocimientos de los profesionales sobre este tratamiento, eficaz para muchas mujeres.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cochrane Plus, Medline, Gerion, Scielo, Cuiden, Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS y google académico.

Resultados*:*
Las esferas vaginales son eficaces en el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal.
Son eficaces para ejercitar la musculatura del suelo pélvico.
Disminuye el riesgo de sufrir prolapsos.
Aumenta el placer en las relaciones sexuales al ser la mujer más consciente de la musculatura genital.
ayuda a aumentar la capacidad de alcanzar el orgasmo.
Aumentan la lubricación natural femenina.

Conclusión*:*
Se ha evidenciado que las esferas vaginales son eficaces en el tratamiento de mujeres con incontinencia urinaria y en entrenamiento muscular del suelo pélvico. Aunque hay necesidad de más ensayos para evaluar los métodos y protocolos de entrenamiento adecuados para la prevención de la incontinencia, del prolapso y de la disfunción sexual.

L'approche participative dans l'éducation pour la santé appliquée à la leishmaniose cutanée (Algérie).

Malika Hamedi, Yamina Rahou, Ali Sellami, Amina Ikhlef-Allal, Saci Belgat, Baghdad Makhlouf, Aicha Kebaili y Leila Houti.
Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle. Oran. Algérie. m_benghabrit@yahoo.fr

Introduction : L'éducation pour la santé a pour objectif de donner aux individus et aux groupes, les connaissances utiles pour adopter des comportements favorables à la santé, et d'encourager les actions communautaires succeptibles de protéger l'environnement et promouvoir la santé. La démarche écosanté qui rompt avec les méthodes classiques, permet d'intégrer selon une une démarche participative, les populations vulnérables et les acteurs locaux dans la prise en charge de leur propre santé. Dans cette vision, l'éducation à la santé acquiert une dimension plus interactive.

Objectif : Décrire un programme d'éducation pour la santé centré sur la leishmaniose cutanée élaboré et mis en œuvre par les acteurs locaux.

Méthode : Tenant compte de ces principes, il a été possible d'appréhender selon une approche écosanté, la question de la leishmaniose cutanée dans deux foyers algériens de leishmaniose cutanée, Ain Skhouna et Draa El Mizan. Les perturbations de l'environnement naturel et social qui entretiennent la maladie ont été ainsi identifiées.
A l'issue de ce diagnostic, le programme de communication qui a été mis en place dans les sites d'étude, basé sur des ateliers de formation à la communication d'informateurs clés et de clubs santé en milieu scolaire, s'est déroulé en deux étapes.

Résultats : La formation d'informateurs-clés a concerné les membres des associations locales de préservation de l'environnement, les jeunes, les femmes, les éducateurs, les professionnels et les représentants de mosquées et de confréries religieuse. En milieu scolaire, la création de clubs santé a permis de former parmi les adolescents, de jeunes leaders en communication, dans une approche « jeunes pour jeunes ». Tous les participants ont été initiés aux techniques et aux outils de communication. A l'issue des ateliers, les groupes de participants ont élaboré les supports d'éducation et de sensibilisation (affiches et dépliants) portant sur les modes spécifiques de transmission de la leishmaniose cutanée et les moyens de prévention. Secondairement, des programmes locaux de sensibilisation de la population générale et du milieu scolaire ont été élaborés.
A l'issue de ces formations, les participants aux ateliers de communication ont mis en œuvre dans chaque site, leur propre programmes d'éducation. Des campagne de sensibilisation réalisées par les informateurs clés et ciblant plusieurs sites stratégiques pendant trois jours consécutifs, ont été organisé dans les deux foyers d'étude. Des journées portes ouvertes sur la maladie ont été menées à Ain Skhouna. Dans les deux sites, un programme d'éducation en santé environnementale touchant la leishmaniose cutanée a été mis en œuvre par les clubs santé en milieu scolaire et une journée d'information a été organisée dans les collèges à l'occasion de la journée nationale du savoir.

Discussion : Le projet s'est appuyé sur des partenaires locaux pour conduire son programme d'éducation pour la santé, en intégrant au programme de communication des groupes actifs. L'intervention des membres issue de la communauté facilite la sensibilisation de la population générale sur ses questions de santé prioritaires.

Conclusion : Des acteurs locaux bien formés constituent de bons initiateurs et de meilleurs vecteurs dae programmes d'éducation pour la santé.

Prévention des maladies cardio-vasculaires : quels éléments de stratégie en Algérie ?

Sounnia Mediene-Benchekor[1,2,3], Imane Hamani-Medjaoui[4], Sarah A. Lardjam-Hetraf[3], Hadjira Ouhaibi-Djellouli[1,3], Saada Chougrani[2], Louisa Goumidi[5], Leila Houti[1,2,6]
(1) Département de Biotechnologie, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Université d'Oran, Oran, Algeria.
(2) LABoratoire des Systèmes d'Information en Santé, Université d'Oran, Oran, Algeria.
(3) Laboratoire de Génétique Moléculaire et Cellulaire, Université des Sciences et de Technologie d'Oran Mohamed Boudiaf, Oran, Algeria.
(4) Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés, Clinique Spécialisée en Orthopédie et Rééducation des Victimes des Accidents de Travail, Oran, Algeria.
(5) INSERM, U744, Institut Pasteur de Lille; Université Lille Nord de France, Lille, France.
(6) Faculté de Médecine, Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes, Sidi Bel Abbes, Algerie. sonia_mediene@yahoo.fr

Introduction : Le vieillissement de la population combiné aux changements de mode de vie ont conduit à une transition épidémiologique en Afrique du Nord. Ces changements ont un impact significatif sur le niveau des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et des pathologies associées (diabète, hypertension artérielle, obésité, syndrome métabolique). A partir d'une enquête en population portant sur l'épidémiologie du syndrome métabolique et ses facteurs associés dans une population urbaine en Algérie, il s'agit de dégager les éléments pertinents de stratégie pour un programme de prévention des maladies cardio-vasculaires.

Méthodes : Une enquête transversale (étude ISOR) a été réalisée, en 2008, sur un échantillon de 786 sujets âgés de 30 à 64 ans (Ratio M/F=0,94). Les sujets tirés au sort dans la liste des assurés sociaux résidant dans la ville d'Oran, ont participé volontairement à un bilan clinique, anthropométrique et biologique (glycémie à jeun, triglycérides, cholestérol total, Cholestérol-HDL et Cholestérol-LDL).

Résultats : Dans la population d'étude, l'obésité est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (32,5% vs 9,0%). Les hommes affichent des pressions artérielles plus élevées que les femmes même si la prévalence de l'Hypertension est semblable dans les deux sexes. Toutefois, parmi les 21,2% d'hommes hypertendus, seuls 9,0% se connaissent. La prévalence du syndrome métabolique, défini selon les critères NCEP-ATPIII, est de 20,0 %, elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (25,9 contre 13,7 %; p < 10-4). Parmi les composants du syndrome, les facteurs de risque le plus souvent observés chez les femmes sont une faible concentration de HDL-cholestérol (60,4 contre 44,2 % chez les hommes) et l'obésité abdominale (46,8 contre 30,1 % chez les hommes) tandis que les hommes affichent une prévalence plus importante de pression artérielle élevée (42,5 contre 34,8 % chez les femmes). Chez les hommes, le syndrome métabolique est plus fréquent chez les sujets mariés et très instruits. En revanche, les femmes présentant un niveau élevé d'éducation et une activité physique intermédiaire semblent être protégées.

Discussion : Le syndrome métabolique, répandu dans la population urbaine du Nord de l'Algérie, est associé à une forte proportion de HDL-cholestérol bas et d'obésité abdominale, surtout chez les femmes. En ce qui concerne le bilan lipidique, bien que le niveau de cholestérol total n'atteigne pas des valeurs pathologiques, on observe, notamment chez les femmes, des niveaux délétères de HDL-cholestérol probablement liés l'inactivité physique. Chez les hommes, le recours aux soins reste d'un faible niveau compte tenu du nombre élevé d'hypertendus méconnus.
Dans la définition du syndrome métabolique selon NCEP-ATPIII, le seuil critique du tour de taille n'a pas été adapté à la population nord-africaine. Or, la recherche a montré que les valeurs seuils de tour de taille doivent être ajustées aux différentes ethnies en combinaison avec le niveau des autres facteurs de risque conduisant à la survenue des maladies cardio-vasculaires.

Conclusion : Il y a un besoin de stratégies de prévention portant sur la promotion de l'activité physique pour l'ensemble de la population, du dépistage de l'hypertension chez les hommes et de l'obésité chez les femmes. D'autre part, il est nécessaire de redéfinir à travers des études longitudinales, les valeurs seuils spécifiques du tour de taille dans la population Algérienne.

Estragégia de promoçâo do acesso das gestantes e crianças aos serviços de saúde: o caso do projeto Mâes de Minas, Minas Gerais, Brasil.

Fernando Antônio Gomes Leles, Lizziane d' Ávila Pereira, Mônica Vallone Esposito Marchi y Carla Carvalho Martins. Brasil

Diferencias de la fecundidad entre españolas y extranjeras su influencia en los nacimientos de las provincias andaluzas.

Manuel Gómez Castellano, Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. España. manugocas@hotmail.com

Objetivo. En este póster voy a recoger en primer lugar las diferencias en la fecundidad entre las mujeres españolas y extranjeras en Andalucía y los cambios que han experimentado. En segundo lugar trataremos de mostrar la existencia de disparidades en la edad, la nacionalidad y la fecundidad de las mujeres en las provincias andaluzas que han influido en el número y la evolución de los nacimientos

Contexto. En Andalucía hasta finales del siglo XX las diferencias en los niveles de natalidad se debían casi exclusivamente a la juventud o envejecimiento de las poblaciones en función de que estuvieran más o menos esquilmadas por la emigración secular. Pero en este siglo XXI la población andaluza se ha hecho mucho más compleja, con mayor diferenciación interna porque la inmigración extranjera en Andalucía ha sido heterogénea en su conjunto y más aún en su distribución espacial.
En este siglo XXI la irrupción de los nacimientos de madre extranjera ha focalizado la mirada de los investigadores. Conforme se ha ido haciendo cada vez más importante la presencia de mujeres extranjeras en nuestro país, se han realizado toda una serie de estudios a escala nacional y autonómica que han venido mostrando las diferencias y la diversidad en las pautas de fecundidad de estas mujeres extranjeras respecto a las españolas.

Fuentes. Las tasas y gráficos se han elaborado a partir de los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, y por el SIMA (Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía) del Instituto de Estadística y Cartografía de la Junta de Andalucía

Resultados. He constatado en Andalucía las diferencias entre las mujeres españolas que han retrasado y concentrado su fecundidad, y las extranjeras que llegaban con una fecundidad mayor y más precoz en función de las pautas de fecundidad de sus países de origen pero, sobre todo desde 2008, disminuyen su fecundidad y se van acercando a las pautas españolas. Igualmente he constatado en todas las provincias andaluzas las diferencias en inmigración que han influido en los nacimientos: desde las mujeres extranjeras que rejuvenecen la estructura por edad en la provincia de Almería donde los nacimientos de madres extranjeras suponen el 31% del total de nacimientos y cuenta con una fecundidad más precoz, mientras que en la provincia de Sevilla la inmigración ha sido en mayor medida de adultas jóvenes españolas con una edad media de la maternidad más retrasada.

¿Qué sabe mi paciente sobre los remedios caseros?

Mª Isabel Montoso Ortiz, C.Calzado Rodriguez, R.Mata Aparcio, Fátima Fernández García, M.M.Carrasco Racero y R.B. Melgar Moreno. España

Mi memoria, herramientas para que se quede y no se vaya.

Mª Mercedes Carrasco Racer, R.B. Melgar Moreno, Fátima Fernández García, Mª Teresa Montoso Ortiz, C. Calzado Rodríguez y R. Mata Aparicio. España

Consumo de analgésico en los usuarios de Centros de Salud rurales. ¿Hay un abuso?

Fátima Fernández García, M.M. Carrasco Racero, R.B. Melgar Moreno, C. Calzado Rodríguez, Mª isabel Montoro Ortíz y R. Mata Aparicio. España

Cambios en el estilo de vida de pacientes diabéticos. ¿Realidad o ficción?

Celia Calzado Rodriguez, Maribel Montoro Ortíz, Rosario Mata Aparicio, Mª Mercedes Carrasco Racero, Fátima Fernández García, Remedios Beatriz Melgar Moreno. España

SESIÓN 27 – Salón actos

Presidente :

Tema : Profesionales emergentes

Programa de Educação pelo Trabalho/Vigilância em Saúde e o processo de formação de novos atores para a saúde.

Tatiane Araujo dos Santos, Handerson Silva Santos, José Lúcio Costa Ramos, Norma Carapiá Fagundes, Universidade Federal da Bahia. Igor Bittencourt Santos , Marivone do Nascimento Dias, Lidiane Carmo Alves, Maria do Socorro Farias Santos, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Brasil. tatianearaujosantos@yahoo.com.br

O Programa de Educação pelo Trabalho/Vigilância em Saúde (PET/VS) foi criado pelo Ministério da Saúde do Brasil em março de 2010 e tem como pressupostos a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio da reorientação da formação profissional. Seus objetivos são: assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença; promover transformações nos processos de geração de conhecimento, de ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde; fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito dos programas e ações de Vigilância em Saúde. Caracteriza-se como instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais de saúde e iniciação ao trabalho e vivências direcionadas aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, objetivando a qualificação das ações e serviços de saúde oferecidos à população. A Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) coordena desde 2010 em Salvador/Bahia um projeto do PET/VS em parceira com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), desenvolvido no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DDSF). Este projeto vem ocorrendo em duas etapas: de 2010-2012 e de 2013-2015, e é composto por estudantes de graduação em Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fonoaudiologia, Saúde Coletiva, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Odontologia, Farmácia, professores da Universidade e preceptores dos serviços, que acompanham os estudantes e os inserem no cotidiano do trabalho. Dessa forma, valoriza-se o trabalho em equipe multiprofissional, com convergência de saberes e práticas. A escolha da mortalidade materna e infantil como tema norteador do projeto relacionou-se ao fato da SMS e da coordenação do referido Distrito terem-na priorizado como problema de saúde, pois, dados confirmam que em Salvador, no ano de 2008, a razão de mortalidade materna alcançou o valor de 96,2/100.000 nascidos vivos e o DSSF alcançou a taxa de

43,6/100.000 nascidos vivos. A abordagem desses problemas parte do enfoque da Vigilância em Saúde, que articula um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações, garantindo a integralidade da atenção. Para a condução deste projeto, optou-se pelo método do planejamento estratégico-situacional em saúde articulado com a Pesquisa-Ação, como um processo de formação que envolva habilidades e atitudes de sujeitos capazes de analisar e posicionar-se criticamente em relação ao cotidiano do seu trabalho profissional e ao contexto do território no qual se inserem e do qual participam como atores capazes de intervir e intermediar. Na primeira etapa do projeto, desenvolvida entre julho de 2010 e junho de 2012, foram alcançados os seguintes resultados: para a Universidade, houve um ganho em produção científica, na formação crítica e cidadã dos seus acadêmicos, contribuindo para a formação de profissionais comprometidos com a saúde da população. Para a SMS e o DSSF os ganhos foram a implantação de uma Comissão Distrital de Análise do Óbito Materno, Infantil e Fetal e a melhoria da captação e alimentação dos sistemas de informação no planejamento e avaliação das ações de saúde; a participação dos trabalhadores em todas as atividades, o que possibilitou a sustentabilidade do projeto; a realização de ações de educação permanente que trouxeram benefícios à organização dos serviços. Na etapa atual, estão inseridas as ações de monitoramento da morte infantil e fetal, a organização da rede de assistência ao parto e atuação junto à vigilância e eliminação da sífilis congênita no Distrito. As ações vivenciadas no PET/VS foram pautadas no exercício do diálogo reflexivo a partir das problemáticas advindas do trabalho. Tais experiências contribuíram na formação crítica dos graduandos e dos trabalhadores dos serviços, possibilitando maior percepção da realidade do Sistema de Saúde em âmbito local, bem como dos desafios encontrados no cotidiano para implementá-lo. Ressalta-se ainda o reforço ao trabalho em equipe multidisciplinar e a inserção das administrações públicas em saúde na formação dos futuros profissionais e na capacitação dos trabalhadores da saúde.

Planajamento em saúde: novos atores, novos cenários e praticas.

Gabriel Calazans Baptista, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Maria Isabel Barros Bellini, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.
Cristiane Fischer Achutti Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.
Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.
Ana Maria Mejolaro Dalla Valle, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.
Marta Araújo Grecellé, Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Cristian Fabiano Guimarães, Instituto de Porto Alegre Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Ligia Maria Correa Geyer, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Liane B Prytoluk, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Brasil. gabriel-baptista@saude.rs.gov.br

Introdução:O tema desta comunicação aborda a reorganização das regiões de saúde no estado do rio Grande do Sul/Brasil, processo coordenado pelo Grupo de Trabalho, Planejamento , Monitoramento e Avaliação da Gestão em Saúde/GT,PM & A, que atravessou o período de 2010 a 2013 e se caracterizou por ser coletivo, democrático e complexo na medida em que buscou romper com formas centralizadas de planejar e fazer a gestão da política de saúde no estado. O estado do Rio Grande do Sul ocupa uma área geográfica de 281.748,538 km que é 3% do território nacional, com uma população em torno de 10.639.929 habitantes (IBGE2011) o que representa 6% da população do país a qual apresenta índice de Desenvolvimento Humano(IDH) de 0,814 (Censo 2000) conforme critérios de expectativa de vida, o nível de educação e o rendimento estabelecidos pelo Programa das Nações para o Desenvolvimento /PNUD. Tem sob sua responsabilidade a gestão da política de saúde em 497 municípios que fazem fronteira com a Argentina e Uruguai. A constituição do povo é marcada fortemente pela influencia de descendentes de portugueses, alemães, italianos, africanos e indígenas e ainda uma pequena parte por espanhóis, poloneses e franceses, dentre outros imigrantes. Ressalta-se que o Brasil enfrenta nas ultimas décadas as refrações da questão social sendo que Política de Saúde brasileira neste contexto histórico tem sido receptáculo das conseqüências destas transformações expressas nas contradições de um sistema de saúde que se anuncia universal e eqüitativo mas que traduz no seu cotidiano as mazelas de uma sociedade desigual. Desta forma a Política de Saúde no Brasil tem sido palco de importantes transformações que preconizaram um sistema universal, eqüitativo e integral o Sistema único de Saúde/SUS e que foram desencadeadas a partir da organização da população e dos trabalhadores de saúde que determinou a inclusão do direito a saúde no texto da Constituição Federal de 1988. A inclusão no texto constitucional promoveu muitos avanços, investimento em recursos humanos, pesquisas, ciência e tecnologia e a priorização da atenção básica, com direção para a descentralização das ações em saúde e fomento da participação social e conscientização sobre o direito à saúde. Esse Resumo apresenta a experiência de re-organização das regiões de saúde no estado do Rio Grande do Sul e pretende responder a

pergunta do XXV CALASS sobre organização de modelos em saúde. Trata da criação de uma metodologia de trabalho que articulou os atores vinculados a Política de Saúde a fim de inverter a lógica da organização de modelo de saúde em vigência desde a década de 1960 centrada em regiões administrativas e na assistência médico-hospitalar (atenção secundária e terciária). A metodologia de trabalho criada e coordenada pelo Grupo de Trabalho em Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão em Saúde da ASSTEPLAN/Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde teve como **Objetivo Geral** estimular a governança e o planejamento regional através da reconfiguração das Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul/Brasil.

Metodologia: Construção de uma estratégia metodológica coletiva ou um desenho metodológico amparado nos seguintes aspectos:- critérios não apenas os assistenciais, integrando à compreensão da região de saúde os aspectos culturais, geográficos e a capacidade de gestão; - dispositivos de educação permanente, especialmente quanto à capacidade de gestão da região de saúde.Finalmente uma metodologia que estimulasse o processo cooperativo entre o Gestor Estadual e os Gestores Municipais, tendo em vista avançar na descentralização das ações e serviços de saúde. Esse processo atravessou os anos de 2010/2011/2012 e 2013.

Resultados: - finalizar o mapa da regionalização da assistência à saúde com identificação das necessidades de investimentos, - redesenho com trinta (30) Regiões de Saúde; - levantamento potencial do conjunto de necessidades de saúde para análise,- identificação de metas a serem alcançadas, estimulando o planejamento regional.

Contribuições: A re-organização das regiões de saúde, processo iniciado em 2011, mobilizou atores da Política Estadual de Saúde agregando de forma visceral a gestão estadual com gestão municipal (são 497 municípios). Essa metodologia e seus resultados romperam com a formatação anterior das regiões de Saúde que se configurava com um módulo assistencial constituído de um grupo de municípios entre os quais um município sede, com capacidade de ofertar com suficiência um conjunto mínimo de procedimentos definidos como primeiro nível da média complexidade para toda a população do módulo.A construção coletiva de um novo desenho de regiões de saúde foi efetivada nas unidades infinitesimais do cotidiano das ações em saúde, e impôs que trabalhadores de saúde, gestores e dos representantes do controle social participassem ativamente garantindo a efetivação de um processo democrático e de co-responsabilização. Essa metodologia está em consonância com um sistema de saúde que se propõe universal, eqüitativo e integral e afirma-se como o único caminho possível para sua consolidação.

Contribuições das Organizações Não Governamentais para a Melhoria das Práticas de Cuidado em Saúde.

Ana Lúcia Mello, Selma Regina de Andrade, Livia Crespo Drago, Priscilla Cibele Tramontina y Alacoque Lorenzini Erdmann. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. alfm@terra.com.br

Objetivos da investigação: Caracterizar as organizações não governamentais da rede de apoio comunitário como serviços de saúde existentes em um município e analisar as contribuições destas organizações para a melhoria das práticas de cuidado em saúde.
Contexto e a descrição do problema: As Organizações Não-Governamentais (ONG) ou do Terceiro Setor, no campo da saúde, estiveram integradas aos movimentos de lutas sociais de segmentos marginalizados. Constituíram-se historicamente enquanto um dispositivo de novas práticas e de experimentação para propostas alternativas aos modos predominantes cuidado à saúde. A atuação das ONG concentrava-se em uma vertente predominantemente assistencialista, estendendo cuidados em saúde a grupos excluídos do atendimento do Estado ou de órgãos públicos. No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), esta atuação perde parte de sua força, pois se estendeu o direito à saúde a todo cidadão. Entretanto, ainda hoje persistem diversas lacunas no sistema, espaços de intervenção que ainda necessitam serem ocupados. A complexidade do cuidado em saúde num sistema universal pressupõe relações intersetoriais e interdisciplinares, envolvendo atuação do setor governamental articulada com demais entidades da comunidade. Acredita-se que a interação com ONG contribui para uma abordagem integral e resolutiva dos processos de reinserção social de usuários da rede de saúde. Trata-se de estratégia importante para consolidar a atenção em saúde, pela possível articulação da uma rede de apoio comunitário, em conjunto com os demais serviços públicos de saúde existentes em um determinado território.

Método: Estudo exploratório-descritivo e analítico, de natureza qualitativa, ancorado no referencial da Teoria

Fundamentada nos Dados que consiste num conjunto de procedimentos sistemáticos de coleta e análise de dados qualitativos, com o objetivo de construir teorias embasadas nos próprios dados empíricos. Faz parte do macro-projeto de pesquisa "Sistema de cuidado à saúde: melhores práticas organizacionais no contexto das políticas públicas de saúde" e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (257/08). Foi realizado em Florianópolis, SC, Brasil e teve três etapas: atenção básica, atenção secundária, redes de atenção e ONG. Nesta última, houve o *momento quantitativo*, com levantamento de documentos oficiais para caracterização das ONG e aplicação dos critérios para seleção das instituições que participariam do Grupo Amostral (critérios de inclusão: prestar assistência à saúde, possuir um ou mais profissionais da saúde atuando e representar diferentes segmentos sociais) e o *momento qualitativo*, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas com sujeitos que atuam nas ONG selecionadas (8 gestores e 9 profissionais da saúde). Os dados foram obtidos no período de setembro de 2011 a abril de 2012.

Resultados e discussão: Dentre os 5 distritos de saúde do município de Florianópolis foram encontradas 45 ONG que prestam serviços de saúde. A população idosa é assistida por 14; crianças e adolescentes em situação de risco são assistidas por 12, destacando-se algumas peculiaridades (prevenção de drogas e HIV; escolares em vulnerabilidade e regime de abrigo); 5 ONG atuam junto a pessoas com doenças crônicas (portadores de HIV, renais crônicos e câncer), sendo que uma delas atua com filhos de pais portadores de HIV; portadores de necessidades especiais contam com o apoio de 8 ONG, voltadas cada qual para o atendimento de deficiências de audição; física; visual; mental e comportamental; dependentes quimícos, incluindo alcoolismo, são assistidos por 4 ONG, sendo uma delas exclusivamente para homens; mulheres e gestantes são acompanhadas por 4 ONG. No âmbito da promoção da saúde, 10 ONG mencionam o desenvolvimento de atividades físicas, como rol das atividades prestadas junto à comunidade assistida. Os dados qualitativos geraram 4 subcategorias a saber: Caracterizando o trabalho das ONG que prestam serviços de saúde; O diferencial das ações e serviços das ONG que prestam serviços de saúde; A sustentabilidade das ONG que prestam serviços de saúde e Interações das ONG com o sistema único de saúde e demais setores da sociedade. A categoria central que intitula o fenômeno estudado denomina-se: Assistência à saúde prestada por ONG: complementaridade das práticas e contribuições ao cuidado integral.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: O estudo de melhores práticas de cuidado à saúde visa a aplicação de conhecimento em situações e contextos específicos e sua realização com o emprego adequado de recursos para o alcance de bons resultados. A interação da rede pública de atenção à saúde com entidades não governamentais contribui para uma abordagem resolutiva dos processos de reinserção social de usuários. Tornar possível articulação da uma rede de apoio comunitário, em conjunto com os serviços de saúde existentes em um determinado território é uma estratégia importante para consolidar a atenção integral à saúde. Assim, ao associar referenciais de melhores práticas à assistência à saúde prestada por ONG pode potencializar respostas positivas às demandas dos usuários dos serviços públicos de saúde.

Trabalhadores técnicos de saúde e suas trajetórias profissionais no Brasil: desafios para a gestão do trabalho.

Mónica Vieira, Filippina Chinelli, Ana Margarida Campello, Francisco Lobo Neto, Arlinda Moreno, Luisa Sório Flor, Alexandra Almeida y Marcio Candeias. Escola Politecnica de Saúde Joaquim Venâncio FIOCRUZ e Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Brasil. monicavi@fiocruz.br

Esse trabalho é parte da pesquisa "Trajetórias Educacional e ocupacional dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil" desenvolvida no âmbito do Laboratório de Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, com apoio da FAPERJ e PAPES/Fiocruz/CNPq. O projeto de pesquisa de que trata o presente relatório teve por objetivo caracterizar as trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde, sua formação técnica e a inserção no mercado de trabalho em saúde. Discute a relação entre qualificação e trajetórias ocupacionais, partindo-se do ponto de vista do trabalhador, considerando suas percepções sobre as relações de trabalho nas quais se inserem e as repercussões desses aspectos na autoconstrução de suas subjetividades. O tema é analisado no contexto mais geral das mudanças no mundo do trabalho, associadas à intensificação, flexibilização e precarização das relações de trabalho. O trabalho se apoia também no conceito de qualificação tal como formulado por diferentes autores da sociologia do trabalho que o tomam como histórica e socialmente construído, procurando mostrar sua adequação a uma perspectiva que não dissocia a organização, a gestão e as práticas de trabalho do processo de qualificação e da subjetividade dos

trabalhadores. Este estudo procurou combinar analiticamente uma abordagem retrospectiva, de caráter antropológico, baseadas em entrevistas em profundidade com trabalhadores de diferentes grupos ocupacionais da saúde, com uma abordagem longitudinal baseada em dados estatísticos dos anos 2000. Esses dados foram coletados na Relação Anual de Informações Sociais - Rais, do Ministério do Trabalho que coleta informações do mercado formal trabalho permitindo detectar padrões de percursos ocupacionais dos trabalhadores. Buscou-se identificar a especificidade dos percursos formativos e ocupacionais desses diferentes grupos de trabalhadores técnicos em saúde; analisar a relação entre formação técnica em saúde e trajetórias educacional e ocupacional; compreender como percebem a relação entre sua formação e inserção profissional e a construção das suas trajetórias. Procurou-se caracterizar a escolaridade e o contexto socioeconômico, compreender o papel da família e da rede pessoal na formação e inserção profissional, retratar os itinerários de formação e o percurso ocupacional dos trabalhadores, identificar as atividades desenvolvidas ao longo das trajetórias ocupacionais, motivação para inserção e permanência na área da saúde, expectativas profissionais. Entre as várias questões levantadas, evidenciam-se a predominância do setor privado na formação técnica em saúde; as mudanças na concentração regional, com a diminuição da participação da região sudeste no total de alunos matriculados; a ampliação do leque de cursos oferecidos com a diminuição da participação relativa da formação técnica em enfermagem no seu total. Os resultados encontrados tanto a partir da RAIS quanto da PNAD apontam um crescimento substancial da massa de trabalhadores, desconcentração regional, constância quanto à participação nos setores público e privado ao longo dos anos, participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho em saúde, envelhecimento da grande maioria dos trabalhadores ativos, aumento do nível de escolaridade e de renda. A análise das entrevistas realizadas permitiu confirmar que o nexo entre trabalho e qualificação deve ser buscado na trama das relações técnicas, políticas e sociais presentes no processo de trabalho, nas dinâmicas da formação/qualificação profissional e do mercado de trabalho. A expressão dessas relações foi constatada nos depoimentos dos trabalhadores sobre o ingresso e permanência ou não na ocupação exigindo articular a dimensão subjetiva às questões estruturais que compõem a realidade social estudada.

O estudo permite apontar que a gestão do trabalho no setor público de saúde brasileiro precisa se aproximar da compreensão da construção dessas trajetórias profissionais no sentido de repensar a formulação de políticas e programas relativos ao campo do trabalho na saúde entendendo que as trajetórias são percursos de vida no tempo e no espaço que conformam processos de mobilidade coletiva, processos estes que exprimem a articulação concreta de múltiplas dimensões (trabalho, escola, família etc), com suas rupturas e descontinuidades.

Horario: 14:30 – 16:00

SESIÓN 28 – Sala 2

Presidente :

Tema : Necesidades de los ciudadanos 4

Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas de Crianças e Adolescentes em Sergipe – Brasil no período de 1998 A 2012.

Vânia Carvalho Santos, Darci Neves Santos y Carlos Antônio de Souza Teles Santos. Universidade Federal da Bahia. Brasil. vrtlcarvalho@hotmail.com

Resumo

A Política de Saúde Mental Brasileira preconiza a desinstitucionalização e o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar. O estudo foi ecológico, descritivo e temporal, com objetivo de analisar as características e tendências das internações. Observou-se tendência linear em relação, ao CID, idade e sexo. Os diagnósticos mais frequentes: uso de substâncias psicoativas 49,9%,esquizofrenia e transtornos delirantes 28,8%, transtornos de humor 10,4%.Conclui-se que há necessidade de ampliação da rede de saúde mental, a organização dos serviços a fim de que as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes sejam reduzidas e descentralizadas.

Resumen

La Política de Salud Mental Del Brasil recomienda la de-institucionalización y desarrollo de una red fuera del hospital. El estudio es ecológico descriptivo y temporal, analiza las características y tendencias de las admisiones. Observada tendencia lineal en relación con la CIE, la edad y el sexo. Los diagnósticos solicitantes fueron: abuso de sustancias, 49,9%, esquizofrenia y trastornos delirantes, 28,8%, trastornos del estado de ánimo, 10,4%. Se concluye que hay una necesidad de expansión de los servicios de salud mental, buscando reducir y descentralizar la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes. Palabras clave: Sistema de salud, hospitalización, Salud Mental, Salud Atenção Niños y adolescentes.

Desarrollo económico, Migraciones y Mortalidad en Andalucía: una relación a explorar.
Antonio Daponte Codina y M. Bernal. España

Inserção de pessoas com transtornos mentais em atividades laborativas: Debate sobre o direito, o desejo e a necessidade do acesso ao trabalho.
Ana Paula Donizete da Silva y Sabrina Ferigatto. Brasil y España

La salud de las personas afectadas por un proceso de desahucio en Granada.
Antonio Daponte Codina, Julia Bolívar, Inmaculada Mateo, Mariola Bernal, Antonio Daponte, Cecilia Escudero, Carmen Sánchez-Cantalejo, Isis González, Humbelina Robles y el Grupo de Investigación sobre salud y procesos de desahucio de Granada. España

SESIÓN 29 – Sala 3

Sesión organizada por: Sandra Fagundes, Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Brasil

Tema : As Mudanças do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, Brasil

Lengua: portugués

A proposta de mesa atende o tema principal do evento e responde também as questões norteadoras. Na impossibilidade do Brasil dar conta de mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, para atuar na atenção primária e para garantir a organização das Redes de Atenção à Saúde e de uma atenção primária capaz de ser a ordenadora de rede, como preconiza a legislação, o país desenhou o programa “Mais Médicos”, com o objetivo de atender às necessidades dos cidadãos e de garantir a viabilização do Sistema Único de Saúde - SUS. O perfil de profissionais que tem aderido ao Programa mostra que o acolhimento, com um espaço privilegiado de escuta, com uma gestão do cuidado mais próxima do cidadão pode oferecer um atenção humanizada e uma clínica mais focada nos condicionantes e determinantes de saúde e alavancar a consciência de cidadania da população.

O conjunto de temas propostos para o debate estão relacionados ao grande esforço de transformar a atenção primária no RS em prioridade técnica e política. O conjunto de estratégias desenvolvidas teve como objetivo produzir uma nova visibilidade a Política. A população também é beneficiada, já que novo perfil de profissionais colabora na construção de relações população x profissionais mais humanizada, com uma gestão da clínica diferenciada. As linhas de cuidado dão o formato para as políticas públicas auxiliando os profissionais e população na organização das demandas.

As Políticas de Indução para Expansão e Consolidação dos atributos da APS e do Modelo Assistencial do Saúde da Família no RS.
Ricardo Heinzelmann y Flavio Wanderlei Gomes da Silva. Brasil

Um novo cenário de parceria interfederativa no Rio Grande do Sul.
Rebel Zambrano Machado y Priscilla Lunardelli. Brasil

A construção de um novo modelo de gestão democrática e participativa entre os gestores municipais e a gestão estadual.

O contrato comunitário e a sensibilização para a implantação de um novo modelo.
O Cofinanciamento da Atenção Primária no Rio Grande do Sul e sua ação Indutora de Reorganização dos sistemas municipais

As Estratégias de Formação dos Trabalhadores da Saúde no Rio Grande do Sul.
Rebel Zambrano Machado, Carmen Bagatini. Brasil

SESIÓN 30 – Sala 4

Presidente:

Tema : Formación contínua 2

Apoio Institucional como dispositivo de Educação Permanente: a experiência do Departamento de Ações em Saúde, desde o Grupo de Trabalho da Macrorregião de Saúde Metropolitana.

Rebel Zambrano Machado2, Károl Veiga Cabral1 y Priscilla Lunardelli. Departamento de ações em Saúde. Secretaria de Estado da Saúdo do Rio Grande do Sul. Brasil. zambrano.rebel@gmail.com

Resumo
Esta comunicação apresenta parcialmente a experiência desenvolvida junto ao Departamento de Ações em Saúde - DAS, da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil, a partir do ano de 2011, em relação à utilização da ferramenta de Apoio Institucional, enquanto dispositivo de Educação Permanente e através da constituição de grupos multiprofissionais e georreferenciados como potência para implantação das Redes de Atenção à Saúde, implementando assim o SUS.

Experiência
O DAS, desde 2011, vem diversificando seus processos de trabalho em relação às atribuições da gestão interfederativa de nível estadual do Sistema Único de Saúde, portanto, importantes mudanças institucionais decorrem desta reestruturação que foi decisiva para importantes avanços na concepção e na implantação de Redes de Atenção à Saúde - RAS.
Os fundamentos para a constituição do trabalho ora relatado estão estruturados a partir da adoção de uma arquitetura organizacional, baseada em um modelo matricial, através de equipes multiprofissionais, que instituem um funcionamento orgânico e sintônico dos processos de trabalho com as RAS. Estas formas híbridas, contam com a existência de grupos de trabalho multiprofissionais (especialistas) e georreferenciados, a priori autogeridos, questões que são estratégicas para organizar as atividades de trabalho. Com esse tipo de estrutura na gestão do trabalho se diluiu as "caixas especializadas" tencionando a disseminação do conhecimento. Esse formato hoje abrange toda a estrutura interna da SES; os trabalhadores em saúde podem contribuir para múltiplas tarefas organizacionais, sendo que a coordenação e a cooperação vão além dos limites de setor. O modelo da gestão do trabalho ora implantado conserva traços da *adhocracia*, já que apresenta características variáveis e é adaptativo, organizado em torno de problemas a serem resolvidos por um grupo de pessoas com habilidade e profissões diversas e complementares, sendo a hierarquia construída de forma muito mais horizontalizada.
Este novo cenário tem reconfigurado o modo de trabalho das equipes, que passaram, então a se organizar, não somente em políticas específicas ou ações independentes umas das outras, mas em coletivos georreferenciados, por macrorregiões de saúde constituídas por diferentes representações, que em conjunto partilham a responsabilidade pelo planejamento, assessoramento e apoio às diferentes regiões de saúde do Estado na responsabilização pela oferta do cuidado oportuno em tempo adequado aos usuários do SUS.
No inicio deste processo utilizou-se o desenho de regionalização que já existia na Secretaria Estadual da Saúde, em que o Rio Grande do Sul estava dividido em sete macrorregiões de saúde: centro-oeste, metropolitana, missioneira, norte, serra, sul e vales. O objetivo do trabalho dos grupos multiprofissionais e georreferenciados desde o princípio era o Fortalecimento da Atenção Básica com foco no território. Este processo tem demandado o exercício de gestão coletiva do cuidado em saúde, a partir das necessidades de cada território. Além da organização georreferenciada, foram estruturados grupos de trabalhadores por eixos estruturantes, que são quatro: Ciclos vitais, Atenção Básica, Transversalidades/Diversidades e de Gestão, cujo principal desafio é avançar na constituição das Linhas de Cuidado, que também garantam a integralidade, garantindo ainda a integração "entre políticas de saúde". Soma-se ao relatado a constituição de um Colegiado

Gestor, que articulado aos demais espaços buscam responder a diferentes dimensões de tomada de decisões relativas ao nível estadual da gestão interfederativa do SUS. O georreferenciamento foi uma escolha estratégica para ampliar a capilaridade, estruturar uma das formas de Apoio Institucional às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e aos municípios. Essa mudanças foram importantes para desencadear o processo de apoio institucional na SES em relação às equipes de saúde e aos gestores. A dimensão de educação permanente permeada no tipo de apoio ofertado tem sido garantida por momentos em que os técnicos da SES reservam para refletir sobre suas práticas e buscar ferramentas e novos dispositivos capazes de instrumentalizar a condução dos processos e induzir mudanças. A Escola de Apoiadores se traduz como um dispositivo da Rede de Educação em Saúde Coletiva – RESC. Trata-se de uma estratégia de acompanhamento técnico e pedagógico de apoiadores matriciais, institucionais e/ou de gestão, configurada como espaço de educação permanente. Iniciativa da administração pública estadual que tem colaborado para qualificar a formação dos trabalhadores, do nível central, na área da saúde e que têm se constituído como fator facilitador para que se tornem articuladores e replicadores de estratégias e técnicas com potência para serem analisadoras de processo de trabalho.

Atuação educativa dos agentes de combate às endemias no controle da dengue.

Erenilde Marques de Cerqueira, Universidad Estadual de Feira de Santana. Thaís Moreira Peixoto, SMS de Feira de Santana y Maricélia Maia de Lima, Universidad Estadual de Feira de Santana. Brasil. eremarques@fsonline.com.br

Resumen

Desde la década de 1980 hasta los días actuales, el Brasil viene registrando la presencia del mosquito Aedes aegypti, principal transmisor del dengue.
El Agente de Combate contra las endemias tiene un papel fundamental en el fortalecimiento de las acciones educativas en El Programa Nacional de Control al Dengue. Este profesional tiene contacto directo con los ciudadanos durante las llamadas operaciones de campo de para combatir el Aedes aegypti. El presente estudio tiene como objetivo analizar las acciones educativas de estos ACE durante esta inspección domiciliar. Es una búsqueda de abordaje cualitativa, tipo descriptiva. Los sujeto participantes del estudio eran los ACE que actúan en los barrios seleccionados y los residentes de las casas inspeccionadas por ACE. La síntesis del discurso permitió llegar a dos unidades temáticas: Unidad Temática 1. La práctica educativa de ACE se centró en el combate al mosquito transmisor; Unidad Temática 2. Conocimiento de los residentes sobre el dengue: los medios de comunicación como principal fuente de información. La actuación de los ACE es Se comprende que se hace necesario reconsiderar la importancia de esta acción, propiciando a los ACE cualificación para el enfoque de la a comunidad durante esta época de contacto con la realidad.

Resumo

Desde a década de 1980 até os dias atuais, o Brasil vem registrando a presença do mosquito Aedes aegypti, principal transmissor da dengue, bem como sucessivos casos da doença em todo o país. O Agente de Combate às Endemias (ACE) tem papel fundamental no fortalecimento das ações educativas no PNCD. É este profissional que tem o contato direto com os cidadãos durante as chamadas operações de campo de combate ao Aedes aegypti. O presente estudo tem como objetivo analisar as ações educativas destes ACE durante esta inspeção domiciliar. É uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva. Os sujeitos participantes foram os ACE que atuam nos bairros selecionados e os moradores dos domicílios inspecionados. A síntese dos discursos possibilitou chegar a duas unidades temáticas: Unidade Temática 1. A prática educativa do ACE focada essencialmente no combate ao mosquito transmissor; Unidade Temática 2. Conhecimento dos moradores sobre a dengue: a mídia como a fonte principal de informação. Entende-se que é necessário repensar a importância desta ação, propiciando aos ACE uma qualificação adequada para a abordagem da comunidade durante este momento especial de contato com a realidade.

Redes sobre obesidad infantil: Una oportunidad para el desarrollo profesional en salud pública en Andalucía y Québec.

Amparo Lupiañez Castillo, Jaime Jiménez-Pernett, Begoña Gil, Silvia Toro, Guadalupe Longo. España

Avaliação do acesso ao exame preventivo e tratamento do câncer do colo do útero na perspectiva do usuario.

Estela Márcia Saraiva Campos y Thaís Pereira Goulart. Brasil

Educaçâo permanente para profissionais da atençâo primária à saúde como estragégia central para a qualidade e organizaçâo da rede de atençâo à saúde.
Fernando Antônio Gomes Leles y Lizziane d' Ávila Pereira. Brasil

SESIÓN 31 – Sala 6

Presidente:

Tema : Nuevos modelos organizativos 3

Gérer en réseau: un défi contemporain d'importance pour le management.
Lise Lamothe y Stéphanie Collin. École de santé publique (ESPUM). Université de Montréal. Québec. lise.lamothe@umontreal.ca

Au Canada, comme dans plusieurs pays, les transformations des impératifs de soins et services posent d'importants défis d'adaptation pour l'organisation des services de santé. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, notamment, a des impacts sur l'utilisation des services de santé et oblige professionnels et managers à concevoir et organiser des soins et services qui font intervenir plusieurs professionnels et organisations dans une relation continue. Une forme d'organisation en réseau en émerge, issue des efforts d'adaptation des modes de fonctionnement tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Ces efforts portent à la fois sur la recherche d'un meilleur arrimage du travail des professionnels conjointement engagés dans la production des soins et services que sur la recherche de nouveaux arrangements de gouverne, en inter-organisationnel, pour canaliser ces efforts. Ainsi, l'organisation en réseau rallie une grande variété de producteurs de soins qui offrent collectivement des services coordonnés et continus, adaptés à la variété des patients eux-mêmes et celle de leur condition clinique. Une telle forme organisationnelle repose davantage sur les flux d'information que sur les structures.
Bien que l'émergence d'une organisation réseau soit inévitable, sa mise en œuvre n'est pas facile; le cœur même du centre de production de soins et services en est transformé. Cette situation soulève des défis pour le management.
Dans cette présentation, nous nous appuyons sur un programme de recherche mené au cours des dernières années, et portant sur l'étude des transformations des modes de fonctionnement de l'offre des soins et services de santé. Dans ce contexte, nos observations sur l'émergence de l'organisation-réseau nous ont permis d'identifier un certain nombre de défis que ce phénomène soulève pour le management. Ces défis portent à la fois sur les aspects d'innovation associés à la création d'une forme organisationnelle nouvelle et peu comprise, que sur les aspects du management de cette innovation et de son fonctionnement.
Comment aborder la formation d'un réseau?
Quelles sont les conditions essentielles à leur mise en oeuvre?
Quelles sont les compétences requises aux plans conceptuel, professionnel, interpersonnel et réflexif, pour gérer « en réseau »?
Quelle forme de leadership doit s'exercer pour canaliser un processus d'apprentissage collectif entre les personnes concernées?
Comment former un leadership collectif efficace en inter-organisationnel?
Quels sont les effets de rétroaction de ces transformations sur les structures et systèmes existants (ex. indicateurs de performance, allocation des ressources budgétaires, etc.)?
Notre présentation permettra de proposer des réponses à ces questions tout en identifiant les retombées de ces changements pour la gouverne des systèmes de santé.

Grupo Condutor Regional: estratégia de implantação da Rede Materno Infantil em uma região do Estado **de Sâo Paulo – Brasil.**
Silvia Matumoto - EERP-USP, Silvana Martins Mishima - EERP-USP, Cinira Magali Fortuna - EERP-USP, Wilson Mestriner Junior - FORP-USP, Maria do Carmo Gulacci Guimarães CacciaBava - FMRP-USP, Adriana Barbieri Feliciano – UFSCar, Cássia Irene Spinelli Arantes – UFSCar, Marcia NiitumaOgata - UFSCar, Maria Lúcia Teixeira Machado – UFSCar, Geovani Gurgel Aciole da Silva – UFSCar, Maria Teresa Luz Eid da Silva - DRS III – Araraquara, Mônica Vilchez da Silva - DRS III – Araraquara, Cristiane Ribeiro - DRS III – Araraquara, Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos Pinto - DRS III – Araraquara, Vera Dib Zambon - DRS III – Araraquara. Brasil. smatumoto@eerp.usp.br

Objetivos da investigação
Analisar o Grupo Condutor Regional como estratégia de implantação da Rede Materno Infantil do DRS III de Araraquara - SP, Brasil.

Contexto e a descrição do problema
O projeto de pesquisa tem como objeto a rede de atenção à saúde materno infantil em processo de implantação no Departamento Regional de Saúde III de Araraquara (DRS III), em suas quatro regiões de gestão. A problemática emergiu do processo de pactuação regional para atender às necessidades dos municípios de implementar ações que impactem no atual quadro de morbi-mortalidade materno infantil e melhorem a qualidade da atenção. A redução de óbitos materno e infantis foi definida como prioridade no Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo em suas duas últimas versões (quadriênios 2008 – 2011 e 2012-2015) em consonância com as diretrizes nacionais e com a necessidade de organização da rede de atenção que priorizem projetos consistentes de intervenção.
O Brasil conta com portarias que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério: aquela que estabelece as diretrizes para a organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (RRAS), e a Portaria nº1459 que institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta última está a diretriz de formação de grupos condutores nas instâncias estadual e municipal.
O processo formal de constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do DRS III - Araraquara adotou como estratégia a construção coletiva e ascendente do Plano no território. Seu ponto de partida foi à estruturação do grupo condutor regional (GCR) e dos grupos condutores municipais (GCM).

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. 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. O método da pesquisa-intervenção é a cartografia, cujo referencial teórico e metodológico apoia-se em autores da análise institucional. 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 2104. 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
A formação dos Grupos Condutores Estaduais está proposta enquanto uma diretriz na portaria que Instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde, constituída por membros da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS). Este coletivo tem como atribuições: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.
A mesma Portaria prevê a instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.
No Estado de São Paulo, o sistema de saúde estruturou-se em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), e na RRAS 13, instituiu-se o GCR da Rede Materna e Infantil para implantação da rede cegonha.
Quando o grupo de pesquisadores iniciou o acompanhamento dos trabalhos do GCR este já havia elaborado e iniciado o componente pré-natal do Plano de Ação Regional e vem discutindo e lidando com as dificuldades e problemas identificados nos municípios. Alguns de seus membros, embora trabalhem em serviços assistenciais, não se reconhecem como parte da rede de atenção, entendendo que esta é constituída pelos gestores, pelo sistema de informação e de financiamento.
Os membros do GCR são também membros do GCM e não têm clareza de seus papeis nesses diferentes espaços de gestão da rede cegonha.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais
O referencial teórico-metodologico da análise institucional que sustenta a pesquisa-intervenção possibilita produção de conhecimento pelos próprios trabalhadores-sujeitos da pesquisa, através da análise do trabalho do GCR, suas atribuições e modo de funcionamento. Assim, opera de forma mais consistente essa estratégia de constituição da Rede Cegonha para o alcance de impacto positivo na qualificação da atenção maternoinfantil na região.

Red Isir: Red de Inmigración Y Salud para la mejora de la atención sanitaria de la población migrante.

Ainhoa Ruiz Azarola, Luis Andrés López Fernandez, Amets Suess, Francisco Sánchez y Antonio Sagués. España

Comment penser une réforme globale des systèmes de santé quand la population est constituée de sous-groupes distincts clairement définis?

Stéphanie Collin y Lise Lamothe. École de santé publique (ESPUM). Université de Montréal Québec. stephanie.collin@umontreal.ca

Objectif : Discuter des enjeux et défis de gouverne dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une réforme globale d'un système de santé dans un contexte où la population est constituée de sous-groupes distincts clairement définis notamment sur le plan de la langue et la richesse.

Contexte : À l'instar des autres gouvernements du Canada, la province du Nouveau-Brunswick a mis en œuvre des réformes en santé depuis les années 1980 visant à la fois à contrôler les coûts des services de santé et à améliorer leur efficience. La dernière réforme en santé du Nouveau-Brunswick a eu lieu en 2008 et a eu des répercussions majeures sur la gouverne du système de santé. Le principal changement structural de cette réforme a touché la réduction du nombre de régies régionales qui est passée de 8 à 2 : Réseau de santé Vitalité et Réseau de santé Horizon. En termes contextuels, il faut entre autres souligner que les établissements faisant partie du Réseau de santé Vitalité couvrent principalement des zones géographiques francophones de la province tandis que ceux du Réseau de santé Horizon sont dans des régions géographiques anglophones. Près du tiers des personnes habitant le Nouveau-Brunswick sont francophones et reçoivent généralement des soins et des services dans ces zones francophones surtout situées dans le nord et l'est de la province. Le deux tiers des résidents de la province sont anglophones et ont accès à des services de santé dans des établissements de régions géographiques anglophones ailleurs sur le territoire. En plus de ce contexte particulier, soit d'être une province bilingue, la population du Nouveau-Brunswick est partagée sur d'autres plans. Par exemple, le taux de chômage y est élevé et diffère grandement d'une région à l'autre, créant une diversité en ce qui a trait à la richesse.

Dans cette présentation, nous nous appuyons sur une analyse des documents produits par les diverses parties prenantes de cette réforme et sur des entrevues pour apporter des réponses aux questions suivantes :

Comment la diversité de la composition de la population a-t-elle été prise en compte dans la mise en œuvre de la dernière réforme en santé?
Une analyse comparée des besoins des sous-groupes a-t-elle été faite?
La population a-t-elle été consultée? Si oui, de quelles manières?
Quelles répercussions cette diversité a-t-elle eues sur le contenu de la réforme proposée?
Pour quelles raisons les deux réseaux ont-ils été imaginés et implantés sur une base linguistique ? Quels étaient les risques d'un tel choix?
Quel impact la diversité a-t-elle eu sur la stratégie de mise en œuvre de la réforme?
Au final, après quelques années de mise en œuvre, la réforme du système de santé est-elle globale pour le Nouveau-Brunswick?

Discussion : Dans cette présentation nous nous appuierons sur les grandes étapes de la réforme pour exposer les répercussions de cette diversité sur l'élaboration, la mise en œuvre et le pilotage d'une réforme en santé. Autrement dit, elle servira à mettre en lumière les liens entre facteurs contextuels et gouverne de réformes en santé. En plus de faire état des défis à décliner un changement d'envergure dans un contexte où la population est diversifiée, elle analysera comment celle-ci a été consultée concernant les décisions visant à améliorer les services de santé qu'elle reçoit.

Projeto terapêutico em saúde mental.

Maria Salete Bessa Jorge, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, Indara Cavalcante Bezerra, Milena Lima de Paula, Leilson Lira de Lima y Randson Soares. GRUPSFE . Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

Contexto e descrição do problema:
A compreensão de projetos terapêuticos no campo da saúde mental perpassa pela centralidade no usuário e no olhar ampliado sobre suas necessidades, numa dimensão organizacional e relacional, transversalizadas pela singularidade dos atores envolvidos no processo (equipe/usuário/familiar). Podem e devem funcionar como dispositivos capazes de gerarem auto-reflexão sobre as práticas de saúde na equipe e arranjo que possibilite a articulação em rede dos fluxos de serviços de saúde mental e a atenção primária. Desse modo, os projetos terapêuticos devem surgir a partir dos encontros intercessores, por meio da prática dialógica, respeito às diversidades e valorização das relações de confiança.

Objetivos da investigação: compreender a construção do projeto terapêutico em saúde mental na rede de atenção primária à saúde e centros de atenção psicossocial. Identificando os fluxos que se constroem pela equipe de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), as articulações com a rede social e as tecnologias em saúde utilizadas.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no município de Maracanaú-CE. Participaram do estudo 34 sujeitos, entre eles profissionais de saúde mental do CAPS e equipes de saúde da família, bem como usuário e seus familiares. Para a coleta de dados foram utilizadas duas técnicas: a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. A análise do material empírico, para o melhor entendimento do objeto de estudo, baseou-se na Hermenêutica de Paul Ricoeur, em seus princípios de distanciamento, apropriação, explicação e compreensão.

Resultados e discussão: A experiência com projetos terapêuticos está relacionada desde a concepção e inicio de funcionamento dos serviços do CAPS. As narrativas contextualizam que a articulação entre CAPS e ESF é precária, ocorrendo por meio de referências e encaminhamentos, mas atualmente se inicia no município um movimento de integração da saúde mental com a atenção primária por meio do matriciamento. Algumas amarras são apontadas como entrave para o serviço como, a estrutura física do CAPS geral, a dificuldade do trabalho em equipe, a rotatividade de médicos, a inexistência de um projeto terapêutico individualizado, pouca participação do usuário e seu familiar na concepção desse projeto e grande demanda nos serviços.

Conclusão: Nesse contexto, observa-se a necessidade de políticas públicas que estimulem maior integração dos serviços em rede, o acionamento das redes sociais de apoio para fortalecimento na condução de projetos terapêuticos integrais, capacitação e supervisão institucional para os profissionais dos serviços, além do empoderamento dos usuários e seus familiares na elaboração participativa de um projeto terapêutico capaz de produzir autonomia.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: O estudo busca contribuir para mudanças de práticas assistenciais, uma vez que assume o projeto terapêutico como dispositivo capaz de gerar reflexões sobre o processo de trabalho da equipe, identificando as tecnologias em saúde utilizadas no acompanhamento dos usuários, a participação destes no planejamento das ações, bem como a inclusão dos familiares e a rede social do usuário no processo de cuidado.

Un nouveau service régionalisé d'assistance pédiatrique d'urgence et thérapie intensive dans la République de Moldova.

Tamara Turcanu, Silvia Morgoci, Iana Miglei y Tatiana Lungu, Republique de Moldova

La régionalisation des services d'assistance pédiatrique d'urgence et thérapie intensive a démarré dans la République de Moldova par la création/ la formation de 3 département régionaux et d'un département municipal (municipalité de Chisinau) de médicine d'urgence, situés à l'intérieur de l'Hôpital Clinique Municipal Balti, de l'Institut de la Mère et de l'Enfant, de l'Hôpital Régional de Cahul et de l'Hôpital Clinique Municipal pour Enfants « Valentin Ignatenco » de Chisinau.
Les avantages principaux de la régionalisation consiste dans l'amélioration de la qualité des services médicaux accordés aux enfants en état d'urgence et la réduction du temps d'intervention en cas graves.
Selon les nouvelles dispositions de la régionalisation, les petits patients doivent bénéficier d'assistance médicale qualifiée dans les départements d'urgence des institutions de II ou III niveau, en fonction de la gravité du cas.

Le projet REPEMOL a soutenu la réalisation du desideratum ambitieux de régionalisation de ces services par la dotation des 4 départements avec équipement performant la valeur duquel constitue plus de 60 millions lei.

Le but :

1. La séparation du flux de patients qui arrivent à l'hôpital avec situations d'urgence de ces qui en sont programmés. **Le cas d'urgence ont toujours priorité.**
2. L'encouragement de l'accès des enfants gravement malades de tout le pays aux services d'urgences de qualité.
3. La réduction de la mortalité des enfants.

L'objectif : Afin de réaliser cet objectif, le premier septembre 2008, on a lance le Projet REPEMOL en tant que réponse à une sollicitation directe du Ministère de la santé adressé à l'Agence Suisse de Développement et Coopération. L'émission de l'ordre numéro 1215 du Ministère de la Santé du 29 octobre 2013, qui établie la structure du service régionalisé d'assistance médicale d'urgence et thérapie intensive chez les enfants, de 3 niveaux, avec l'application du système de référence.

Résultats :

- la dotation avec équipement médical performant pour la thérapie d'urgence de 4 départements de médicine d'urgence et de 5 sections de thérapie intensive, dont la valeur constitue plus de 60 millions lei ;
- la promotion/ diffusion du concept de management des dispositifs médicaux ;
- soutien dans l'implémentation du management de la qualité des services médicaux ;
- la formation professionnelle du personnel médical, spécialisé en urgences pédiatriques.

Application des Standards Européens d'organisation du Département de la Médicine d'Urgence.

Conclusions, impacte :

1. Le triage standardisé à tous les niveaux d'assistance médicale d'urgence, l'application du système de référence (transfert).
2. La majoration du numéro d'appels chez les départements de médicine d'urgence et du numéro de patients traités dans l'ambulatoire.
3. La réduction du numéro d'enfants hospitalités dans les sections de pédiatrie.

SESIÓN 32 – Sala 7

Sesión organizada por: Rosana do Carmen Novaes Pinto, Departamento de Lingüística. Universidade Estadual de Campinas. Brasil

Tema : Formação e Atuação Profissional no trabalho escolar e clínico com a linguagem: uma abordagem multidisciplinar na perspectiva discursiva

Lengua: portugués

Propomos esta sessão, a partir da articulação de três trabalhos que têm em comum a preocupação com a formação do profissional que atua no campo da linguagem, nos contextos escolares e em contextos clínicos. Defendemos que apenas uma formação multidisciplinar, que integre os conhecimentos produzidos nas ciências biológicas e nas ciências humanas, advindas dos diferentes campos do saber, pode melhor qualificar o que se deve entender por "saúde" nas sociedades contemporâneas. Uma dessas parcerias, que vimos realizando ao longo das últimas décadas no trabalho que desenvolvemos na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Estado de S .Paulo, Brasil, se dá entre profissionais da Linguística, área do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL), e da Fonoaudiologia, da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), mas que conta também com profissionais colaboradores com formações em outros domínios, dentre os quais a música, a educação, a fisioterapia, a educação física, as artes, dentre outras. O primeiro trabalho, de M. Irma Hadler Coudry, docente e pesquisadora do IEL, que fundou, na década de 80, a área de Neurolinguística em nossa universidade, visa refletir sobre uma questão sobre a qual vem se dedicando nos últimos anos e que tem preocupado muitos educadores no Brasil – mas que sabemos ocorrer como fenômenos mundiais e diz respeito aos equívocos em

diagnósticos que interpretam como sintomas o que são ocorrências normais de quem está em processo de aquisição e uso de escrita e leitura, gerando .um leque de patologias - Dislexia, Dificuldade de Aprendizagem, Distúrbio de Aprendizagem, Transtorno do Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, dentre outras. Tais estudos são vinculados ao Grupo de Pesquisa Neurolinguística Discursiva: afasia e infância (CNPq: 307227/2009). Uma das principais fontes de equívoco na emissão de diagnósticos de patologia a crianças normais é não saber que a criança leva para a leitura e para escrita a fala que fala, o modo diversificado de exercer, até então, o papel de sujeito histórico, junto a seus pares e no mundo em que vive. Conhecer os processos pelos quais a criança aprende a ler e a escrever certamente é fundamental para distinguir o que é da ordem do normal e do patológico no contexto escolar. A formação de educadores, fonoaudiólogos, professores deve contemplar essas questões para atuar de forma responsável e competente na escola. O segundo trabalho, apresentado por Rosana Novaes Pinto, diz respeito a um dos temas que a docente e pesquisadora do IEL vem desenvolvendo com seu grupo de pesquisa, o GELEP (Grupo de Estudos da Linguagem no Envelhecimento e nas Patologias), abordando os processos de envelhecimento normais e patológicos, e nestes contemplando em especial o estudo das afasias, mas também as diversas formas de demências, doença de Parkinson, dentre outras patologias que comprometem o funcionamento linguístico e outros processos cognitivos. Nesta apresentação, o objetivo é refletir sobre alguns dados demográficos obtidos nos últimos censos realizados no Brasil acerca do envelhecimento, bem como discutir alguns dos "mitos" acerca da linguagem dos idosos e os preconceitos sobre seus discursos e narrativas: por exemplo, de que a linguagem dos idosos é "parentética", cheia de circunlóquios, centrada em acontecimentos do passado, dentre outros. A Neurolinguística que desenvolvemos no IEL, que mobiliza os conhecimentos da Neurociências e da Linguística, pode contribuir não só para a formação de profissionais da Fonoaudiologia, mas de outros profissionais da saúde e da educação, como os gerontólogos e gerontologistas, neuropsicólogos, psicólogos, dentre outros, considerando que esclarece sobre esses mitos e alerta para o discurso preconceituoso construído sobre concepções equivocadas de linguagem. O terceiro e último trabalho, apresentando pela fonoaudióloga e pós-doutoranda em Linguística Mirian Cazarotti-Pacheco (IEL), pesquisadora do GELEP, tem como principal objetivo discutir a formação do fonoaudiólogo, a partir da experiência em um Centro de Convivência de Afásicos (CCA) e da contribuição de teorias linguísticas discursivas , ambas de extrema relevância para aproximar a teoria e a prática clínica no campo do trabalho com a linguagem. O trabalho descreve as atividades de linguagem realizadas com os afásicos e também a metodologia de trabalho com os alunos em formação (de Letras/Linguística/Fonoaudiologia), como as reuniões de discussão de casos e dos aspectos teórico-metodológicos da nossa abordagem. Mais que atuar para corrigir um problema de linguagem, esses profissionais devem trabalhar com os sujeitos buscando reinseri-los nas práticas sociais de linguagem, orientando-os para que continuem exercendo seus papeis nos vários círculos sociais dos quais fazem parte.

Excesso de atribuição de diagnósticos: formação profissional e práticas.

Maria Irma Hadler Coudry. Universidade Estadual de Campinas. Brasil. coudry@iel.unicamp.br

Esta texto tem o objetivo de discutir a posição que a Neurolinguística de tradição discursiva (Coudry, 1986/1988; Coudry *et.al*., 2010), desenvolvida na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, tem tomado frente ao excesso de diagnósticos que têm assolado crianças brasileiras, de escolas publicas e particulares.
Isso ocorre nos dias de hoje, como tem ocorrido historicamente, a partir do momento em que o domínio da leitura e escrita distingue cidadãos e se torna um bem público universal. O texto levanta algumas fontes de equívoco em diagnósticos que interpretam como sintoma o que são ocorrências normais de quem está em processo de aquisição e uso de escrita e leitura, estudo empreendido pelo Grupo de Pesquisa/CNPq – Neurolinguística Discursiva: afasia e infância.
É alarmante a porcentagem de crianças que apresenta dificuldades escolares, por um lado, e um diagnóstico que isenta a escola da responsabilidade de introduzi-la na leitura e na escrita, bem como a família de se responsabilizar pelos problemas de seu filho, por outro. Tal realidade tem requerido, da parte do linguista comprometido com questões de linguagem de seu tempo, um investimento: (i) na formação de alunos universitários de vários cursos de graduação (linguística, letras, fonoaudiologia, pedagogia e outras licenciaturas) oferecendo disciplinas que os preparam para intervir nos equívocos da patologização de crianças normais e encaminhar a entrada da criança no mundo da leitura e da escrita; (ii) no acompanhamento longitudinal individual e coletivo no Centro de Convivência de Linguagens (CCazinho/UNICAMP) a crianças que apresentam dificuldades escolares e que foram diagnosticadas com uma ou mais patologias (Dislexia, Dificuldade de Aprendizagem, Distúrbio de Aprendizagem, Transtorno do Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, dentre outras) e cujos dados mostram um processo normal em curso; (iii) na produção de contradiscursos tecnicamente informados para rebater a patologização, inquestionável para a grande maioria de

profissionais da área médica que atua na atribuição/confirmação de uma espécie de defeito inevitável, que penetra na realidade por meio de dispositivos de saber e de poder (Foucault, 1969/1987, Agamben 2006/2009).
Uma fonte de equívoco é não saber que a criança leva para a leitura e para escrita a fala que fala, modo de exercer, até então, o papel de sujeito histórico, junto a seus pares e no mundo em que vive. Também a escrita praticada socialmente está representada em sua produção escrita inicial, às vezes de forma não ortográfica. Outra fonte de equívoco é não considerar que antes mesmo de saber ler/escrever, a criança manipula com a visão digital o mundo das letras e símbolos, o que lhe possibilita que navegue por coisas escritas que lhe interessam e que a identificam como sujeito de seu tempo. Outra fonte é desconhecer que o escrevente inicial representa a sílaba complexa de forma não convencional, insere e omite letras (Abaurre, 2001; Amaral et.al., 2011), hesitando diante de certas posições e ordem das letras na sílaba, o que não coincide com a convenção ortográfica. E isso não tem nada de patológico, são caminhos que os escreventes trilham no decorrer do processo.
Reconhecer certas ocorrências na escrita inicial como marcas de fala e não como sintoma de alguma patologia é não atribuir um rótulo que patologiza a criança e faz os pais, muitas vezes pressionados pela escola e pela sociedade, correrem em busca de uma classificação da doença de seu filho.
Dados de escrita de crianças submetidas a diagnósticos serão discutidos para dar visibilidade a práticas com a linguagem que as fazem lidar com a escrita em suas diferentes funções sociais, o que confere sentido à entrada formal no mundo das letras. Tais dados provêm do CCazinho, um lugar onde se desenvolve um trabalho com a linguagem no eixo fala, leitura e escrita com crianças e jovens que receberam um diagnóstico que produz efeitos negativos em seu processo de escolarização e em sua vida. A atribuição de tais diagnósticos tem sido uma justificativa eficaz para o fracasso e a exclusão escolar contra o que propomos práticas de leitura/escrita que fazem sentido para eles, o que tem possibilitado reverter o impedimento de ler/escrever. Tais práticas, discursivamente orientadas, só se sustentam na linguagem, põem em ação as várias funções psíquicas superiores (linguagem, memória, atenção, práxis/corpo, percepção, raciocínio intelectual, imaginação, vontade/iniciativa) e têm funcionado como contradispositivos que fortalecem as crianças e suas famílias para lidarem e compreenderem suas dificuldades e seguir sua vida escolar. Assim, atuamos como sujeitos engajados no presente, frente aos dispositivos que criam e regulam doenças na contemporaneidade.

Formação e atuação multidisciplinar no campo da linguagem: implicações para o trabalho com sujeitos em processo de envelhecimento normal e patológico.

Rosana do Carmen Novaes Pinto. Brasil

A contribuição das abordagens discursivas e da experiência no Centro de Convivência de Afásicos (CCA) para a formação em fonoaudiología.

Mirian Cazarotti-Pacheco, Universidade Estadual de Campinas. Brasil. cazarottimirian@uol.com.br

Discutirei, nesta apresentação, a formação do fonoaudiólogo, a partir da experiência em um Centro de Convivência de Afásicos (CCA) e da contribuição de teorias linguísticas e discursivas de extrema relevância para aproximar a teoria e a prática clínica no campo do trabalho com a linguagem. O projeto do CCA surgiu em 1989 para auxiliar os afásicos a enfrentar a nova condição e efeitos impostos pela afasia (COUDRY, 1986/1988), uma alteração da linguagem que afeta, em graus variados, os processos de produção e de compreensão oral e/ou escrita (op. Cit). A afasia pode estar associada ao comprometimento de outros processos cognitivos e também levar ao isolamento social. Atualmente três grupos de afásicos compõem o CCA; dois deles são conduzidos pelas colegas da mesa, Profas. Coudry (grupo 2) e Novaes-Pinto (grupo 3), sendo desse último que me ocuparei nesta apresentação. Participo do grupo 3, que teve início em agosto de 2006, e conta com onze sujeitos afásicos e com estagiários do curso de Fonoaudiologia, alunos de graduação de Linguística e Letras e pesquisadores (incluindo fonoaudiólogos) de pós-graduação em Linguística (Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado), dentre outros. As atividades do CCA se caracterizam como sendo de extensão comunitária e estão intimamente relacionadas às atividades de ensino e pesquisas na área de Neurolinguística. O GELEP (Grupo de Estudos da Linguagem no Envelhecimento e nas Patologias - CNPq), orientado por uma Neurolinguística de tradição discursiva, conduz os encontros do grupo 3 em situações dialógicas com o propósito de ajudar os sujeitos afásicos a reorganizar os processos linguísticos-cognitivos alterados pelo episódio neurológico (COUDRY, 1986/1988; NOVAES-PINTO, 1999, 2012). É das interações dialógicas que ali ocorrem entre sujeitos afásicos e não afásicos (sempre gravadas em vídeo) que são recortados os dados que subsidiam as reflexões sobre as afasias. Após selecionar os dados que interessam a cada pesquisa, procedemos à sua transcrição e posterior análise, segundo metodologia qualitativa, sempre orientados pelas teorias enunciativo-discursivas de linguagem principalmente em consonância com a análise microgenética. Os

estagiários de fonoaudiologia (vinculados aos grupos 2 e 3 do CCA) participam dos acompanhamentos coletivos e individuais com os afásicos, além de participarem da reunião com os pesquisadores para discussão dos casos e dos diversos aportes teóricos que subsidiam nossa prática. Grande parte da formação em Fonoaudiologia ainda se encontra vinculada somente às áreas médicas/biológicas/diagnósticas, desde sua origem, o que limita a atuação desses profissionais com sujeitos com lesões neurológicas. Ainda hoje há alguns médicos que apresentam o diagnóstico de afasia aos familiares e aos próprios sujeitos como algo fatídico, isto é, "sem saída", como se nada pudesse ser feito para minimizar os impactos do episódio neurológico. No CCA, enfatizamos que por mais grave que seja a afasia, mesmo que a produção esteja muito comprometida, os processos de significação sempre podem ser construídos dialogicamente. O CCA tem como uma de suas funções não apenas fazer com que os afásicos compreendam acerca de suas afasias (suas dificuldades, limites e possibilidades), mas que também estejam cientes de seus direitos como sujeito linguístico/narrador. Isso faz com que não desistam de dizer o que querem/precisam, de expressar seu querer-dizer, mas que busquem alternativas, independente das restrições linguísticas (CAZAROTTI-PACHECO, 2012). Com relação à formação do fonoaudiólogo, essas práticas ajudam os alunos/profissionais a compreenderem que, mais que atuar para corrigir um problema de linguagem, devem trabalhar com os sujeitos buscando reinseri-los nas práticas sociais de linguagem, orientando-os para que continuem exercendo seus papeis nos vários círculos sociais dos quais fazem parte. É preciso enfatizar que antes de realizarem o estágio no CCA, no último ano do curso, os alunos de Fonoaudiologia da UNICAMP têm uma formação sólida em Linguística, constituída por dez disciplinas na graduação, o que contribui para uma reflexão acerca do funcionamento da linguagem em seus diferentes níveis de organização e uso efetivo, nas práticas sociais.

SESIÓN 33 – Sala 8

Presidente:

Tema : Políticas de salud 2

Políticas sociales y de salud en América Latina. Condiciones de producción y resultados.

Darío Salinas Figueredo Universidad Iberoamericana y Carolina Tetelboin, Universidad Autónoma Metropolitana. México. dario.salinas@ibero.mx

En la región latinoamericana, las características del modelo de desarrollo ha afectado decisivamente tanto la economía como el papel del Estado y en esa medida han gravitado en la definición de sus políticas. Aunque formalmente todas las expresiones de política manifiestan la decisión de encarar la problemática del nivel de vida de la población, sus características producen consecuencias opuestas al discurso.
El presente trabajo examina las transformaciones de la política social en América Latina como expresión de los cambios profundos que desde la década de 1980 vienen pautando las tendencias económicas y políticas predominantes. Tras la crisis de la deuda y la llamada "década perdida" para el desarrollo, la región ingresa a una fase diferente en cuya dinámica aparecen criterios vinculados al Consenso de Washington, junto a una mutación importante en la concepción del papel del Estado, el mercado, las presiones desreguladoras vinculadas a la globalización y la prevalencia de las asimetrías Norte-Sur, a la vez que se produce un cambio en las políticas sociales y sus instituciones que se abren al mercado.
Las nuevas articulaciones entre Estado, economía y sociedad sirven de referentes analíticos ineludibles para explorar las condiciones en que se producen los criterios de política y sus consecuencias. En tal perspectiva la política social es concebida como resultado de un conjunto de decisiones desprendidas de las condiciones de un modelo de desarrollo y hace parte indeslindable de los cambios estructurales. La perspectiva de este trabajo evita el tratamiento de la política social y de salud como un asunto limitado al diseño técnico, para enfatizar, en cambio, la importancia de los criterios políticos vinculados a las estrategias de poder que la sustentan. Dentro de estas coordenadas la ponencia revisa "la estructuración mercadocéntrica de la sociedad", la problemática del "crecimiento y la desigualdad", las "reformas de segunda generación", los límites de la "focalización y la transferencia condicionada" , la "política social como problema de la democracia" y los límites en ese marco de las políticas de salud privatizadoras.

O processo de pactuaçâo das metas e indicadores nacionais no Estado da Bahia.

Joana Angelica Oliveira Molesini, Hadson Namour Rocha de Mattos y Chaider Gonçalves Andrade. Brasil. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. jmolesini@hotmail.com

Resumo

O estudo objetivou descrever o processo de pactuação dos indicadores nacionais no estado da Bahia como uma ação de educação permanente**.** Trata-se de estudo exploratório, tendo como instrumento de coleta um questionário semi-estruturado aplicado aos participantes das oficinas de pactuação. Os gestores e equipe consideram que o processo permitiu a definição de metas mais exeqüíveis e a discussão sobre cada indicador se constituiu em uma ação de educação permanente para fortalecimento do Planejamento Regional Integrado e para o aperfeiçoamento das práticas gestão.

Resumen

El estudio objetivó describir el proceso para acordar indicadores nacionales, en el estado de Bahia, como una acción de educação continuada**.** Se trata de un estudio exploratorio, cuya recolecta de datos se realizó a través de un cuestionario semiestructurado, aplicado a los participantes de los talleres para acuerdos. Los gestores y el equipo, consideraron que el proceso permitió la definición de metas más exequibles y, la discusión sobre cada indicador, se constituyó en una acción de educación continuada para el fortalecimiento del Planeamiento Regional Integrado y para el perfeccionamiento de las prácticas de gestión.

Brechas en la mortalidad, reflejo de un sistema de salud inequitativo y con restricción de derechos.

Oswaldo Sinoe Medina Gómez y Oliva López Arellano. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. epired@gmail.com

Introducción: Las transformaciones del sistema de salud mexicano en las tres últimas décadas han sido modeladas por las reformas neoliberales, que en el campo social y sanitario se rigen por la lógica bipolar de privatización/mercantilización y neobeneficencia. En esta dinámica, se redefinen las características de los sistemas de protección social, se desmantela la seguridad social integral y se modifica la relación público-privada. La política neoliberal en salud modela al sistema sanitario a través de varios ejes, entre los que destacan la reconfiguración del financiamiento, la privatización de lo público rentable, la selectividad en las intervenciones y la focalización de poblaciones, En este proceso, se privilegian las propuestas que diluyen la responsabilidad del Estado como el sujeto obligado de garantizar los derechos humanos, trasladando a los individuos la tarea de gestionar/administrar sus riesgos para mejorar su salud e impulsando programas focalizados. El acceso a los sistemas públicos de salud en México se encuentra definido por la condición laboral de las personas y las respuestas a las necesidades de salud son diferenciadas, con el propósito de igualarlas, a partir del año 2002, se impulsa un seguro médico voluntario y subsidiado con recursos públicos conocido como Seguro Popular de Salud que cubre un número limitado de intervenciones. Mientras este programa incrementa sustancialmente sus recursos, los fondos para el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución fundamental de la seguridad social en el país se reducen.

Objetivo: Identificar las diferencias en las tasas de mortalidad en diabetes y cáncer cervicouterino contrastando la condición de derechohabiencia al Instituto Mexicano del Seguro Social y la afiliación al Seguro Popular de Salud.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, analizando las distintas perspectivas sobre la reforma del sistema de salud en México, contrastando la "universalidad de mercado" con las opciones de sistema público de salud y seguridad social universal. Para conocer los efectos en salud, se realiza una comparación de tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo con población estándar mundial, calculando la diferencia de tasas (DT) de dos enfermedades seleccionadas: cáncer de cervicouterino y diabetes, contrastando su comportamiento según derechohabiencia al Instituto Mexicano del Seguro Social o afiliación al Seguro Popular de Salud (SPS) y se comparan dos momentos, 2002 (año que inicia la instauración del SPS) y 2012. El derecho a la seguridad social, se considera un indicador *proxi* de las condiciones de trabajo y vida de las personas.

Resultados: las tasas de mortalidad de cáncer cervicouterino durante 2002 en mujeres no derechohabientes fue de 19.9 por 100 000, mientras que entre las derechohabientes fue de 15 por 100 000, con una diferencia de tasas de muerte de 4.9 defunciones; para el año 2012 esta diferencia se incrementó a 8.4. En el caso de la mortalidad por diabetes, la tasa reportada entre la población no derechohabiente fue de 71.1 por 100 000

habitantes, mientras que en la población derechohabiente fue de 91.8 por 100 000 (DT= -20.7), para el año 2012, la tasa de mortalidad entre no derechohabientes fue mayor que entre derechohabientes (112.1 y 77.4 respectivamente).

Conclusiones: Las tasas de mortalidad por las patologías elegidas muestran una diferencia substancial, afectando más a aquellas personas que no cuentan con seguridad social, con un incremento para el 2012.
Es importante reconocer que además de las condiciones de vida y trabajo distintas de las personas que tienen seguridad social, frente a las que carecen de ella, existe una atención diferenciada entre los servicios del IMSS y los ofrecidos por el SPS, que contribuye a las desigualdades en las tasas de mortalidad. El actual proyecto de reforma en salud, pretende tomar como base al Seguro Popular de Salud para igualar los subsistemas, por lo que se estaría ante una regresión del derecho a la protección a la salud, pues el SPS incluye un paquete mínimo de servicios médicos, con predominio curativo y con menos intervenciones que las ofrecidas por los institutos de seguridad social, con la consecuente afectación de los asegurados en este subsistema y un potencial incremento de resultados negativos en salud.

L'analyse systémique au service des professionnels des systèmes de soins. Intégrer toutes les dimensions du système dans la démarche de formation, pour en garantir l'efficience, l'acceptabilité et la durabilité, dans le monde complexe des systèmes de soins.

Manuel Salazar, Institution de Lavigny. Anoucha Galeazzi et Sylvie Thierry Perez, Consultantes, avec le soutien de:
Pierrette Chenevard, Espace Compétences SA, Cully, Suisse. manuel.salazar@ilavigny.ch

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Permettre le déploiement harmonieux d'une expérience réussie à l'Institution de Lavigny, vers d'autres institutions qui présentent à priori les mêmes besoins et qui sont maintenant dans l'urgence de la réalisation.
L'expérience de l'Institution de Lavigny a mis en évidence que l'introduction des nouvelles exigences, au niveau national, concernant l'implantation d'indicateurs cliniques et l'introduction de la CIF (Classification du fonctionnement du handicap et de la santé) dans le suivi des patients ne se fait pas simplement en transmettant des instructions quant au recensement des informations requises. L'intégration de ces exigences et recommandations a requis l'assimilation de nouvelles compétences dans le travail interdisciplinaire, ainsi qu'une réorganisation des processus de travail. D'autres impacts sont observés comme l'introduction d'un nouvel outil informatique adapté et de nouvelles modalités de facturation et de remboursement. En d'autres termes, c'est un changement de paradigme qui est introduit et qui impacte tous les métiers fournissant des prestations dans le domaine de la réadaptation.

Il s'agit donc d'un processus de formation interdisciplinaire, interprofessionnelle et d'un enjeu décisionnel au niveau de la direction de l'institution.

CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROBLÈME

La problématique a été soulevée de par la volonté, au niveau national, d'appliquer un nouveau mode d'évaluation clinique (indicateurs qualité normalisés pour tous, ST REHA, ANQ). Cette initiative avait comme objectif de procéder ainsi à une classification de la patientèle de réadaptation PCS (système de Manuel Salazar manuel.salazar@ilavigny.ch Anoucha Galeazzi a.galeazzi@hrtop.ch Sylvie Thierry Perez sylvie.thierry@interST.ch Pierrette Chenevard pierrette.chenevard@espace-competences.ch classification des patients) : la CIF (Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé). Cette classification se targue de fournir une base scientifique avec une taxonomie de définitions claires des évaluations cliniques permettant de :

· développer un language commun entre les différents professionnels

· faciliter la comparaison des bilans cliniques entre professionnels ainsi que entre institutions accueillants les mêmes cas,

· fournir un outil clinique permettant l'identification et la planification des prestations, ce tout en contribuant à l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique sociale et une standardisation de la gestion administrative. D'un point de vue systémique, les champs impactés sont clairement mis en évidence par cet outil.

Ceci nous amène à démontrer, au travers d'un diagnostic systémique, la construction de l'approche pédagogique nécessaire afin de mettre sur pied les moyens d'accompagnement nécessaires aux institutions de santé concernées pour faciliter l'intégration de cette nouvelle classification.

THÉORIES, MÉTHODES, MODÈLES, MATÉRIELS EMPLOYÉS
Analyse systémique d'entreprise et représentations systémiques.
Modélisations de cursus pédagogique.
Ingénierie de formation
Projets ST REHA
Projet ANQ.

RÉSULTATS ET DISCUSSION
A ce jour, dans le canton de Vaud, seule l'Institution de Lavigny a analysé et repensé complètement sa manière de procéder et ses outils, pour être en mesure de répondre à ces nouveaux standards. Elle obtient des résultats probants après 2 ans de travail et d'expérimentations. La norme est entrée en vigueur début 2012, il y a donc urgence à préparer l'ensemble des institutions, à les outiller, et à former les collaborateurs concernés. Il s'agit d'amener une réponse cohérente et adéquate, malgré la pression et le stress engendrés par cette situation d'urgence.

La démarche que nous souhaitons présenter indique la pertinence de prendre en compte le contexte de manière systémique. La méthode d'accompagnement résultant de la démarche est dite intégrative, incluant autant un apport pédagogique qu'un accompagnement pratique sur le terrain.

APPORTS / INTÉRÊT DE LA COMMUNICATION PAR RAPPORT À L'ÉTAT DE L'ART OU AUX PRATIQUES
Amener un regard plus global sur la situation, pour poser un diagnostic complet et pour amener des solutions de progression efficientes au niveau de l'institution, d'un micro-système voire du système de santé. La démarche va donc au-delà d'un métier ou d'un service. L'intérêt peut être ainsi acquis au niveau d'une région si la vision globale est amenée à ce niveau.

Descentralizaçâo e regionalizaç□ão da saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes.

Adelyne Maria Mendes Pereira, Luciana Dias de Lima y Cristiani Vieira Machado . Brasil

O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde.

Rodrigo Mendes Leal, Adelyne Maria Mendes Pereira, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio/Fundacão Oswaldo Cruz. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Brasil. rmendesleal@gmail.com

El objetivo o la propuesta de la investigación: Este trabalho analisou os resultados econômicos do mercado de planos de saúde no Brasil, no contexto da regulação do setor.

El contexto y la descripción del problema: A revisão teórica sobre a caracterização desse mercado evidencia suas particularidades e os fundamentos da sua regulação, bem como a revisão da literatura sobre os antecedentes do setor no Brasil mostra a importância dos incentivos governamentais para sua expansão.
O período em foco começa no final da década de 1990, com a criação do marco regulatório setorial e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estendendo—se até 2012.
Las teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados: O estudo envolveu levantamento das normas legais e infralegais estabelecidas, bem como de dados empíricos do setor, em especial dos demonstrativos contábeis das Operadoras. **• Los resultados y la discusión sobre lo expuesto:** O período pós regulação é marcado por mudanças na forma de funcionamento desse mercado. Um de seus resultados foi a adoção de estratégias de diminuição do risco das carteiras pelas operadoras, por meio do crescimento mais intenso de segmentos regulados de forma menos intensa, como os planos odontológicos e também os planos médicos coletivos. Nesse contexto, houve aumento das receitas financeiras e estabilidade em termos reais das receitas de mensalidades, embora no caso dos planos médicos #individuais novos, objeto de regulação específica da ANS, os reajustes de mensalidades foram superiores à inflação.
Quanto à destinação dos recursos, houve aumento da taxa de sinistralidade e não foi possível evidenciar inequivocamente o aumento da eficiencia do mercado por meio da trajetória das despesas comerciais e administrativas. Além disso, a análise das medianas de uma amostra de operadoras mostrou aumento da rentabilidade, principalmente em função do crescimento do volume de negócios, uma vez que foi pequeno o crescimento da margem de lucro sobre as receitas. Além disso, são apontadas distinções relevantes dos

resultados entre os tipos de Operadoras. Por fim, são indicados temas relevantes de pesquisas para o futuro, com destaque para desafios da regulação em termos da garantia de liquidez e solvência das operadoras, do ressarcimento do SUS, dos co--- pagamentos dos usuários e dos planos coletivos.

Morfología de mercado y organización de la oferta de servicios médicos profesionales. Propuesta de marco regulatorio e incentivos.

Carlos Vassallo. Argentina

SESIÓN DE PÓSTERS 2 – Pasillos EASP

Calidad de vida en mujeres cuidadoras formales de instituciones públicas de salud.

Gloria Margarita Gurrola Peña, Patricia Balcázar, Alejandra Moysén, Julieta Garay y Juana Esteban, Universidad Autónoma del Estado de México. mgurrolaunid@hotmail.com

Los profesionales de la salud se enfrentan a una serie de dificultades desde su formación, que los convierte en una población en riesgo, ya que las condiciones de trabajo que incluyen una alta carga de trabajo y una relativa urgencia con la cual se desempeñan, pueden desencadenar negativamente en su salud física y mental, así como en el deterioro de las relaciones sociales, lo cual se puede resumir en una inadecuada calidad de vida

La calidad de vida es considerada como "un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud subjetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, además de la salud objetivamente percibida" (Ardilla, 2003. p.163).

Ahondando en el carácter objetivo y subjetivo de la calidad de vida, Trujillo, Tovar y Lozano (2004), indican que el carácter objetivo de la calidad de vida estaría dado por categorías o indicadores cuantificables y medibles tales como los aspectos de la salud, vivienda, educación, ingreso económico, estabilidad laboral y funcionamiento social en general. El carácter subjetivo, está dado en términos de la satisfacción y percepción que tienen las personas sobre su propia vida en las áreas laboral, afectiva, familiar y social.

Es por lo anterior que el objetivo de la presente investigación fue explorar la percepción que tiene el personal médico femenino acerca de su calidad de vida. En un estudio de corte cualitativo participaron 15 enfermeras y 15 médicas de una institución pública de salud quienes tras firmar la carta de consentimiento informado interactuaron en dos grupos focales con duración de tres horas cada uno los cuales fueron videograbados. Después de transcribir las opiniones vertidas en los grupos se procedió al análisis de contenido y los principales resultados nos indican: en el eje de salud, se reportaron prácticas nocivas o no anticipatorias como lo es el tabaquismo, escaso control ginecológico y nula exploración de mamas. En el eje de trabajo, se encontró poca satisfacción con el mismo dada la escasa autonomía y pocas oportunidades de promoción lo que las lleva a laborar en dos instituciones para poder solventar su economía. Por último, en el eje del hogar dada la doble o triple jornada de trabajo y a pesar de que estas mujeres cuentan con la ayuda de sus parejas, siguen siendo ellas las responsables del cuidado de los hijos y del hogar con pocas posibilidades de contar con el apoyo de redes sociales extensas.

En general las médicas y enfermeras perciben su calidad de vida como pobre lo cual impacta en sus esferas profesional, familiar y personal. Lo anterior permite destacar que las organizaciones sanitarias, como parte de su responsabilidad social hacia sus trabajadores fomenten la calidad de vida de su personal como objetivo en sí mismo y a su vez como un elemento imprescindible para la consecución de los objetivos institucionales.

Atenção primária em saúde melhores práticas na perspectiva da integralidade.

Ana Lúcia Mello, Selma Regina de Andrade, Alacoque Lorenzini Erdmann, Maria Teresa R. Locks, Daiana de Mattia, Fernanda Hoeller - Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. alfm@terra.com.br

Objetivos da investigação: Analisar melhores práticas implementadas na Atenção Primária (AP), bem como seus critérios de definição, a partir dos distintos sentidos atribuídos ao princípio da integralidade, segundo a percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários.

Contexto e a descrição do problema: A Atenção Primária caracteriza-se por ações individuais e coletivas de

promoção e proteção à saúde, de prevenção de doenças, de diagnóstico, de tratamento, de reabilitação e de manutenção da saúde. Estas ações constituem fases da assistência à saúde e são desenvolvidas com enfoque multiprofissional, através de atribuições privativas ou compartilhadas entre os integrantes da equipe de saúde. A regulamentação da estrutura organizativa do sistema da saúde brasileiro (SUS) reafirma a AP como porta principal de entrada ao sistema e a considera o centro de comunicação da rede de atenção à saúde e o eixo coordenador dos fluxos e contra fluxos dos serviços de saúde. Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal do sistema de saúde, a AP deve cumprir as funções de resolutividade, coordenação, além de responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto de atenção em que estejam. O desempenho dessas funções direciona o "fazer em saúde" para o cumprimento do princípio da integralidade, entendido como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema".

Método: Exploratório-descritivo e analítico, de natureza qualitativa, ancorado no referencial da Teoria Fundamentada nos Dados. Dados obtidos a partir de 29 entrevistas realizadas com sete coordenadores, dez profissionais da saúde e doze usuários de Centros de Saúde (CS) de Florianópolis, SC, Brasil, compondo os três Grupos Amostrais. As falas foram gravadas e transcritas e os dados examinados para identificar os indicadores empíricos, códigos, a partir da técnica da Análise Comparativa. Os códigos de cada um dos três Grupos Amostrais foram ordenados, segundo prevalência, com o intuito de identificar a frequência com que emergiram. Definiu-se como critério de inclusão aqueles códigos com frequência superior a 40%. Após essa separação, os códigos foram reagrupados segundo os sentidos da integralidade: Organização dos serviços de saúde, Práticas dos profissionais de saúde e Políticas/respostas governamentais.

Resultados e discussão: Observou-se que o significado de boas práticas como o estabelecimento de vínculo entre serviço e população, a implantação do acolhimento e a realização de grupos operativos nos CS foi comum aos três conjuntos de entrevistados. Porém, a autonomia dos serviços, conhecimento da legislação e gestão flexível foram consideradas apenas pelos coordenadores, enquanto que, a melhoria do acesso foi citada pelos profissionais e usuários, mas pouco citada pelos coordenadores. O reconhecimento pelos três grupos amostrais de aspectos relacionais entre os atores sociais vinculados ao CS demonstra a valorização da autonomia e do protagonismo dos sujeitos no processo saúde-doença. Acentua a corresponsabilidade e a interdependência entre gestores, profissionais e usuários nos processos assistenciais e de gestão, indicando uma orientação das ações e serviços prestados nos CS a uma prática mais humanizada, preocupada com características subjetivas do cuidado à saúde. A perspectiva do usuário em valorizar a realização de consultas e a provisão de medicamentos como melhores práticas, na atenção primária, merece consideração de gestores e profissionais na condução das ações e serviços de saúde, como potencial de resposta e compreensão das singularidades destes que são os protagonistas do cuidado. A percepção de boas práticas na AP está relacionada diretamente ao contexto e às interações estabelecidas pelos profissionais de saúde e usuários, que elaboram seus posicionamentos baseados nas suas experiências e posições ocupadas nos serviços de saúde, o que demonstra também certa dificuldade de transcender conceitualmente suas visões para referenciais mais abrangentes ou coletivos. Entretanto esta constatação, não deve ser vista como limitação, uma vez que o conceito de melhores práticas pressupõe a inclusão dos valores pessoais, respeito às crenças e a compreensão do contexto e do ambiente nos quais são produzidas.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: O aperfeiçoamento das práticas de cuidado em saúde no nível da AP, componente fundamental para consolidação do modelo, investe-se de responsabilidade para reorganizar práticas promocionais, preventivas, assistenciais e gerenciais, dirigidas às populações de territórios delimitados. Múltiplos são os atores sociais que convivem no espaço das práticas de saúde (usuários, profissionais da saúde e gestores), bem como múltiplos são os interesses (políticos organizacionais, econômicos, sociais e culturais) que influenciam a seleção e desempenho de tais práticas. A identificação de melhores práticas no contexto da AP e dos critérios relevantes para serem assim consideradas, sob a perspectiva do referencial analítico da integralidade permite uma compreensão ampliada do significado de melhores práticas no cuidado à saúde.

Dossier de santé personnel électronique au Canada : Résultats d'une consultation en ligne.

Erik Breton a*, Julie Payne-Gagnon a, Marie-Pierre Gagnon b, Norm Arche rc
a Axe Santé publique et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec
b Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec
c DeGroote School of Business, McMaster University, Hamilton

Canada. erik.breton@crhuq.ulaval.ca

Contexte
De nombreuses voix s'unissent pour souligner l'apport indéniable des technologies de l'information et des communications (TIC) pour améliorer l'accès à des soins de meilleure qualité. Inforoute Santé du Canada dénomme « santé numérique » les manières dont ces outils favorisent une communication entre les membres de l'équipe de soins dont le patient/citoyen fait partie. Dans ce contexte, une nouvelle technologie commence à faire ses preuves. Il s'agit du dossier de santé personnel électronique (DSPé), lequel mérite de plus amples consultations auprès de différents intervenants du milieu de la santé concernant son implantation et son usage.

Objectif de la recherche
L'objectif de cette étude était d'identifier, à travers une consultation en ligne, des enjeux prioritaires associés à l'implantation et l'utilisation du DSPé selon la perspective de différents groupes d'acteurs. Cette consultation s'inscrivait dans une étude plus vaste visant à formuler des options de politiques viables en relation aux enjeux d'intérêt pour les décideurs qui auront à se pencher sur l'implantation du DSPé par les organisations de soins au Canada.

Méthodologie
De nature itérative et participative, cette étude a misé sur la collaboration de participants provenant du milieu de la santé, lesquels ont été sélectionnés à titre d'experts et de représentants dans leur domaine. Suite à la réalisation d'entrevues auprès de 35 décideurs à travers le Canada et des résultats d'autres travaux produits par notre équipe de recherche, une consultation en ligne a été menée afin d'identifier les thèmes constituant des enjeux pertinents en lien avec l'implantation du DSPé au Canada.
Pour réaliser cette consultation en ligne, l'équipe de recherche a élaboré un formulaire, en français et en anglais. Dans ce formulaire, les répondants étaient invités à classer en ordre d'importance 14 thèmes identifiés lors des étapes précédentes du projet. Les répondants pouvaient consulter les définitions de ces thèmes à la fin du formulaire. Avec ce formulaire, une invitation a été transmise par courriel à 40 personnes afin de participer à la consultation en ligne en février 2014. Un rappel a été envoyé par la suite et les répondants ont disposé de trois semaines pour compléter le formulaire. Les données ont été compilées et un classement des thèmes prioritaires a été réalisé.

Carnet de dezvoltare a copilului (Agendâ Pentru Familie).

Tamara Turcanu, Olga CÎRSTEA, Conf. Dr. Marina ARAM□, Adela HORODI□TEANU-BANUH, Dorina SAVOSCHIN1, Ala HOLBAN, Alina FERDOHLEB, Rodica SCUTELNIC, Republique de Moldovia.

Introducere
Numeroasele studii realizate în Republica Moldova, au demonstrat un nivel insuficient de informatizare □i cunoa□tere de c□tre p□rin□i a aspectelor de cre□tere, dezvoltare, îngrijire □i asisten□□ medical□ a copilului. Documentul medical statistic de baz□ utilizat de c□tre lucr□torii medicali în prezent, este „Carnetul de dezvoltare a copilului" (formularul 112/e, aprobat în 2004 □i optimizat din 01.01.2013), în care se înregistreaz□ datele despre starea de s□n□tate a copilului. Acest document este p□strat doar în institu□iile medicale □i nu con□ine informa□ii utile pentru instruirea □i sporirea nivelului de cunoa□tin□e a p□rin□ilor în ceea ce prive□te cre□terea unui copil s□n□tos

Obiectiv
Pentru sporirea nivelului de implicare a p□rin□ilor în monitorizarea s□n□t□□ii □i dezvolt□rii copiilor proprii, sporirea cunoa□tin□elor membrilor familiei în cultivarea unui mod s□n□tos de via□□, evitarea cazurilor de mortalitate a copiilor din cauze evitabile (traume, otr□viri, maladii respiratorii acute complicate etc.), intensificarea implic□rii lucr□torilor medicali în procesul de informatizare □i educa□ie a familiei a fost trasat obiectivul de a elabora un instrument nou de informatizare □i implicare activ□ a p□rin□ilor în monitorizarea cre□terii □i dezvolt□rii copilului propriu.

Metoda
- Grupul de exper□i, constituit din cercet□tori □tiin□ifici, asisten□i □i conferen□iari universitari, reprezentan□i ai Ministerului S□n□t□□ii □i a organismelor finan□atoare (**UNICEF, AECD**) au elaborat Carnetul de dezvoltare a copilului (agend□ pentru familie), drept o anex□ obligatorie la formularul statistic oficial, dar care va fi în permanen□□ în posesia familiei pân□ la maturizarea copilului.
- Carnetul elaborat a fost testat în 4 raioane pilot (Soroca, Orhei, Cimi□lia, Chi□in□u) pe un e□antion de 500 familii pentru o perioad□ de 3 luni.

Rezultate
Rezultatele testării au demonstrat un interes sporit din partea părinților pentru utilizarea Carnetului și un nivel înalt de implicare a părinților în activitățile interactive, propuse de Carnet. Lucrătorii medicali, la fel, au apreciat pozitiv Carnetul și au menționat că implementarea acestuia ar avea beneficii considerabile pentru instruirea părinților și implicarea lor activă în problemele de sănătate a copilului. Implementarea la nivel național a Carnetului a fost precedată de organizarea unor cursuri de instruire a specialiștilor din asistența medicală primară și activități de promovare a Carnetului.

Conclusiil
Carnetul de dezvoltare a copilului (agendă pentru familie), aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 1000 din 08.10.2012 "Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulator și a Carnetului de dezvoltare a copilului", și este implementat cu succes la nivel național din 01.01.2013

Dossier de santé personnel électronique au Canada : entrevues avec des experts et représentants en santé.

Julie Payne-Gagnon a*, Erik Breton a, Marie-Pierre Gagnon c, Lara Khoury d
a Axe Santé publique et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec
b Centre affilié universitaire-Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec
c Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec
d Faculté de Droit, Université McGill, Montréal
Canada. julie.payne-gagnon@crchuq.ulaval.ca

Contexte
Au Canada, la forte hausse des coûts en santé, la demande grandissante des patients pour de meilleurs soins et les difficultés du système de santé de répondre à ces pressions ont mené à l'émergence de deux tendances complémentaires : l'apparition de l'e-santé, laissant une plus grande place aux technologies de l'information et de la communication en santé, ainsi que la transition d'un système de soins de santé centré sur le consommateur vers des soins de santé axés sur le partenariat patients-professionnels de la santé.
Les dossiers de santé personnels électroniques (DSPé) semblent être une solution respectant ces deux tendances et intéressant de plus en plus les acteurs pouvant être concernés par une telle technologie. Les DSPé ont le potentiel de soutenir les patients dans l'autogestion de leur santé, dans leur éducation, dans leur processus de soins et dans leurs relations avec les professionnels de la santé en plus d'avoir le potentiel d'alléger le système de santé. Cependant, les études et la littérature scientifique portant sur les bénéfices et les effets des DSPé se font encore rares.

Objectif de la recherche
Cette étude visait à explorer les enjeux prioritaires en lien avec l'implantation et l'utilisation des DSPé au Canada selon la perspective d'experts représentant les principaux groupes concernés et intéressés par cette technologie.

Méthodologie
L'équipe de recherche a contacté 39 participants potentiels par courriel. Ces participants ont été sélectionnés à titre d'experts et de représentants dans leur domaine. Seulement quatre personnes n'ont pas répondu au message d'invitation. La confidentialité a été assurée et les données ont été traitées de façon anonyme. Le guide d'entrevue portait sur la vision de l'organisation du répondant au sujet du DSPé, les bénéfices et les inconvénients associés au DSPé, les facilitateurs et les obstacles associés à l'usage du DSPé, les facteurs juridiques pouvant influencer l'implantation ou l'utilisation du DSPé et l'influence des politiques gouvernementales sur l'implantation ou l'utilisation du DSPé.
L'analyse des données a été réalisée selon la méthodologie décrite par Miles et Huberman, ce qui a permis d'identifier des thèmes et des relations entre les thèmes des entrevues à l'aide de 2 construction de matrices. Deux membres de l'équipe de recherche ont réalisé de manière indépendante le processus de codification à l'aide du logiciel NVivo 9. La codification était basée sur les thèmes émergents des entrevues et de la perspective des participants.

Résultats et discussion
Au total, 32 entrevues ont été réalisées (31 par téléphone et une via vidéoconférence) auprès de 35 participants

entre octobre 2013 et février 2014. Précisons que 29 entrevues ont été réalisées individuellement et trois entrevues ont impliqué deux participants chacune. Les entrevues étaient menées dans l'une des deux langues officielles selon la préférence du répondant (18 en anglais et 14 en français). Les 35 participants représentaient cinq groupes d'acteurs (patients, professionnels de la santé, gouvernement provincial, spécialistes des technologies de l'information et administrateurs de DSPé) de 14 organisations provenant de sept provinces canadiennes.
D'une province à l'autre, le rythme d'implantation de l'e-santé, et donc indirectement des DSPé, est inégal, faisant ressortir quelques observations intéressantes des commentaires recueillis lors des entrevues. Tout d'abord, les bénéfices et les barrières identifiés par les participants ont souvent été perçus comme des facteurs potentiels, puisque la plupart d'entre eux n'ont pu utiliser directement un DSPé. Par ailleurs, ce ne sont pas tous les participants qui savaient ce qu'était un DSPé. En effet, la plupart d'entre eux possédaient une plus grande expérience à l'égard des dossiers médicaux électroniques (DMÉ), lesquels ont une plus grande diffusion au pays. Ces DMÉ ont d'ailleurs été nommés à maintes reprises comme un prérequis à l'implantation des DSPé. Les priorités des gouvernements provinciaux et des instances locales face à l'adoption des DSPé différaient selon le niveau d'implantation de l'e-santé et des DMÉ des provinces concernées.
Quatorze thèmes principaux ont été identifiés durant les entrevues comme étant des enjeux importants associés au développement des DSPé au Canada. Ces thèmes sont les suivants : l'accès et le partage de l'information sur la santé, l'autogestion, le changement culturel, la communication patient-médecin, la sécurité, la confidentialité et la vie privée, la connaissance du DSP, les coûts, l'éducation du patient, le gain de temps, la littératie, les perspectives des utilisateurs, la population ciblée, le soutien des professionnels de la santé et le suivi de l'état de santé.

Intérêt de la communication
Cette étude porte sur un nombre intéressant de participants en plus de représenter différents groupes d'acteurs d'importance en santé, permettant d'apprécier une diversité d'enjeux en lien avec l'implantation et l'utilisation des DSPé. Les résultats de cette recherche sont donc d'un grand intérêt pour mieux comprendre la situation des DSPé autant au Canada que dans des systèmes de santé présentant des défis semblables.

Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda: implantação de um modelo de gestão na atenção materno-infantil.

Wallace Mendes-Silva, Silvia Regina Mendes, Borba, R.G.; Neto, M. Nakamura-Pereira, M. BrasilSilvia Regina Mendes, R.G. Borba, M. Neto, M. Nakamura-Pereira. Brasil

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de implantação de uma unidade da rede integrada de assistência materno infantil no município do Rio de Janeiro com base na política pública de humanização do Ministério da Saúde. O surgimento dos conceitos da integralidade, da autonomia corporal e a mudança de paradigma para o entendimento da saúde como direito do cidadão surgiram na década de 1980, requerendo que os gestores e profissionais de saúde se relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído em 2000 com o objetivo de garantir os direitos reprodutivos da mulher. A Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (MMABH), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, inaugurada em maio de 2012, nasceu nos moldes desse programa a partir de uma nova modalidade de gestão com administração indireta através da Organização Social Instituto SAS (OS ISAS). Foi realizado um estudo descritivo, resgatando elementos do processo de elaboração e implantação dos protocolos de assistência humanizada na MMABH. O período de análise compreende os anos de 2012 e 2013. O primeiro ano, justificado como tempo de organização, planejamento e implantação dos protocolos, e o segundo, como avaliação da efetividade dos protocolos nas ações de saúde na maternidade. O estudo respeitou a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. O processo de implantação da rede integrada de assistência materno infantil teve base no PHPN do Ministério de Saúde e os protocolos foram idealizados e produzidos nesta óptica de trabalho. Para tanto, foram realizadas reuniões intersetoriais e multiprofissionais, de onde partiram os primeiros esboços de ações de cuidado humanizado. A partir disso, foi estruturada a assistência à população dos territórios de saúde adstritos à maternidade, segundo Secretaria Municipal de Saúde, que também definiu as metas gerenciais dos indicadores de saúde obstétricos e perinatais. A MMABH conta com 80 leitos de alojamento conjunto, 38 leitos na Unidade Neonatal (13 de Terapia Intensiva, 17 de Cuidados Intermediário Convencional e 8 de Cuidados Intermediários Canguru), 6 salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto), Centro Cirúrgico Obstétrico, além de ambulatório para assistência pré-natal de alto risco, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia e *follow up* de recém-nascidos de alto risco. A maternidade no período de março a dezembro de 2012 funcionou com a metade da sua capacidade, como

previa o seu processo de implantação. A partir de 2013, a utilização da sua estrutura foi otimizada, alcançando a capacidade plena. Os protocolos baseados em evidências científicas e diretrizes do Ministério da Saúde foram implementados nos diversos setores da maternidade com o objetivo de manter boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Os dados para avaliação da assistência prestada foram coletados diariamente pelos coordenadores dos seus respectivos serviços e, a partir deles, foram construídos indicadores de saúde. Estes, por sua vez, foram analisados periodicamente para monitoração da qualidade do cuidado. Em 2013, a MMABH teve como produto 31.201 consultas, 6.327 internações, 4.955 nascimentos. O índice de cesariana foi de 23,8%, de episiotomia 7,9%, as taxas de mortalidade neonatal e fetal foram 5,13 e 10,51 por 1000 nascidos vivos, respectivamente, a proporção de nascidos vivos com peso maior que 2500g e índice de APGAR menor que 7 no 5° minuto foi 1,3%. Além desses dados, outros aspectos foram considerados, tais como utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto, incentivo ao aleitamento materno e prática de alojamento conjunto. A implantação da MMABH ocorreu dentro dos prazos estabelecidos pelo contrato de gestão entre a SMS/RJ e a OS ISAS. Os indicadores de saúde da MMABH ratificaram a efetividade das boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Colecho, compartiendo la cama con tu bebé.

Abdel Karim Ruiz, Miriam (1)*; Gallego Molina, Jessica (2); Gavilán Díaz, Marta (3).
(7) Enfermera. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.
(8) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.
(9) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Quirón. Málaga. España. melocotoncillo@hotmail.com

Introducción

El colecho consiste en dormir con nuestros hijos. Durante toda nuestra historia el hombre ha practicado el colecho, se práctica de muchas y variadas formas, desde compartir la cama hasta la habitación. En las sociedades occidentales, esta práctica crea dudas y sentimientos de culpabilidad, ya que lo que se promueve es que los hijos sean autosuficientes lo antes posible. Hoy en día existen muchas familias que lo llevan a cabo y se benefician de sus ventajas, como saber en cada momento cuales son las necesidades del bebé, favorecer el vínculo madre e hijo y regular los patrones de sueño de ambos.

Objetivo

Adquirir conocimientos y argumentos para realizar la práctica del colecho con seguridad.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane Plus, Medline (con el software Pubmed), Gerion, sCielo y Cuiden.
Palabras clave: Colecho. Dormir con los padres. Lactancia materna. Síndrome de muerte súbita del lactante

Resultados

Ante la controversia en los últimos años en relación a su práctica ¿qué debemos aconsejar a los padres?

- La separación del recién nacido de la madre dificulta la instauración y mantenimiento de la lactancia materna.
- Aumento de prolactina en toma nocturna y de la lactogénesis.
- Mayor producción de leche. Tomas más frecuentes y largas
- Aumento de protección inmunitaria: prevención la muerte súbita del lactante.
- Sincronización de los ciclos de sueño y de los despertares nocturnos. Mejor descanso y menos malestar.
- Disminución del llanto y de los niveles de estrés.
- Regulación térmica y respiratoria. Disminución de la apnea del sueño.
- Mejora el apego.
- Mayor autoestima y seguridad en el bebé en edad adulta

Conclusiones

- El amamantar es lo mejor para la salud del bebé y para la madre.
- Se aconseja que el bebé comparta la habitación durante los 6 primeros meses, ya que esto ayuda a

que la lactancia materna se prolongue durante más tiempo.

- Es necesario informar a los padres sobre los posibles beneficios y riesgos, teniendo muy presente las recomendaciones citadas para realizarlo con seguridad y reducir el riesgo de accidentes.
- Nuestro plan de investigación se centra en las intervenciones diarias, proporcionando argumentos a los padres que aun tengan dudas o que no estén informados adecuadamente.

A Intersetorialidade nos serviços de assistência à saúde: análise de experiencia.

Sandra Maria de Oliveira Fernandes, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. arcas.fernandes@ig.com.br

Descrição do problema: Apesar de definidos diferentes fatores condicionantes e determinantes de saúde ou doença, desenvolve-se habitualmente uma política setorial, e a responsabilidade de alcançar os diversos fatores necessários à saúde recai quase que exclusivamente sobre o setor saúde. A população usuária dos serviços públicos é prejudicada por características da política pública que, por ser habitualmente fragmentada e desarticulada, impossibilita o atendimento das necessidades da população de forma integral. As políticas intersetoriais ainda são processos inovadores e experimentais e viabilizados, sobretudo, pelo interesse dos atores que executam tais políticas e menos por uma decisão política de governo. Esta pesquisa analisou a experiência de um serviço especializado no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, no Hospital Infantil Ismélia Silveira, em Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, Brasil, por meio de aplicação de questionários e pesquisa documental, com o objetivo de analisar a construção da intersetorialidade em um serviço de assistência e demonstrar a importância de sua inclusão formal nas políticas públicas. Foi possível descrever o processo de construção de ações intersetoriais por iniciativa dos profissionais do serviço; observar a ausência de políticas intersetoriais formais para a atenção às vítimas de violência no município de Duque de Caxias; perceber a temática da violência como motivadora para o desenvolvimento da intersetorialidade; e, por fim, confirmar a percepção de sua importância para o atendimento integral a esse grupo alvo.

Objetivo: Discutir a possibilidade de construir a intersetorialidade nos serviços de assistência à saúde, a partir da análise da experiência do Ambulatório de Apoio à Família (AAF), demonstrando a importância de sua inclusão nas políticas públicas.

Metodologia: Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de três passos metodológicos. O primeiro, *pesquisa bibliográfica* sobre os dois temas centrais do estudo, a intersetorialidade na área de saúde e a violência contra crianças e adolescentes. O segundo incluiu *pesquisa documental* sobre a criação e a evolução do AAF e o terceiro, a *aplicação de questionário.*

Discussão/Resultados: Na análise dos resultados da pesquisa, percebe-se que a intersetorialidade vem sendo construída no AAF por iniciativa de profissionais, que compreenderam sua necessidade e importância para responder aos problemas enfrentados por uma população específica, vítima de violência. Este processo de construção foi diário, a partir da percepção da gravidade do contexto de vida e saúde destas pessoas, e a percepção dos limites setoriais e dos benefícios das ações intersetoriais, impulsionando a construção da rede de apoio, possibiltando o atendimento integral. No AAF, uma importante dificuldade apontada foi a falta de capacitação dos profissionais de toda a rede de apoio para o trabalho intersetorial. Concluiu-se que não se alcançam os resultados necessários com implementação de políticas setoriais, por isso a intersetorialidade precisa ser valorizada na dimensão das políticas públicas. O maior benefício alcançado pela intersetorialidade na assistência é a garantia de direitos, que promove assim um atendimento integral, tão essencial para as famílias vítimas de violência. A complexidade do fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente, trazendo a compreensão de que a articulação entre os diferentes setores da sociedade se faz necessária para encontrar caminhos mais eficazes no encaminhamento destas situações, foi a grande motivação para a construção da intersetorialidade no AAF. Torna-se necessário uma gestão participativa dos problemas na construção das políticas, unindo gestores, profissionais e usuários na discussão dos problemas, a fim de encontrar soluções intersetoriais que sejam integrantes formais das políticas públicas federais, estaduais e municipais. A responsabilidade sobre essa forma de atenção não pode ser exclusivamente dos profissionais; é principalmente dos gestores ao formularem as políticas. Entende-se que a existência de políticas intersetoriais traz benefícios aos pacientes, ao sistema e aos profissionais, que teriam um desgaste emocional menor se não precisassem construir redes para a assistência integral. Pacientes e profissionais caminham para a exigência da integralidade no cuidado, e a gestão precisa entender essa lógica, ainda que inicialmente para os problemas de

maior relevância, já que é impossível alcançar uma saúde multifatorial sem a construção de políticas intersetoriais se os diferentes setores do governo têm interesses diferentes.

Análise situacional da cultura de segurança no contexto de um hospital público no Brasil: facilidades e dificuldades apontadas por enfermeiros.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão-UECE; Roberta Meneses Oliveira-UECE; Adriana Catarina de Souza Oliveira- UCAM; Dionisia Mateus Gazos-UECE; Leticia Lima Aguiar-UECE; Marcelo Gurgel Carlos da Silva. Brasil. : Ilse.tigre@uece.br

Resumen

El objetivo fue analizar la cultura de seguridad desarrollada en el contexto hospitalaria bajo la óptica del enfermero asistencial en hospital público de grande porte en Ceará. Se trata de un estudio de evaluación, con abordaje cuali-cuantitativa, realizada en un hospital público de Fortaleza, en el Estado brasileño de Ceará, entre enero y junio del año 2013. Se realizó entrevista semi-estructurada con 37 enfermeros involucrados directamente en el atendimiento al paciente, utilizando análisis temática de contenido. De las 37 entrevistas, emergieron 34 unidades de registro (UR), o sea, 34 frases que se caracterizaron como unidades de significación relacionadas al problema del estudio y que respondían a las cuestiones norteadoras. Posteriormente, dichas UR fueron discutidas en dos categorías empíricas: 1. Dificultades para el establecimiento de la cultura de seguridad (27UR) y 2. Condiciones facilitadoras de la promoción de la cultura de seguridad (7UR). Los datos recogidos en el estudio mostraron la gran realidad que ocurrí en las redes de hospitales públicos en Brasil. Dicha realidad que se percibe en las narrativas de los profesionales cuando los mismos hablan de las malas condiciones en las cuales trabajan, de la excesiva carga horaria de trabajo que son sometidos, la falta de dotación personal de enfermería, de materiales de mala calidad y de la falta de estructura de la institución.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a cultura de segurança desenvolvida no contexto hospitalar sob a ótica do enfermeiro assistencial em hospital público de grande porte no Ceará-BR.Trata-se de uma pesquisa de avaliação, com abordagem quali-quantitativa, realizada em um hospital público em Fortaleza, no estado brasileiro do Ceará, entre Janeiro e junho de 2013. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com 37 enfermeiros envolvidos diretamente no atendimento ao paciente, usando análise temática de conteúdo. Das 37 entrevistas, emergiram 34 unidades de registro (UR), ou sejam, 34 frases que se caracterizaram como unidades de significação relacionadas ao problema da pesquisa e que respondiam às questões norteadoras. Posteriormente, tais UR foram discutidas em duas categorias empíricas: 1. Dificuldades para o estabelecimento da cultura de segurança (27 UR) e 2. Condições facilitadoras da promoção da cultura de segurança (7 UR). Os dados coletados no estudo mostraram a grande realidade que ocorre nas redes de hospitais públicos no Brasil. Realidade esta, que se percebe nos relatos dos profissionais quando os mesmos falam das más condições nas quais trabalham, da excessiva carga horária de trabalho que são submetidos, da falta de dimensionamento pessoal de enfermagem, de materiais de má qualidade e da falta de estrutura da instituição

Equité et santé : priorisation des problèmes de santé par la participation communautaire à Draa El Mizan (wilaya de Tizi Ouzou).

Chougrani S , Houti L, Heroual N, Kial T, Ouhadj S, Benamar H. Université d'Oran. Laboratoire des Systèmes d'information en santé et Centre de recherche en Anthropologie Sociale et culturelle (CRASC) Oran. Algérie.
Saada.chougrani@gmail.com

Les résultats de la recherche portant sur les facteurs en jeu dans l'équité en santé et de renforcer la capacité et le degré de participation des acteurs locaux en matière de définition des objectifs dans le cadre de la stratégie de santé ont montré que les facteurs liés à l'environnement, aux comportements des individus, l'hygiène de vie et au rôle des institutionnels et des politiques.
La méthode participation en atelier de production a regroupé 29 personnes représentants toutes catégories des habitants de Draa El Mizan. Les problèmes ont été classés en facteurs liés à l'environnement, aux comportements des individus, l'hygiène de vie et au rôle des institutionnels et des politiques. La priorisation a pris en compte les critères de fréquence, de gravité, d'impact sur l'individu et sur la société et la capacité de résolution du problème localement.
Cinq problèmes majeurs : la précarité et la pauvreté et la couverture universelle, l'absence de politique de protection environnementale, l'absence de politique de prévention sanitaire, les facteurs de risques sanitaires et

la difficulté de l'accessibilité aux soins ont été retenus comme prioritaires parmi plus d'une vingtaine de problèmes liés à la santé.
La priorisation des problèmes de santé grâce à la participation communautaire a permis d'avoir une meilleure visibilité des possibilités de résolution des nombreux problèmes de santé. Cette façon de poser les problèmes peut contribuer à l'amélioration de la gouvernance locale d'autant que les autorités communales sont partie prenantes du projet.

Trabalho em equipe na estratégia saúde da família: (des) articulação coletiva?

Kércia Nascimento Silva, Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS. Maria Angela Alves do Nascimento, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva- NUPISC /UEFS, Bahia. Marluce Maria Araújo Assis, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Líder do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), Bahia, Brasil. kercia_nascimento@yahoo.com.br

Resumo

O estudo teve objetivo de discutir o trabalho em equipe na produção do cuidado na atenção à saúde da família num município da Bahia, do tipo qualitativo com 12 participantes. Para coletar os dados utilizamos entrevista semiestruturada e observação sistemática, que foram sistematizados através da análise de conteúdo. Os trabalhos se concentravam em atividades individuais, pontuais e isoladas em detrimento das práticas em equipe e do saber compartilhado, assemelhando-se ao tipo agrupamento. Concluímos que é preciso investimento nos dialógicos, na interação dos sujeitos, articulação das ações na democratização dos diversos saberes e do trabalho em equipe.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo discutir el trabajo en equipo en la producción de la atención en salud para la familia en el Estado de Bahía, lo cualitativo con 12 participantes. Para recolectar los datos se utilizó la entrevista semi-estructurada y la observación sistemática, organizadas por el análisis de contenido. El trabajo se centró en las actividades individuales, específicas y aisladas, a expensas de las prácticas del equipo y el intercambio de conocimientos, que se asemeja al tipo de agrupación. Llegamos a la conclusión de que necesitamos inversión en dialógica, la interacción de los sujetos, las acciones conjuntas en la democratización del conocimiento y el trabajo en equipo diverso.

Trabalho de enfermagem no s serviços de imunização na atenção à saúde da família em um município da Bahia – Brasil.

Maria Angela Alves do Nascimento, Itana Pimenta de Oliveira, Kércia Nascimento Silva y Luciane Cristina Feltrin. Brasil

Intervenção Intersetorial de promoção da saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: um estudo de avaliabilidade.

Nília Maria de Brito Lima Prado1*, Maria Guadalupe Medina2 , Rosana Aquino2. 1 Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2 Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Brasil. nilia.ufba@gmail.com

O contexto e a descrição da intervenção

Os processos de Reforma Sanitária no Brasil têm enfatizado a necessidade de promover ações intersetoriais, entre as quais a articulação entre a Atenção Primária a Saúde com ações desenvolvidas no âmbito das escolas. Com o propósito de desenvolver iniciativas inovadoras de operacionalização de ações intersetoriais, o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) desenvolveu o PROSE direcionado a estudantes do ensino médio entre 15 e 18 anos, pertencentes a territórios cobertos pela Estratégia de Saúde da Família e o Programa Saúde na Escola. A intervenção foi implementada entre abril e setembro de 2013 em cinco municípios do Estado da Bahia, Brasil, obedecendo a critérios preestabelecidos. Em cada município, foram selecionadas duas escolas, e para a implantação foram realizadas capacitações com oito professores, estudantes monitores (atribuição de estimular a participação dos outros escolares) e profissionais de Saúde.

Objetivos da Investigação

Verificar em que medida uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física (PROSE) é passível de avaliação no estágio em que se encontra (evaluability assesment). Como específicos: a) elaborar um modelo lógico da intervenção b) identificar áreas críticas da intervenção a serem melhoradas e c) formular questões prioritárias para avaliação da intervenção.

Materiais e Métodos
Este estudo de avaliabilidade teve como questões norteadoras: (a) Os objetivos da intervenção estão bem definidos? (b) Existe entendimento pelos agentes envolvidos? (c) Quais componentes da intervenção devem ser priorizados na avaliação?
Os dados foram extraídos por análise dos documentos do projeto, entrevistas com informantes chaves (oito técnicos do projeto, 41 professores, alunos) e observação não participante, *in locu*. A coleta de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2013. As entrevistas foram transcritas e analisadas por análise de conteúdo.
O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CCAE 09709112.3.0000.5030 e (Número do parecer 182.685) em 4 de janeiro de 2013.

Influencia de los estilos de vida en la percepción del estado de salud: diferencia etarias.

Mª Luisa Ballestar Tarín, Luisa Ruano Casado, Georgina Contreras Landgrave. España y México

Grado de implantación del Plan de control de peligros químicos en productos alimentario en la Comunjidad Autónoma de Andalucía.

Manuel Jesús Pérez Giradles, Esther Castillo Quesada y Vanesa Torres Saura. España

Prevalência de transtorno mental comum (TMC) entre professores univeersitários da área da saúde.

Da Silva, GF[1]*; Lucas, LHM1; Melo, ALL1; MELO, EV2; Sarmento, SCP2; Mansilla, KMNR2; Oliva-Costa, EF2.
1- Giulliana Feitosa da Silva, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (DME/UFS) *, 1- Luana Helena Martins Lucas, DME/UFS 1- - André Luiz Lima de Melo, DME/UFS, 2- Enaldo Vieira Melo, DME/UFS, 2- Salvyana Carla PalmeiraSarmento, DME/UFS, 2- Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla, DME/UFS, 2- Edméa Fontes de Oliva Costa, DME/UFS. Brasil. giulliana.feitosa@hotmail.com

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: A categoria docente, em geral, é uma das mais expostas a ambientes conflituosos e de alta exigência de trabalho. Seja qual for o nível em que ensine, as diversas tarefas extraclasse e atividades adicionais, problemas com alunos que chegam até ameaças verbais e físicas, pressão do tempo, etc. configuram situações estressantes que podem levar a repercussões na saúde física e mental e no desempenho profissional dos professores. Sabendo que grande parte da qualidade de ensino está intimamente relacionada à satisfação (e aqui incluímos a saúde mental) dos seus docentes, um ambiente de trabalho hostil, por qualquer que seja a causa, desestimula a sua classe trabalhadora e, pode levar a um déficit da saúde mental dos mesmos. Sintomas aparentemente simples como fadiga, insônia e irritabilidade podem ter como pano de fundo um problema crônico da Instituição de trabalho e podem estar relacionados a Transtornos Mentais Comuns (TMC). Por isso, o enfoque no estudo da saúde mental e de métodos de prevenção dessas patologias necessita ser intensos no Brasil, principalmente, dentre os educadores.
MÉTODO: Estudo exploratório descritivo analítico transversal, realizado com os docentes dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem numa Universidade pública do Nordeste do Brasil em março de 2014. Os participantes responderam a um questionário autoaplicável elaborado pelos autores deste estudo com questões sobre aspectos sócio-demográficos, características pessoais e atividades laborais e, questionário específico para a investigação de TMC, o Self Report Questionaire (SRQ-20). A partir dos questionários preenchidos, elaborados de forma que as respostas já se apresentem codificadas, foi construído um banco de dados num programa estatístico e cuja análise foi realizada utilizando primeiro a estatística descritiva para descrição do perfil da população estudada e em seguida análise das variáveis potencialmente associadas à variável desfecho TMC com cálculo das Razões de Prevalência (RP).

RESULTADOS: Responderam ao questionário 61 docentes: 33% de medicina, 62,5% de enfermagem e 66,7% de odontologia. A idade média dos avaliados foi de 47 anos, sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 64. Houve predomínio do sexo masculino (66,1%). A prevalência de TMC entre os docentes avaliados foi de 29,5% e as variáveis mais fortemente associados com TMC foram: tensão emocional (RP 3,68), automedicação (RP1, 39), doença física (RP 3,08), insatisfação com a atividade de ensino (RP 2,26), ter outra ocupação (RP 1,76).

DISCUSSÃO: Os TMC constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho. Estudos demonstraram que a prevalência desta patologia em países industrializados é de 7 a 30% e de 22 e 35% na

população brasileira. Resultado semelhante foi encontrado nesta pesquisa, o que reforça a necessidade de identificação precoce de TMC, para orientar mudanças no âmbito individual e coletivo.

CONCLUSÃO: Os docentes com TMC podem evoluir para transtornos moderados a graves, se medidas preventivas imediatas não forem instituídas, o que pode comprometer o desempenho profissional e, consequentemente, a formação de novos profissionais da área da saúde. Dessa forma, faz-se necessário a existência de programas na Universidade que possibilitem o diagnóstico precoce, já que ansiamos oferecer a comunidade bom profissionais, é mister que os atores atuantes no aparelho formador estejam bem psiquicamente.

CONTRIBUIÇÕES: Pesquisas enfocando a relação saúde mental/trabalho ainda são escassas, principalmente quando o trabalhador da saúde é o objeto de estudo e mais ainda quando se trata do Docente da área da Saúde, estes estudos poderão contribuir para que a nossa comunidade acadêmica e aquelas de perfil semelhante reflitam sobre seu papel no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas psicopatológicos relacionados aos TMC detectados.

Prevalência da síndrome de Burnout entre professores universitários da área da saúde.

Da Silva, GF1*; Lucas, LHM1; Melo, ALL1; MELO, EV2; Sarmento, SCP2; Mansilla, KMNR2; Oliva-Costa, EF2. 1- Giulliana Feitosa da Silva, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (DME/UFS) *, 1- Luana Helena Martins Lucas, DME/UFS 1- - André Luiz Lima de Melo, DME/UFS, 2- Enaldo Vieira Melo, DME/UFS, 2- Salvyana Carla PalmeiraSarmento, DME/UFS, 2- Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla, DME/UFS, 2- Edméa Fontes de Oliva Costa, DME/UFS. Brasil. giulliana.feitosa@hotmail.com

OBJETIVOS: Estimar a prevalência de Síndrome de Burnout (SB) entre Docentes da Área da Saúde de uma universidade pública do nordeste do Brasil, analisar fatores associados, além de identificar as dimensões mais comprometidas e caracterizar o perfil sócio-demográfico desta população.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: Nas universidades brasileiras têm-se encontrado, com raras exceções, processos dominantes de hierarquização e de burocratização, que podem prejudicar o desenvolvimento das instituições, bem como a saúde de seus professores. Parte da qualidade de ensino está intimamente relacionada à satisfação (e aqui incluímos a saúde mental) dos professores. Um ambiente de trabalho hostil, por qualquer causa, desestimula o trabalhador e pode levar a um déficit da saúde mental dos mesmos. A saúde mental dos profissionais da área de saúde constitui motivo de preocupação há certo tempo, tendo em vista o caráter estressante do trabalho em saúde que pode comprometer a saúde do profissional. Devido a uma maior probabilidade de ocorrência de certos transtornos mentais, como a SB, em profissionais que lidam diretamente com o público, como é o caso dos professores e dos profissionais da saúde, o enfoque no estudo das desordens mentais e seus métodos de prevenção tem sido intenso no Brasil.

MÉTODO: Estudo descritivo transversal, no qual foi utilizado um questionário específico elaborado pelos autores com variáveis sobre aspectos sócio-demográficos, psicoemocionais e atividades laborais, além do Maslach Burnout Inventory Educators – MBI-ED para investigação da Síndrome de Burnout e suas três dimensões. Utilizada a classificação de Maslach (1986) para o diagnóstico de SB, cujo critério para diagnóstico da SB é comprometimento nas três dimensões do MBI (exaustão emocional, despersonalização e eficácia profissional). Foi realizada análise dos dados através da estatística descritiva após construção do banco com o auxílio de um programa estatístico, bem como cálculos das Razões de Prevalência. RESULTADOS: Responderam aos questionários 61 docentes: 33% do total medicina, 62,5% de enfermagem e 66,7% do total de odontologia. Os pesquisados possuíam uma média de idade de 47 anos, sendo a idade mínima 25 e máxima 64, sendo 66,1% homens. Observou-se que 90,2% tinham exaustão emocional, despersonalização em 91,8% e baixa eficácia profissional em 37,5%. A prevalência de SB foi de 6,6% quando analisadas as três dimensões, porém se usássemos como critério para SB apenas as duas dimensões: exaustão e despersonalização, 41% dos docentes estariam comprometidos, pois a dimensão eficácia profissional ainda se manteve preservada, atuando como fator protetor. Os fatores associados com as duas dimensões de Burnout mais comprometidas foram: possuir outra ocupação, no qual obtivemos uma razão de prevalência RP (1,18) e o outro fator tem relação com a circunstância de o professor acreditar que o aluno formado hoje não está adquirindo as habilidades e competências exigidas pelas diretrizes curriculares nacionais para o curso (RP 1,09). DISCUSSÃO: O Ministério da Saúde brasileiro define SB como um tipo de resposta crônica a fatores estressores e interpessoais no meio de trabalho, afeta principalmente os profissionais que estão em contato

direto com usuários; assim sendo os docentes estão entre o público mais susceptível ao adoecimento e o comprometimento de duas das três dimensões relacionadas à SB revela a necessidade de melhorias nas condições de trabalho desses profissionais para que essa terceira dimensão não seja comprometida e os docentes da saúde não venham a comprometer além das suas funções, a qualidade da formação profissional.

CONCLUSÕES Os resultados apontam necessidade de manutenção de pesquisas para detecção precoce da síndrome e de seus fatores associados, para planejamento de medidas preventivas de forma que os docentes não venham a progredir com o comprometimento também da eficácia profissional o que aumentaria a prevalência da SB propriamente dita.

CONTRIBUIÇÕES: A investigação entre docentes dos sintomas psicopatológicos descritos visa identificação precoce, contribuindo para prevenção da SB. Como os resultados demonstram elevada prevalência quando consideradas duas dimensões relacionadas à SB, esses resultados podem influenciar os gestores da instituição pesquisada na criação do Serviço de Apoio Psicopedagógico para docentes e discentes, como também para a criação de outras medidas necessárias à prevenção destes sintomas entre docentes da área da Saúde. Contudo, somente novas pesquisas nesta população e em outras semelhantes, poderão confirmar seu impacto e eficácia.

Prevalência de sintomas depressivos entre professores universitários da área da saúde.

Da Silva, GF1*; Lucas, LHM1; Melo, ALL1; MELO, EV2; Sarmento, SCP2; Mansilla, KMNR2; Oliva-Costa, EF2. 1- Giulliana Feitosa da Silva, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (DME/UFS) *, 1- Luana Helena Martins Lucas, DME/UFS 1- - André Luiz Lima de Melo, DME/UFS, 2- Enaldo Vieira Melo, DME/UFS, 2- Salvyana Carla PalmeiraSarmento, DME/UFS, 2- Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla, DME/UFS, 2- Edméa Fontes de Oliva Costa, DME/UFS. Brasil. . giulliana.feitosa@hotmail.com

Objetivos: Estimar a prevalência de Sintomas Depressivos (SD) e fatores associados em Docentes da Área da Saúde de uma universidade pública do Nordeste do Brasil, bem como caracterizar o perfil sócio-demográfico dos mesmos.

Contexto e descrição do problema: As condições de trabalho interferem enormemente na saúde psíquica de um trabalhador, sobretudo naqueles da área de saúde, muitas vezes submetidos a regimes de plantões frequentes e tantos outros fatores exaustivos. Não são raros os médicos e demais profissionais de saúde que terminam por desenvolver uma sintomatologia psiquiátrica. Outra classe profissional, evidentemente, exposta ao estresse são os professores. Muitas vezes, os transtornos psíquicos ocupam o primeiro lugar entre os diagnósticos que levam ao afastamento dos mesmos. A situação pode tornar-se sobremaneira alarmante quando o profissional, além de docente, é trabalhador da área de saúde. Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão se firma, progressivamente, como uma das maiores preocupações no âmbito da saúde pública nos últimos tempos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão já é considerada uma doença mental comum, afetando mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades no mundo inteiro, sendo a mais incapacitante dentre as doenças. Nesse contexto, um estudo abordando a relação entre SD e professores universitários da área de saúde seria de grande interesse científico.

Método: Estudo exploratório descritivo analítico transversal realizado com docentes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia de uma universidade pública do Nordeste do Brasil. A coleta de dados foi feita através dos seguintes questionários: 1) Questionário Específico Para Docentes da Saúde (QEDS) – foi elaborado pelos autores do estudo com questões relativas às características sócio-demográficas, aos aspectos pessoais e às vivências psicoemocionais atuais; 2) Inventário de Depressão de Beck (IDB) – para a investigação de SD. Os dados foram analisados através de um programa estatístico, sendo que foi realizada descrição da população inicialmente através de estatística descritiva e em seguida a análise das variáveis associadas à variável desfecho SD com cálculos de Razão de Prevalência (RP).

Resultados: O trabalho contou com 61 professores: 33% do total de medicina, 62,5% do total de enfermagem e 66,7% do total de odontologia. A média de idade foi de 47 anos, variando de 25 a 64 anos. O sexo masculino foi predominante (66,1%). Foram detectados SD de leve a moderado e de moderado a grave em 24,6% dos docentes estudados. Os demais (75,4%) se situaram na faixa correspondente a pessoa sem SD ou com sintomas mínimos. As variáveis potencialmente associadas à SD foram as seguintes: possuir doença física moderada a grave (RP=2,79); automedicar-se com psicofármaco (RP=1,78); insatisfação com as estratégias de

ensino que utiliza (RP=3,12); sentir necessidade de fazer cursos específicos de formação em educação para as profissões da saúde para melhorar sua atividade como docente (RP=5,23); não praticar atividade física (RP=2,30).

Discussão: Através dos resultados obtidos, podemos verificar que o presente estudo corrobora dados da literatura que demonstram considerável prevalência de desordens psíquicas em professores e profissionais da saúde. Diversos estudos já demonstraram significativa prevalência de distúrbios psíquicos entre médicos, acadêmicos ou residentes de medicina, dentre outros profissionais de saúde. Entretanto, ainda há uma carência na literatura científica de trabalhos que visem a estudar a relação entre SD e professores universitários da área de saúde.

Conclusão: A análise da combinação de tais atividades laborais revela considerável impacto na saúde mental desses profissionais, podendo suas consequências se refletirem no processo ensino-aprendizagem. Por tanto, adoção de medidas preventivas é uma imperiosa necessidade e, por sua vez, pode vir a garantir uma assistência educacional de maior qualidade.

Contribuições: A estimativa da prevalência de sintomatologia depressiva e fatores de risco associados desta população, além da avaliação da severidade da sintomatologia depressiva e da caracterização do perfil sócio demográfico fornecem dados de fundamental importância para a implementação de programas de caráter protetor da saúde mental de professores universitários da área de saúde.

Análise da qualidade da atenção à saúde dos presos. Uma questão de cidadania no sistema prisional brasileiro.

Luiz Eduardo Oliveira[1], Verônica Teixeira Marques[2], Cristiane Costa da Cunha Oliveira[3]. Instituição dos autores[1,2,3]
Universidade Tiradentes- SE, Brasil. eduardoabril1965@gmail.com;

Resumo

Este estudo teve como objetivo principal analisar a qualidade da atenção à saúde recebida pelos presos, no Sistema Penitenciário Sergipano, no nordeste brasileiro. Foram aplicados questionários semiabertos aos detentos selecionados aleatoriamente em unidade prisional no Estado de Sergipe. Parcela considerável dos entrevistados afirmou que não havia sido atendida pelos profissionais de saúde, embora a maioria dos detentos tivesse relatado a necessidade de medicamentos. As questões de saúde e do direito precisam ser tratadas de forma transversal, com observância do respeito à dignidade dos profissionais envolvidos e da população carcerária.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar la calidad de la atención médica recibida por reclusos en el sistema penitenciario de Sergipe, noreste de Brasil. Cuestionarios semi-abiertos se aplicaron a los detenidos seleccionados al azar en el centro penitenciario del Estado. Parte considerable de los encuestados dijo que no había sido atendida por profesionales de salud, aunque la mayoría habían informado de la necesidad de medicamentos. Las cuestiones de salud y derechos deben ser abordados de forma transversal, con respeto a la dignidad de los profesionales implicados y la población carcelaria.

Atuação sindical na defesa por melhores condições de trabalho na saúde.

Carlos Eduardo Sobral Nogueira SINTRAB. 2 Rachel Peixoto Assompção UEFS – Bahia, SINTRAB/Saúde. Brasil. cesnogueira@hotmail.com

O movimento sindical surge para tirar o trabalhador do seu individualismo e possibilitar um espaço de união e de lutas por melhores condições de trabalho e de vida (WERNER, 2001). Assim, o sindicato tem um papel fundamental na busca por melhorias salariais e de condições de trabalho aos seus filiados. Por experiência adquirida no exercício de atividades junto ao Sindicato dos Servidores Públicos Municipais da Saúde de Juazeiro – Bahia (SINTRAB/Saúde) destacamos a exposição clara e dinâmica praticada por esta entidade, em declarar, sem restrições, as carências de seus profissionais, principalmente durante as negociações em campanhas salariais, a qual tem evitado as não raras omissões praticadas pelo Poder Público em relação à

valorização dos profissionais da saúde. No Brasil, o fenômeno da sindicalização entre os profissionais mais qualificados tem aumentado nos últimos tempos (MACHADO, 1997). É da natureza humana, que aqueles que dão força ao trabalho de outrem, estão na busca por melhores condições salariais e de trabalho (STÜRMER, 2013). Durante as negociações da Campanha salarial 2014, entre o SINTRAB/Saúde e o governo municipal, destacamos, por parte daquela entidade, que apesar da busca pela valorização da saúde se dar de forma igualitária, sem distinção, determinadas categorias de profissionais demonstraram maior comprometimento na procura por resultados satisfatórios. Tal destaque se deu através de uma participação ativa de algumas categorias de profissionais nas ações promovidas pelo sindicato durante a campanha salarial 2014 bem como nos demais assuntos relacionados à pauta de reivindicações em assembleias. Segundo Stürmer (2013), aquele que dispõem da atividade econômica visa lucro, não há, em um caso e em outro, juízo de valor, tratando apenas de uma realidade da própria natureza humana. Este é um estudo exploratório, descritivo, cujo questionamento é: Como o sindicato pode potencializar melhores condições salariais e de trabalho na saúde em Juazeiro – Bahia, no ano de 2014? Com o objetivo de descrever a participação dos associados na campanha salarial de 2014, em Juazeiro – Bahia. A análise dos resultados se deu por observação no processo de negociação entre sindicato e poder público municipal, na perspectiva da observação militante, um relato de experiência, enquanto advogado, consultor e assessor do SINTRAB/Saúde. Nos resultados, evidenciamos que as conquistas, em razão das participações destacadas de determinadas categorias de profissionais da saúde, também se deram de forma diferenciada e mais vantajosa a estes, haja vista os esforços terem sido percebidos pelo próprio gestor de recursos, no caso em tela, o governo municipal. Os meios aplicados por estas categorias de profissionais se deram através de adesões às paralisações reivindicatórias, formação de comissões de interação junto ao sindicato e ao próprio governo municipal e busca de esclarecimentos de seus direitos e deveres através da assessoria jurídica sindical. Os resultados práticos demonstraram que o comprometimento dos profissionais, tanto na busca por reajuste salarial como por melhoria nas condições de trabalho, podem surtir efeitos além do desejado. Desta feita, resta claro que a participação ativa dos profissionais na busca incessante pelos seus direitos, aliada ao sindicato que os representa, pode até resultar em práticas além do esperado. Por fim, apesar da revisão salarial anual obrigatória prevista no artigo 37, inciso X, da Constituição Federal Brasileira ter sido respeitada durante a campanha salarial de 2014, o reajuste salarial, que é o ganho real, acima da inflação, na remuneração do servidor, sequer alcançou o percentual de 1% (um por cento) para determinadas classes.

Trastorno mental comum e fatores associados entre estudantes durante sua formação médica.

Oliva-Costa, EF1*; Mendes, CMC2; Andrade, TM2 1*- Edméa Fontes de Oliva Costa, professora de Psiquiatria do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (DME/UFS), Doutorado no Programa de Pós Graduação em Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia (PPGMS/UFBA); 2- Carlos Mauricio Cardeal Mendes, professor de Bioestatística do PPGMS/UFBA; 2- Tarcísio Matos Andrade, professor de Psicologia Médica do PPGMS/UFBA. Brasil. edmeaolivacosta@gmail.com

Resumo

OBJETIVO: Estimar prevalência de TMC e fatores associados entre estudantes de medicina. MÉTODO: Estudo transversal por inquéritos repetidos na UFS-Brasil, com os 40 iniciantes em 2006/1 seguidos anualmente até 2011/1, através do SRQ-20 e de questionário estruturado. Realizada análise de correspondência e regressão Poisson. RESULTADOS: prevalência de TMC no quinto ano foi 43,2% com as seguintes variáveis associadas: curso aquém da expectativa(OR=3,20), desconforto com atividades do curso(OR=2,10), insatisfação com estratégias de ensino(OR=1,08), curso não é fonte de prazer(OR=2,06). CONCLUSÃO: Os resultados apontam para necessidade de mudanças no processo educacional.

Resumen

OBJETIVO: Estimar la prevalencia de CMD y los factores asociados en estudiantes de medicina. Métodos: Estudio transversal mediante encuestas repetidas en UFS-Brasil, con 40 principiantes en 2006/1 seguidos anualmente hasta 2011/1 hasta el 20 y el cuestionario estructurado SRQ. Realizado el análisis de correspondencias y la regresión Poisson. RESULTADOS: La prevalencia de CMD en el quinto año fue de 43,2% con las siguientes variables asociadas: carreras cortas de la expectativa(OR=3,20), molestias con las actividades del curso(OR=2,10), la insatisfacción con las estrategias de enseñanza(OR=1,08), el curso no es una fuente de placer(OR=2,06). CONCLUSIÓN: Los resultados apuntan a la necesidad de cambios en el proceso educativo.

Saúde mental de estudantes de medicina de duas escolas médicas com diferentes modelos de formaçâo. Estudo qualitativo.

Vanessa Araújo Argôlo, LP. Tenório, LLASM. Correia, HP Sá, EV. De Melo, EF. Oliva-Costa. Brasil

Quando se cuida do que não é seu: A Experência de Cuidado do Trabalhador de Limpeza em um Centro de Tratamento do Câncer Pediátrico.

Cinthia Mendonça Cavalcante y Maria Juliana Vieira Lima. Brasil

O objetivo desse estudo foi compreender a experiência de cuidado do trabalhador de limpeza diante do contato com usuários de um centro de tratamento oncológico infantil. Nessa perspectiva, compreende-se o cuidado como aspecto fundamental e característica básica do trabalho em um hospital. Este, aqui, concebido como o encontro entre a pessoa que sofre e aquele que é encarregado de proporcionar conforto físico e psíquico. No entanto, é importante ressaltar que mesmo aqueles não envolvidos diretamente com o cuidado técnico e profissional, lidam com o sofrimento, a doença, a morte em um centro de cuidado oncológico. Apesar de não haver acordo entre os autores no que tange a considerar os profissionais de limpeza como pertencentes, ou não, à equipe de cuidados, há consonância quando se afirma que, independente de que lugar o profissional ocupa na instituição e na equipe, ele se relaciona com o usuário, afeta-se e envolve-se com os mesmos. Ademais, a atuação em hospital de pediatria oncológica é considerada fonte de grande estresse e sofrimento para os profissionais que a vivenciam. Assim, os profissionais de limpeza, apesar de não atuarem focalmente no cuidado, são envolvidos por essa ação que permeia o âmbito hospitalar. A partir desse cenário, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, da qual participaram 06 (seis) trabalhadores do serviço de limpeza de um Centro Pediátrico de Câncer. A metodologia de investigação caracterizou-se pela utilização de entrevistas semiestruturadas. O método utilizado para a análise das falas, geradas pelas entrevistas, foi a hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur. As principais unidades de sentindo, encontradas a partir dos significados originários das experiências dos trabalhadores diante dos serviços efetivados, foram: cuidado e formação de vínculos, o estabelecimento das relações de vínculo; e as estratégias de enfrentamento/autocuidado utilizadas pelos trabalhadores. Percebeu-se que há estabelecimento de vínculo entre esses atores através de trocas afetivas significativas. Ao vincularem com os usuários e ofertarem cuidado, os profissionais de limpeza exercem atos terapêuticos e tornam-se figuras importantes nos tratamentos dos usuários e seus acompanhantes. Percebeu-se também que os profissionais de limpeza têm atuado como suporte para esses usuários e isso tem contribuído para a reestruturação do self nos momentos de crise e/ou de vulnerabilidade. No entanto, o vínculo que gera sentimentos de satisfação e auto realização também promove dores e sofrimentos decorrentes dos óbitos e pioras no estado de saúde dos pacientes. Nesse contexto, a partir das vivências de sofrimento, os trabalhadores mostraram que desenvolvem estratégias de enfrentamento e autocuidado na tentativa de elaborar e significar seus sentimentos e experiências. A contribuição deste estudo aponta para a necessidade de perceber e legitimar as relações existentes entre os profissionais de limpeza e os usuários como significativas e de cuidado, de forma especial no que tange às potencialidades que esses vínculos proporcionam ao cuidado em saúde. Ressalta-se a importância de desenvolvimentos de estratégias de cuidado a esses cuidadores. Essa realidade leva à reflexão da necessidade de haver espaços de escuta e acolhimento das demandas de sofrimento desses trabalhadores/cuidadores.

Relações comunitárias de um adolescente e sua família em situaçâo de uso de crack: uso de ecomapa.

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

Contexto e descrição do problema: A adolescência caracteriza-se como um dos momentos mais importantes para o desenvolvimento humano, pois nela ocorrem várias transformações biopsicossociais.É uma fase de passagem da infância para a vida adulta, de amadurecimento psicológico. Face a essa problemática do uso de drogas pelos adolescentes e de todos os impactos decorrentes desse comportamento é importante destacar o papel de família nessa discussão, haja vista a sua importância no desenvolvimento de qualquer indivíduo. Diante da problemática do uso de drogas pelos adolescentes e de todos os impactos decorrentes desse comportamento é importante destacar o papel de família nessa discussão, haja vista a sua importância no desenvolvimento de qualquer indivíduo. Assim sendo, a família é considerada um agente da socialização primordial e reproduz padrões culturais no sujeito, sendo vista como a principal doadora de identidade ao indivíduo, sendo responsável pela produção de comportamentos e por isso pode funcionar tanto como um fator de risco como de proteção para o comportamento do uso de drogas:

Objetivos da investigação: O presente estudo teve como objetivo identificar apoios na comunidade que auxiliam a família e o adolescenteno enfrentamento da situação de uso de crack.

Método: O estudo é um recorte de uma dissertação de mestrado intitulada: "ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE USO DE *CRACK* E SUA FAMÍLIA ATENDIDOS NO CAPS AD: uma discussão à luz das políticas de proteção social. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, pois esta possibilitou analisar a dinâmica familiar. Para a coleta, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, e o ecomapa familiar. O estudo foi realizado com uma família de um adolescente que frequenta o CAPS. Considerou-se como critério de escolha dessa família o fato dela apresentar um adolescente usuário de crack que estava comparecendo regularmente aos atendimentos do CAPS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob protocolo 10724251-6.

Resultados: Os resultados apontam que o abrigo, serviço de acolhimento no qual o adolescente se encontrava no momento da pesquisa, foi considerado como o dispositivo de maior apoio para o adolescente e para sua mãe. O CAPS foi considerado um auxílio importante somente para o adolescente, no entanto o posto de saúde na comunidade onde a família residia foi citado apenas como um serviço procurado quando alguém está com algum sintoma orgânico. Para a mãe, o principal recurso de enfrentamento foi o abrigo.

Conclusão: Diante do exposto, observa-se a mãe como o principal membro envolvida no enfrentamento da situação e a escassez de recursos disponíveis na comunidade que possam auxiliar as famílias que passam por agravos sociais.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: A partir do estudo de caso apresentado, o estudo busca identificar o espaço percorrido por adolescentes e suas famílias na busca pelo cuidado bem como caracterizar esses serviços que representam um suporte para usuários de drogas e suas famílias. Assim, a pesquisa pode oferecer subsídios para trabalhadores que atuam com a problemática das drogas, pois através do conhecimento da rede de suporte social, os profissionais poderão traçar suas intervenções numa perspectiva intersetorial, contribuindo para um cuidado integral.

Experiências de adolescentes usuários de crack e suas famílias na busca pelo cuidado: itinieráio terapéutico.

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

Contexto de descrição do problema: A adolescência é considerada uma fase crítica na vida do sujeito, caracterizada pela vivência de dúvidas, conflitos e mudanças. No entanto, o uso de drogas pode ocorrer como uma forma de lidar com as situações problemáticas da vida. Face a essa realidade, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, orienta que o cuidado a usuários de drogas deve ter caráter comunitário em serviços atrelados à rede disponibilizadas pelo SUS como também faz referencia a uma rede complementar de serviços. Portanto, percebe-se que a rede social de suporte não se limita aos serviços ofertados pelos SUS.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo identificar a rede de suporte que auxiliam a família e o adolescente no enfrentamento da situação de uso de crack.

Método:O estudo é um recorte de uma dissertação de mestrado intitulada: "ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE USO DE *CRACK* E SUA FAMÍLIA ATENDIDOS NO CAPS AD: uma discussão à luz das políticas de proteção social. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado com adolescentes adolescentes usuários de crack e seus familiares atendidos em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad). Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob protocolo 10724251-6**.** A análise dos resultados foi realizada a partir da hermenêutica, com base em Minayo e possibilitou estabelecer convergências, divergências e complementaridades.

Resultados e discussão: Os resultados demonstram que a busca pelo cuidado ainda está relacionado a procura de institucionalização, pois familiares e adolescentes acreditam que o afastamento do seu contexto de uso é a melhor solução para deixar o uso de substâncias psicoativas. Desse modo, adolescentes e seus

familiares, geralmente, procuram inicialmente o juizado da infância e adolescência com objetivo de internação que não necessariamente necessita ser em instituição voltada para tratamento de uso de drogas. No entanto, diante da dificuldade de obtenção de vagas em comunidades terapêuticas, o adolescente é encaminhado a um abrigo sob o pretexto de afastamento do contexto de uso. O abrigo é um serviço de acolhimento institucional, relacionado a uma medida protetiva,ao qual os adolescentes são encaminhados quando não há vagas em comunidades terapêuticas. Esse serviço parece ser o principal apoio para adolescentes e suas famílias. O acesso ao CAPS ad e CAPSi ocorre através de encaminhamentos realizados pela equipe do abrigo.

Conclusão: Diante do exposto, percebe-se a escassez de recursos disponíveis que poderiam auxiliar adolescentes e familiares a lidar com a situação de uso de drogas. Desse modo, muitas vezes, as famílias, assumem sozinhas a responsabilidade relacionada a problemática do adolescente, contribuindo para um desgaste na relação entre família e usuários e a procura por uma solução rápida, a institucionalização.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais
Diante da inexistência de políticas públicas específicas para o cuidado de adolescentes em situação de uso de drogas. O estudo busca oferecer subsídios aos trabalhadores que atuam na assistência a adolescentes em situação de uso de drogas, uma vez que a identificação de relações que funcionam como fator de proteção diante do comportamento do uso de drogas favorece o conhecimento da rede de suporte social disponível, viabilizando o planejamento de intervenções junto aos adolescentes que abusam de substâncias psicoativas. Nesse prisma, é importante que as equipes de saúde direcionem suas práticas no sentido de reforçar a rede social de suporte desses adolescentes, perfazendo os nós gastos e construindo laços mais saudáveis.

Acesso universal à toxina botulínica no Sistema Único de Saúde do Brasil: perfil dos pacientes e impacto orçamentário.

Paulo Henrique Faria Domingues, Ediane de Assis Bastos, Rodrigo Fernandes Alexandre, Roberto Eduardo Schneiders, Anne Caroline Oliveira dos Santos, Mileine Mosca e Luciana Costa Xavier. Brasil

O Cuidado em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes em Sergipe – Brasil.

Vânia Carvalho Santos, Darci Neves Santos y Carlos Antônio de Souza Teles Santos. Brasil

Objetivos da investigação: Identificar o perfil epidemiológico do atendimento comunitário de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico realizado em ambulatórios e CAPSIs (Centro de Apoio Psicossocial Infantil) no estado de Sergipe entre 1998 e 2012; Caracterizar a distribuição dos transtornos mentais infanto-juvenis registrados ao longo da série; caracterizar procedimentos de cuidado ofertados pelo sistema público de saúde no estado.

O contexto e a descrição do problema: As Políticas Públicas brasileiras para saúde mental de crianças e adolescentes são baseadas no modelo de atenção psicossocial visando reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Neste estudo indagamos sobre o perfil epidemiológico dos usuários da rede pública de atenção e até que ponto a implantação dos CAPSIs repercutiu no padrão de assistência psiquiátrica de crianças e adolescentes no período examinado.

As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: Após as guerras mundiais do século passado, as sociedades europeias e norte americanas, questionaram as instituições psiquiátricas e as proposições do cuidado em saúde mental. O Movimento italiano questionou a instituição asilar, colocando uma transferência de foco do cuidado da doença para a saúde mental, com influencias sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja discussão dos modelos de atenção à saúde mental concretizou-se na Declaração de Caracas em 1991, beneficiando-se subsequentemente dos resultados da reforma sanitária em favor da mudança dos modelos de atenção gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.
A implantação do SUS, pautado pela universalidade da prestação de benefícios e serviços, equidade e integralidade, estadualização e municipalização da gestão, oportunizando a adequação das demandas. O modelo psicossocial de atenção em saúde constitui uma nova forma de atendimento a partir das transformações das práticas de saúde especificamente das práticas em saúde mental. Representa um conjunto de ações teórico-práticas, político-pedagógicas e éticas visando a substituição do modelo asilar. Os movimentos pela redemocratização do país, no final da década de 1970, permitiram um novo olhar sobre a situação de saúde da criança, resultando na promulgação dos seus direitos na Constituição Federal de 1988, culminando na Lei

8.069/90, que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente. Neste contexto insere-se o tema da saúde mental infanto-juvenil entre as questões nacionais relativas ao redirecionamento da atenção em saúde mental.
Os efeitos nefastos da institucionalização de crianças e jovens integrou a pauta da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental (1992). Os CAPSi visam atender os transtornos mentais com prejuízos graves e persistentes, promover articulação com outros setores públicos visando a cobertura de problemas mais frequentes envolvendo prejuízos pontuais, constituem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes, configura-se no território como ponto sistêmico da rede de saúde mental, articulando diversas redes de serviços desde a atenção básica, urgência e emergência,
O estudo foi descritivo ecológico de série temporal utilizando dados secundários registrados no Sistema APACs (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) do Sistema Único de saúde (SUS) do estado de Sergipe entre 1998 e 2012.

Resultados e discussão: Foram registrados 10.898 atendimentos por transtornos mentais em usuários com até 19 anos, sendo 65,35% do sexo masculino. A maioria correspondia a registros de usuários entre 15 e 19 anos (58,18%). Os diagnósticos (CID-10) mais frequentes foram: retardo mental (28,3%), esquizofrenia e transtornos delirantes (20,8%), uso de substâncias psicoativas (11,0%) em relação ao tipo de substâncias utilizadas 61,1% utilizaram múltiplas drogas, 17,5% cocaína, e 10,7% opiáceos. O maior número de atendimentos foi realizado pelos CAPS (89,2%) seguido de Unidade ambulatorial de especialidade (10,3%). A maior concentração de atendimentos ocorreu no âmbito público municipal (89,5%) seguido por entidades filantrópicas 6,5%. Os procedimentos mais utilizados corresponderam ao acompanhamento não intensivo (30,8%), e semi-intensivo (22%).Pela indicação de registro na APAC 60,9% dos atendimentos foram de 1ª consulta,, seguido por urgência e emergência 39%. A capital registrou o maior número de atendimentos, entretanto os atendimentos abrangeram 20 municípios dos 75 existentes no estado. O ano de 2009 teve a maior frequência totalizando 2.322 atendimentos. Observa-se que apesar dos avanços na expansão da rede de atenção, muitos municípios não foram contemplados com atendimento sugerindo dificuldades no acesso a tratamento.

Regulação do acesso. Singularidades de desafios a partir da traketòria de um usuário da rede de atenção psicosocial.

Maria Raquel Rodrigues Carvalho UECE; Lourdes Suelen Pontes Costa UECE ; Jamine Borges de MoraisUECE ; Maria Salete Bessa JorgeUECE; Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão- UECE. Brasil. ilse.tigre@uece.br

Resumen

El acceso universal a servicios de salud es un desafío para la gestión municipal. El objeto de la investigación debía discutir el Reglamento de acceso desde un estudio de caso sobre la red de atención psicosocial. Esta es una investigación cualitativa a través de entrevistas con los trabajadores y usuarios. Para el análisis fue utilizado desde la perspectiva de la hermenéutica Minayo. Se observó que aunque el mecanismo de ajuste de presentar un complejo regulador coordinado, porque trabaja en la red informática, somos críticos durante la caminata del usuario en la red, causando que viajar varios puntos sin resolución

Resumo

O acesso universal aos serviços de saúde é um desafio para a gestão municipal. O objeto da investigação foi discutir a regulação do acesso a partir de um estudo de caso realizado na Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de pesquisa qualitativa mediante entrevista com trabalhadores e usuário. Para a análise utilizou-se a hermenêutica na perspectiva de Minayo. Constatou-se que embora o mecanismo de regulação apresente um complexo regulador coordenado, pois trabalha em rede informatizada, apresentam-se nós críticos durante o caminhar do usuário na rede, fazendo-o percorrer vários pontos sem resolutividade

Prevalencia de trastornos mentales comunes entre los estudiantes de medicina de dos modelos educativos diferente.

Vanessa Araújo Argôlo, LLASM Correia, VA Argolo, LT. Tenório, HP Sá, EV Melo y EFOliva-Costa. Brasil

"QUE ÓCULOS VOCÊ USA?" Uma proposta de vídeo sobre Visita Domiciliar.

Deisi Cristine Forlin, Cláudia de Almeida Mogadouro, Celia Maria Sivalli Campos y Cassia Baldini Soares. Brasil

Resumo

Pesquisa-Ação Emancipatória que por meio de oficinas emancipatórias com enfermeiras da Atenção Primária à Saúde (APS), objetivou apresentar o processo educativo para o aprimoramento de um dos instrumentos da prática de trabalhadores de saúde no âmbito da APS, a Visita Domiciliar (VD). Partiu-se da problematização e análise crítica das práticas tradicionais da APS, com oficinas fundamentadas na pedagogia histórico-crítica, a partir disso, as participantes dramatizaram VDs de casos cotidianos. O processo possibilitou recortar necessidades de saúde como objeto das práticas com a elaboração conjunta de material pedagógico de VD emancipatória.

Resumen

Investigación-Acción Emancipatoria por medio de talleres emancipatorios con enfermeras de Atención Primaria a la Salud (APS). Objetivo presentar el proceso educativo para el aprimoramiento de uno de los instrumentos de la practica de trabajadores de salud en APS, la Visita Domiciliaria (VD). Se inició con la problematización y analisis crítica de las practicas tradicionales de APS, con talleres embasados en la pedagogía histórico-crítica, con esa, las participantes dramatizaron VDs de casos cuotidianos. El proceso posibilito recortar necesidades de salud como objeto de las practicas con la elaborción conjunta de material pedagógico de VD emancipatória.

A procura de atendimento em Centros de Atenção Psicossocial Infanto- Juvenis para alterações de comportamento e a medicalização.

Ana Maria Zuwick, Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Maria Salete Bessa Jorge, EERP/USP
Universidade Estadual do Ceará (UECE). Brasil. zuwick@uol.com.br

Objetivos:
Este trabalho constitui-se de uma explanação acerca do atendimento em saúde mental na rede pública brasileira, no momento atual, representados pelos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis confrontando-o com a crescente medicalização de problemas de comportamento em crianças e adolescentes no País.

Contexto e descrição do problema:
A partir de 2002, tem sido implantados no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi) voltados para o atendimento em saúde mental à infância e adolescência. Estes serviços tem como objetivo o atendimento de transtornos graves e/ou persistentes, como autismo e psicoses, através de equipe multidisciplinar e em rede com outros serviços de assistência na área da saúde, educação, de direitos e de assistência social.
Embora os CAPSI tenham como princípio o atendimento prioritário de transtornos psiquiátricos graves, ao se pesquisar trabalhos de levantamento realizados nestes serviços quanto ao perfil dos usuários constata-se que, na maioria deles, os diagnósticos encontraram-se no grupo de transtornos do comportamento e emocionais, situados no CID -10, nos códigos F90-F98, que engloba desde transtorno de déficit de atenção a transtornos comportamentais e emocionais não especificados. Vale lembrar que a investigação epidemiológica dos transtornos mentais na infância e adolescência apresenta dificuldades inerentes a esta faixa etária: o que se considera como normal/patológico para determinada etapa do desenvolvimento; a necessidade de se avaliar o caso através de múltiplos informantes (pais, professores, outros profissionais); o contexto cultural; a escolha de instrumentos de avaliação como escalas e questionários; a presença ou não de prejuízo funcional, bem como as variações qualitativas e quantitativas de cada sintoma.
Entretanto, o panorama sobre quadros diagnósticos e queixas e/ou sintomas mais comuns encontrados em serviços de saúde mental dedicados a crianças e adolescentes nos leva a fazer as seguintes suposições: boa parte dos usuários não apresentam prejuízo funcional significativo para estarem inseridas no atendimento multiprofissional, no qual está incluído o psiquiatra; as alterações comportamentais, ainda que encontradas em vários transtornos, podem estar sendo entendidas como condizentes com os critérios diagnósticos como transtorno de conduta, déficit de atenção e hiperatividade, de desafio e oposição e, como tais, serem passíveis de prescrição psicofarmacológica.
Na corrente de uma maior preocupação com a saúde mental de crianças e adolescentes, surgida nas últimas décadas tanto no Brasil como no resto do mundo, também “flutuam” cápsulas e comprimidos. Vários fatores,

entre eles, a pesquisa e a produção de fármacos encontra na população jovem um interessante *lócus* de aplicação e de lucratividade. A fácil aceitação ou procura da medicação de muitos pais na resolução de condutas consideradas indesejáveis por parte de seus filhos poderia refletir a aceitação não consciente do poder midiático. Estamos induzindo as crianças ao aprendizado em relação ao uso de medicação como a solução de problemas não permitindo escolhas que possibilitem mecanismos de ação pró-ativos na resolução de problemas e dificuldades.
Assim tem sido preocupação em diversas áreas de conhecimento o crescente uso de medicação para o tratamento de problemas comportamentais em crianças e adolescentes. O Brasil é o segundo país do mundo em prescrição de metilfenidato. É frequente a indicação, por parte de professores, para os pais de uma avaliação médica pelas dificuldades de aprendizado ou por alterações de comportamento na criança. Percebe-se uma busca de eficiência através do medicamento, borra-se as possíveis características do sujeito, sua subjetividade, através de diagnósticos.

Metodologia:
A comunicação tem como embasamento o levantamento de pesquisas epidemiológicas sobre os transtornos mentais de crianças e adolescentes em atendimento nos serviços de saúde pública destinados a esta população; dados sobre a frequência com que tem sido prescrito o metilfenidato (droga usada em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, caracterizada por comportamento disruptivo) em diferentes regiões do Brasil e revisão da literatura nacional e internacional acerca da tendência medicalizante em relação às crianças e adolescentes.

Resultados e Discussão:
A medicalização, como principal estratégia terapêutica, de crianças e adolescentes com alterações de comportamento tem aumentado nas últimas décadas na maioria dos países ocidentais, incluindo o Brasil. Entretanto, encontramos também exceções a este dado, na dependência de como é avaliado o processo saúde-doença em cada cultura, como acontece na França. Precisamos, no Brasil, estar atentos a este processo de resolução de problemas e conflitos, notadamente em crianças, pelo via medicamentosa. Acríticos aos interesses mercantilistas de uma indústria poderosa como a farmacêutica, nos subjugamos a um processo medicalizante que não nos empodera na resolução de problemas.

A priorizaçâo da atençâo primária à saúde como estratégia de fortalecimento do sistema de saúde em Minas Gerais, Brasil.
Lizziane d' Ávila Pereira y Fernando Antônio Gomes Leles. Brasil

SESIÓN 34 – Salón actos

Presidente:

Tema : Relaciones educación y sistemas de salud

Proceso de trabajo de la enfermería en Brasil y en Chile.
Cristina M. de Meira Melo, Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía – UFBA. Juliana Alves Leite Leal, Universidad Estatal de Feira de Santana – Bahía. Queuâm Ferreira Silva de Oliveira, Becario PIBIC - Escuela de Enfermería de la UFBA. Handerson Silva Santos, Profesor de la UFBA-. Nildo Batista Mascarenhas, Profesor de la Universidad Estatal de Bahía - Brasil. julileite@hotmail.com

INTRODUCCÍON: La producción científica en enfermería en los países de América Latina se desarrolla lentamente. Sin embargo, es perceptible la importancia de la producción del conocimiento para consolidar el campo de la enfermería. El Chile cuenta actualmente con sistema de salud donde predominan los planos de salud privados, con pequeña cobertura pública. En Brasil, diferentemente, la mayoría de la población (98%) accede el sistema de salud público universal, aun que 24,5% de la población pague por plano privado de salud. De la misma forma en diferentes modelos de organización de sistemas de salud como de Brasil y del Chile, las enfermeras articulan el proceso de trabajo en salud y en enfermería, desarrollan un proceso de trabajo caracterizado por la continuidad y vigilancia, constituyéndose tales características en la singularidad de su trabajo.

OBJETIVOS: Analizar la producción científica sobre el proceso de trabajo de la enfermera en Brasil y en Chile en los últimos 12 años.

METODOLOGÍA: Revisión integradora de la literatura. Se utilizó la base de datos *Scientific Electronic Library Online*, siendo esta con más publicaciones en periódicos en Brasil y en Chile. Para la búsqueda de la literatura utilizamos los descriptores "trabajo *and* enfermera", "proceso de trabajo *and* enfermera", "trabajo *and* enfermería", "proceso de trabajo *and* enfermería", en los dos países y en el período entre 2002 y 2013. Los criterios de inclusión fueron: artículos completos en los últimos doce años, relacionados al proceso de trabajo en Enfermería. A partir de los descriptores fueron encontrados 2110 artículos. Después de la utilización de los criterios de inclusión, fueron identificados 1586 artículos. Após análisis de los títulos y lecturas de los resúmenes fueron seleccionados 80 artículos para análisis profunda. Al aplicar los criterios de exclusión, de este fueron excluidos 10 artículos por repetición y 05 artículos por no adecuación a la temática, restando un total de 65 artículos.

RESULTADOS: Los periódicos con número de publicaciones fueron "Revista Latino-Americana de Enfermagem" de la Universidad de São Paulo, "Revista Texto & Contexto Enfermagem" de la Universidad Federal de Santa Catarina y "Revista Brasileira de Enfermagem" de la Asociación Brasileña de Enfermería. Los años con mayoría de publicaciones fueron 2009 (13%), 2007 y 2006 (11%). En las publicaciones analizadas fue común la caracterización del proceso de trabajo en salud como el desarrollo de actividades en las cuales los profesionales transforman el objeto del trabajo – individuo, a partir de instrumentos para la concretización del producto final – asistencia en salud. El proceso de trabajo en enfermería es organizado a partir de una división técnica del trabajo entre enfermera, técnica y auxiliar en enfermería, siendo la enfermera la trabajadora capacitada para conducir el proceso de trabajo en salud y en enfermería, a partir del gerenciamiento de servicios y del planteamiento y evaluación de las actividades desarrolladas por el equipo de enfermería en los dos países. Se relata la presencia de la enfermera en los espacios de gestión del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil y en la gestión del Cuidado en Chile, ejerciendo influencia para la consolidación de políticas y programas direccionados para la salud colectiva, como la única trabajadora del campo de la enfermería que ejecuta acciones de gerenciamiento y coordinación de procesos de trabajo en salud. Las trabajadoras de enfermería representan el mayor número de profesionales en las instituciones de salud, con cargas de trabajo variables de acuerdo con el área de actuación. La enfermera gerencia servicios de salud, lo que califica su proceso de trabajo, diferenciándolo de las demás áreas de salud y influencia directamente en la calidad de la asistencia prestada al usuario del servicio en ambos los modelos de sistemas de salud.

CONCLUSIÓN: El proceso de trabajo de la enfermera en los dos países presenta semejanzas que consideramos de la naturaleza de su trabajo. El proceso de trabajo de la enfermera tiene como característica coordinar otros procesos de trabajo en salud y en enfermería.

Avaliação das contribuições do Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) nos processos de mudança curricular dos cursos de graduação da área da saúde de uma universidade do Brasil.
Cristiana Leite Carvalho, Evanilde Maria Martins y Cássia Beatriz Batista. Brasil

Novos campos e estratégias de ensino-aprendizagem pós-reforma curricular de enfermagem de uma universidade pública estadual da Bahia, Brasil.
Silvana Lima Vieira y Thadeu Borges Souza Santos. Brasil

Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil: dispositivos para mudanças na formação de estudantes.
Thaís Maranhão, Izabella Barison Matos y Alcindo Antônio Ferla. Brasil

Trabalho e formaçâo na saúde coletiva: uma revisâo sistemática da literatura.
Liliana Santos, Isabela Cardoso de Matos Pinto y Naomar de Almeida Filho. Brasil

Horaire : 16:30 – 18:00

SESIÓN DE TRABAJO 8 – Sala 2

Tema: Formación de calidad de los profesionales de salud: ¿Tenemos compentencia profesional ante el sexismo?

Organizadora: Rosa Jiménez- García-Bóveda, Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente. Centro de Salud "Puerta Este".
Plazas: 25

Lengua: español

SESIÓN 36 – Sala 4

Presidente:

Tema : Nuevos modelos organizativos 4

Órgãos reguladores de serviços de medicina nuclear no Brasil.

Adelanir Antonio Barroso, Terezinha Noemides Pires Alves y Nádia Rezende Barbosa Raposo.Universidade Federal de Juiz de Fora.Brasil

Projet d'innovation socio-économique au service du développement de la citoyenneté - Cas d'une institution française d'accueil et d'accompagnement de personnes en situation de handicap.

Renaud Petit, Frantz Datry y Mohammed Ennajem. France

Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e as praticas de saúde de media e alta complexidade.

Mariana de Oliveira Araújo, Universidade do Estado da Bahia, Campus VII. Maria Angela Alves do Nascimento, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Bianca de Oliveira Araújo, Universidade Estadual de Feira de Santana. Marluce Maria Araújo Assis, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).. Brasil. angelauefs@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: O acesso aos serviços de saúde de forma universal, equânime e integral, se constitui em um direito de cidadania, garantido legalmente na Constituição Federal de 1988, a qual regulamenta e institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, percebemos que o acesso universal aos serviços de saúde não tem sido traduzido efetivamente na prática, em especial nas ações de média e alta complexidade.

OBJETIVOS: Este estudo teve como objetivos compreender a dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família (PSF) aos serviços de saúde de média e alta complexidade da rede SUS e analisar as práticas de saúde realizadas pelos profissionais da atenção básica, e da média e alta complexidade para a viabilização deste acesso.

MODELO TEÓRICO: Analisamos a dinâmica organizativa do acesso aos serviços de média e alta complexidade, tendo como bases orientadoras as dimensões de análise de acesso política, técnica e simbólica, delimitadas por Giovanella e Fleury (1995) e complementadas com o modelo teórico proposto por Assis e outros (2011). No referencial teórico discutimos os caminhos para a efetivação do acesso aos serviços de saúde enquanto direito de cidadania, bem como a organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade sob o enfoque dos modelos assistenciais em saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem crítico-analítica, numa perspectiva do método Dialético, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF), Policlínicas e Hospitais públicos de Feira de Santana-Bahia-Brasil. Os participantes do estudo foram constituídos de três grupos: profissionais de saúde (Grupo I), usuários (Grupo II) e gestores/ coordenadores dos serviços de saúde (Grupo III), totalizando 26 participantes. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a observação sistemática e a análise de documentos; a análise de dados foi uma aproximação do método Hermenêutico-dialético. A partir do confronto dos dados emergiram três categorias: 1) DINÂMICA ORGANIZATIVA DO ACESSO DOS USUÁRIOS E A MATERIALIDADE DOS SENTIDOS E SIGNIFICADOS: a transversalidade das dimensões política, técnica e simbólica; 2) O PROCESSO DE

TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: um entrelaçamento entre as tecnologias de saúde; 3) O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS E ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: relação público x privado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os resultados explicitam que os sentidos/ significados de acesso aos serviços de saúde transversalizam as dimensões política, técnica e simbólica. As práticas individuais e coletivas realizadas pelos profissionais que atuam na atenção básica e na média e alta complexidade para a promoção do acesso do usuário à rede SUS envolvem ações compromissadas, acolhedoras, com instituição do vínculo e a valorização da subjetividade dos usuários em alguns momentos, e em outros passam pelo modelo profissional centrado, voltado para a queixa-conduta, medicalização e tecnicismo, coexistindo dialeticamente um entrelaçamento das tecnologias leve, leve dura e dura nesse processo. Dentre as dificuldades e limites que os usuários têm encontrado para acessar os serviços de saúde de média e alta complexidade foi citada a demanda por esses serviços ser maior que a sua oferta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Deparamo-nos com diversas portas de entradas utilizadas pelos usuários para acessar os serviços de média e alta complexidade. Além disso, a relação entre o público e o privado é constitutiva da organização desta realidade. O acesso do usuário do PSF aos serviços e às práticas de média e alta complexidade ainda necessita para a sua concretização de um comprometimento dos usuários, profissionais e gestores da saúde de modo a operacionalizá-lo enquanto um direito de cidadania.

La gestion des déchets d'activités médicales dans les pays du Nord et les pays du Sud.

Brigitte Chardon, Centre pour l'Environnement, le Développement Durable et l'Education à la Santé (CEDDES) y Stéphane Lefebvre, PIXEL IMAGE. France. brigitte.chardon@orange.fr

Le travail a pour objectif de dresser un panorama de la gestion des déchets d'activités médicales, nommés déchets d'activités de soins (DAS) au Nord et déchets biomédicaux (DBM) au Sud, et d'apporter les éléments nécessaires pour une stratégie optimale de gestion dans les différents contextes locaux, suite aux audits et reportages photos effectués en France, au Mali, Burkina-Faso, Sénégal, Togo, Guinée-Conakry, et la réalisation d'outils de formation (CD interactifs).
Les activités médicales génèrent des déchets à risques infectieux (DASRI), soit mous soit piquants coupants tranchants (PCT), chimiques toxiques (DASRCT), radioactifs (DASRR).
Ces activités concernent :
- les établissements producteurs de déchets : gros producteurs (hôpitaux et cliniques où se pratiquent chirurgie et gestes invasifs), producteurs intermédiaires (EHPAD, cabinets de radiologie,...)
- le milieu diffus : professionnels libéraux de santé (PLS) ; patients en auto-traitement (PAT) dont la pathologie la plus fréquente est le diabète.
A chaque type de déchet doit correspondre une filière d'élimination appropriée, bien identifiée, garantissant à chaque étape (tri à la source, conditionnement, collecte interne, stockage intermédiaire puis centralisé, enlèvement, transport externe, traitement, élimination finale) l'hygiène et la sécurité de tous les personnels (médicaux, techniques, prestataires du transport, ...) et des populations, ainsi que la protection de l'environnement (sols, eaux, air).
La gestion sûre et écologique des déchets d'activités médicales repose sur :
- la prise en compte des contraintes d'ordre réglementaire, structurel, organisationnel, financier, technique, technologique, comportemental
- l'instauration d'un cadre légal et institutionnel de gestion :
* au niveau international
conventions de Bâle et de Stockholm, 4 principes pollueur-payeur, diligence, précaution, proximité
* au niveau national
dans les pays industrialisés, cadre précis et évolutif (en France : Plans Régionaux de Prévention et de Gestion des Déchets Dangereux (PRPGDD) ; en Europe : réglementation ADR pour le transport des matières dangereuses,...)
dans les pays en développement (PED) : malgré les freins (insuffisance de moyens, ...), une gestion intégrée est en marche (mise en oeuvre de stratégies nationales d'hygiène hospitalière, collaboration intersectorielle,...).
- l'implication de tous les personnels dans une démarche systémique, grâce à la sensibilisation, l'information, la formation.
Focus sur la formation :
L'évolution des sociétés, le vieillissement de la population dans les pays industrialisés et ses conséquences

(augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques et en perte d'autonomie, développement du maintien et des soins à domicile), les progrès des techniques médicales, imposent d'adapter les politiques de formation des professionnels de santé (formations initiales/continues, médicales/paramédicales) : changements dans les cursus et les méthodologies, synergies d'équipes pluridisciplinaires, promotion d'outils de formation (exemple de la chimiothérapie à domicile : gestes techniques des soins mais aussi environnement des patients et des professionnels).
Il s'agit de développer une approche transversale du soin et des services à la personne, et de rendre le patient acteur du soin ; renforcer les atouts (en France : principe de responsabilité élargie du producteur REP pour les DASRI des PAT avec l'éco-organisme agréé DASTRI).
Il importe de mettre l'accent sur les thèmes porteurs tels que les accidents par exposition au sang (AES), la prévention des infections associées aux soins (IAS), le développement durable en santé.

La gestion optimale des déchets d'activités médicales doit être considérée comme un système dont les maîtres mots sont simplicité et rigueur, et une oeuvre de longue haleine impliquant tous les acteurs et en perpétuelle évolution.
Dans le contexte mondial OMD, Défi mondial pour la sécurité des patients, Initiative mondiale en faveur des technologies de santé, la priorité est de renforcer les capacités humaines pour un changement durable de comportement, dont la promotion de l'hygiène des mains.

Mobilisation de la communauté: potentiel important dans la perfection du système publique de santé.

Dumitru Siscanu, Hôpital linique Municipal nr. 1. Adriane Martin Hilber, Swiss TPH, Bâle Suisse. Florence Secula, Swiss TPH. Suisse. Nadejda Costin, Association Progrès par Alternative Moldova. d_siscanu@yahoo.com

Contexte. Après les six premières années de mise en œuvre, le projet moldo-suisse „Modernisation du système périnatologique en Republique Moldova" (MSPM) a réussi à améliorer les standards de soins dans les maternités et a contribué à perfectionner le système de référence entre les centres de périnatalogie de différents niveaux. Toutefois, plusieurs évaluations ont montré que l'accès aux services de santé pour la plupart des mères, nouveau-nés et enfants était encore problématique, surtout dans les zones rurales.
l'objectif de la composante Communauté du projet a été de mieux identifier les barrières de la population à l'accès aux services de planification de la famille et des soins pendant la grossesse et après l'accouchement, mais et de tester des approches visant la mobilisation de la communauté pour augmenter le niveau d'utilisation des services médicaux périnatals, en particulièrement par les groupes vulnérables.

Interventions. La composante Communauté du projet a été élaborée conformément à l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant le travail avec les individus, familles et communauté (modèle IFC) en prenant en compte l'expérience locale et internationale sur le travail avec la communauté. Cette composante du projet a été mise en œuvre dans deux districts-pilotes (6 localités) pendant les années 2012 à 2014.
On a établi trois domaines d'intervention prioritaires:
I. Mobilisation communautaire. Dans chaque localité-pilote, le projet a facilité la creation d'une équipe de membres actifs de la communauté, motivés à promouvoir les valeurs de la famille, en ayant comme priorité la santé de la mère et de l'enfant. Ces personnes se sont réunies volontairement en groupe non formel, appelé Club deFamille. Les Clubs de Famille ont organisé systématiquement des manifestations et des actions publiques pour informer la population sur la santé maternelle et infantile et ont organisé des activités pour soutenir les familles en difficulté. Un peu plus tard, les Clubs de Famille ont commencé à jouer un rôle important dans les activités de promotion de la santé en collaboration avec les travailleurs de santé et d'autres acteurs de la communauté. Les Clubs deFamille ont organisé 77 réunions communautaires et des activités liées à la promotion de la santé impliquant 3500 personnes (16% d'hommes, 84% de femmes), 25 pour cent en étant des familles socialement vulnérables.
La mobilisation des jeunes des communautés à l'aide des équipes Y-PEER créés, a été un grand succès: plus de 3300 jeunes ont participé à diverses activités d'éducation non formelles telles que les heures d'information, activités dans la rue, des flash mobs, théâtre social, etc.
II. Renforcement des liens entre les travailleurs communautaires et les niveaux de soin pour une meilleure référence des femmes enceintes vulnérables aux services de santé. Le projet a intervenu dans la consolidation des liens multisectoriels entre les travailleurs de la santé, les travailleurs sociaux communautaires et les autorités publiques locales pour améliorer la référence des femmes enceintes vulnérables au système de soins périnatals (assistance médicale primaire et la maternité du district). On a élaboré un mécanisme pour

l'amelioration de la collaboration intersectorielle dans l'assistance périnatale et la protection sociale de la maternité en Moldova, où a été concrétisées les responsabilités de chaque spécialiste dans l'identification, référence et gestion des cas de femmes enceintes des familles vulnérables. On a initiés des cours de formation d'équipes multidisciplinaires.

III. Renforcement des compétences de counseling dans les soins prénatals pour les travailleurs de la santé. On a elaboré un programme de instruction visant la formation des compétences de communication et de counseling, avec l'organisation de 6 ateliers ou ont participé par environ 80 pour cent des travailleurs de la santé des localités-pilote.

Les infirmières scolaires ont été formées dans le domaine de santé de la reproduction et soutenues pour élaborer un plan annuel d'activités pour promouvoir la santé parmi les jeunes de leurs écoles.

Les cabinets pour les classes prénatales dans les centres de santé communautaires des localités- pilotes ont été équipés avec des équipements modernes et assurés avec un soutien didactique supplémentaire pour faciliter l'utilisation de méthodes interactives d'instruction des femmes enceintes et leurs partenaires.

Résultats. Pour établir le progrès dans la composante Communauté du projeta été réalisée une étude quantitative (KAP) et qualitatives (focus-groupes) au début et à la fin du projet, en impliquant les districts-pilotes et autres deux districts de contrôle. L'étude a révélé l'augmentation du niveau des connaissances des femmes de l'âge reproductive dans la planification de la grossesse mais et dans le comportement pendant la grossesse et après l'accouchement, y compris les situations d'urgence. On a remarqué des progrès dans les attitudes et les pratiques des femmes d'avoir un bébé en bonne santé.

On a identifié un certain nombre de facteurs qui déterminent le niveau d'utilisation des services de santé par les communautés: le manque du personnel médical, la migration de la population, l'infrastructure mal développée de nombreuses localités rurales, le statut socio-économique plus faible de certaines communautés, etc.

Les principaux indicateurs montrent une nette amélioration dans les localités-pilote, leur dynamique est mieux en comparaison avec les districts de contrôle. Il est significatif que, pendant 2013, dans les localités-pilote a augmenté le niveau d'indicateur de declaration de grossesse au cours des 12 premières semaines. Dans les districts-pilote a été réduite la mortalité périnatale et aucun cas de décès maternel n'a été enregistré.

On a remarqué une augmentation de degré de conscientisation des travailleurs de santé communautaire et des autorités publiques locales sur la santé périnatale dans leurs localités et l'impact de l'attitude des prestateurs des services aux bénéficiaires.

Le Club de Famille est devenu un intermédiaire entre la population et les travailleurs communautaires, en facilitant l'accès des familles vulnérables aux services médicaux-sociaux disponibles dans la communauté.

Evidemment, en prenant en compte la période courte de mise en œuvre (2,5 ans) de la composante Communauté du Projet moldo-suisse de périnatalogie est relativement précoce de recommander les modèles pilotés pour l'implémentation nationale, parce que certains d'entre eux doivent être développées et étudiées dans le temps, inclusivement dans le plan de la durabilité. Tout de même, les leçons apprisessont importantes et utiles pour les institutions de santé publique du pays, intéressées d'avoir une meilleure collaboration avec les communautés pour accroître l'attractivité des services médicaux offerts à la population.

Conclusions:

• Les Clubs de Famille et les équipes Y-PEER sont des expériences de succès à atteindre les membres de la communauté et ont bien contribué aux efforts de promotion de la santé au niveau local.

• La durabilité des Clubs de Famille a été encouragée par le renforcement des liens avec les autorités publiques locales.

• Approche de travail dans le cadre de l'équipe multidisciplinaire à renforcer la collaboration entre les travailleurs communautaires et le premier niveau de soins, assurant une meilleure identification et reference des femmes enceintes.

• La stigmatisation de la population vulnérable reste relativement élevée parmi les professionnels de la communauté: il est nécessaire de développer la capacité et la motivation pour améliorer l'attitude des prestataires de services, y compris des travailleurs médicaux.

SESIÓN 37 – Sala 6

Presidente:

Tema : Nuevos roles

Percepções dos educadores físicos sobre sua atuação no NASF no município de São Paulo: um trabalho muito além da Malhação.

Daniel Martins Candido da Silva, UNESA y Luciana Maria Borges da Matta Souza, UNESA e UERJ. Brasil. danielmcsilva@yahoo.com.br

A educação física foi incluída no campo da saúde há pouco mais de 20 anos e integra a Atenção Básica (AB) no Brasil através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) desde 2008. O núcleo conta com uma equipe multiprofissional e tem como objetivo apoiar a estratégia Saúde da Família, aumentando assim, sua resolubilidade. Este estudo teve como objetivo analisar o trabalho do educador físico que atua no NASF do município de São Paulo, através da percepção de suas ações, identificando se os documentos que normatizam a sua atuação são conhecidos e utilizados por ele e avaliando as potencialidades e fragilidades da sua inserção na AB. Para tal, foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório com entrevistas semiestruturadas, que foram trabalhadas à luz da Análise de Conteúdo, pela modalidade Análise Temática. Ao todo, foram entrevistados 23 educadores físicos graduados há pelo menos três anos e que trabalhavam em NASFs do município de São Paulo há pelo menos um ano, de um total de 41 profissionais que preenchiam os critérios de inclusão, correspondendo a cerca de 56% do total. Como resultado, foi observado que suas ações estão ligadas principalmente, a atuação direta com a população, através de atividades individuais ou compartilhadas. O matriciamento da equipe, embora valorizado e preconizado pelo Ministério da Saúde, possui lugar secundário nas suas funções. Percebemos também que o educador físico tem contato com os documentos e procura utiliza-los, à medida do possível, embora tenha pouco tempo para fazê-lo no seu cotidiano, visto que são responsáveis por seis a quinze equipes de saúde da família, dependendo da região. Ele se percebe como profissional da saúde e entende que seu trabalho é fundamental para a população adscrita ao território, por ser um elemento integrador e articulador com os outros profissionais que compõe a equipe. Como potencialidade, identificamos as vantagens do trabalho multiprofissional e o reconhecimento de sua atuação pela população. Quanto às dificuldades, ficam claros os problemas com relação a espaço físico restrito para atuação, a falta de materiais de apoio ao seu trabalho e a confusão sobre sua real função no NASF, pois ele não sabe se tem que estar diretamente com o público ou se tem que ampliar a sua atuação através do matriciamento da equipe, para que a mesma ganhe autonomia necessária ao movimento pró-atividade física no território de sua responsabilidade. Ao final desta pesquisa, esperamos oferecer elementos aos educadores físicos para melhorar sua forma de atuação no NASF.

La matrona como referente en la salud materno-infantil en el marco nacional e internacional.

María Teresa Rivas Castillo, María del Valle Alguacil Sánchez y Zoraida de la Rosa Várez. España

Riesgo de suicidio en las personas afectadas por un proceso de desahucio en Granada.

Antonio Daponte Codina, Inmaculada Mateo, Mariola Bernal, Julia Bolívar, Antonio Daponte, Humbelina Robles, José L. Mata , Isis González, M. Carmen Fernández-Santaella, Jaime Vila, y el Grupo de Investigación sobre salud y procesos de desahucio de Granada.

SESIÓN 38 – Sala 7

Presidente:

Tema : Ofera de profesionales 2

Caracterización de la formación y de la fuerza de trabajo en en enfermería en la red estatal de salud, Bahia, Brasil.

Cristina Maria de Meira Melo, Universidad Federal de Bahía (UFBA). Juliana Alves Leite Leal, Universidad Estatal de Feira de Santana – Bahía. Lívia Angeli Silva, Escuela de Enfermería de UFBA – Bahia. Tatiane Cunha Florentino– UFBA, Bahia, Brasil. julileite@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El campo del trabajo en enfermaría en Brasil es compuesto por enfermeras, con formación universitaria, técnicas y auxiliares en enfermería con formación de enseñanza secundaria. Los cambios en el perfil demográfico y de salud de la población impactan directamente en las formas de cuidar, y demandan nuevas racionalidades en la atención a la salud y nuevas formas en la organización y gestión del trabajo.

OBJETIVO: Caracterizar el perfil socio demográfico y profesional de las trabajadoras en enfermería en el Sistema Único de Salud (SUS), Bahía, Brasil.

MÉTODO: Estudio transversal con análisis de datos secundarios colectados en diciembre de 2013 acerca de la fuerza de trabajo en el campo de la enfermería en la red de servicios del SUS estatal. Los datos fueron sistematizados en el programa Excel y analizados a partir de frecuencias simples de cada variable.

RESULTADOS/DISCUSIÓN: El ejercicio profesional en enfermería es regulado por el Consejo Regional de Enfermería (COREN/BA), cuyo en el catastro están inscritas 96.276 trabajadoras (enfermeras, técnicas y auxiliares). En la Secretaria de la Salud del Estado (SESAB) trabajan 9561, de estas, 24,5% son enfermeras, 25,2% son técnicas en enfermería y 50,3% son auxiliares en enfermería. Del total de enfermeras inscritas en el COREN/BA, 9,9% trabajan en la red pública estatal. De las enfermeras 35% tienen entre 30 y 39 años y 30,6% están entre 45 y 54 años; 52,1% de las técnicas en enfermería tienen entre 30 y 39 años, y 51,3% de las auxiliares en enfermería tienen entre 50 y 59 años. En relación al tiempo de servicio de las trabajadoras, 39,2% de las enfermeras tienen menos de 3 años de servicio y 26,9% tienen entre 20 y 25 años de servicio. De las técnicas en enfermería, 43,3% tienen menos de 3 años y 39,7% entre 5 y 10 años. La mayoría de las trabajadoras tienen vínculo como servidora estatutaria: enfermeras (98,3%), técnicas en enfermería (97,7%) y auxiliares en enfermería (99,8%). La mayoría de las enfermeras (58,7%) y de las técnicas en enfermería (91,8%) actúa con carga horaria de trabajo de 180 horas mensuales, y entre las auxiliares en enfermería la mayoría (65%) actúa con carga horaria de 240 horas mensuales. En relación al sueldo, 99,9% de las técnicas y 97,6% de las auxiliares reciben entre 216 y 432 euros. Aunque reciban el mismo sueldo, la mayoría de las auxiliares en enfermería tienen carga horaria superior de las técnicas de enfermería. Cuanto las enfermeras, aun que tengan una formación de grado superior, 61,4% también recibe de 216 a 432 euros.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO: La caracterización del perfil de las trabajadoras enfermeras en la red de servicios en el SUS estatal es relevante por revelar aspectos sociales y económicos del trabajo en el SUS; por la inexistencia de conocimiento producido acerca de la fuerza de trabajo en enfermería en Bahía hasta el desarrollo de este estudio y por ser las profesionales de la enfermería el mayor cuantitativo (60%) de trabajadoras en el SUS estatal.

Estimativa da necessidade de médicos na atenção primária do Sistema Único de Saúde.

Carinne Magnago, Celia Regina Pierantoni, Cid Manso de Mello Vianna, Tania França, Marcus Paulo da Silva Rodrigues. Brasil

Panorama da graduação em medicina no Brasil: uma análise da distribuição e oferta na última década.

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

Distribuição de profissionais de saúde médicos e não médicos pelo território brasileiro: desafios e limitações para o planejamento regional das redes de atenção.

Mariana Albuquerque, Universidade de São Paulo, Paulo Mota Universidade de São Paulo, Liza Yurie Teruya Uchimura, Universidade de São Paulo, Ana Luiza D´Àvila Viana, Universidade de São Paulo. Brasil. lytuchimura@gmail.com

Resumo

O planejamento do número de profissionais de saúde apresenta-se complexo diante da perspectiva regional das redes de atenção no Brasil. O objetivo deste estudo foi analisar a distribuição de profissionais de saúde médicos e não médicos dentro do processo de regionalização. Foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do Censo 2010 do IBGE. Concluiu-se que a distribuição desigual dos profissionais de saúde médicos e não médicos acompanham as tendências de tecnologias e serviços de saúde no território brasileiro e a regionalização não conseguiu amenizar estas diferenças.

Resumén

La planificación del número de profesionales de la salud presenta compleja en la perspectiva de las redes de atención regionales en Brasil. El objetivo de este estudio fue analizar la distribución de los profesionales médicos y no médicos en el proceso de regionalización. Se utilizaron los datos del Registro Nacional de Salud y

el Censo IBGE 2010. Se concluyó que la distribución desigual de los profesionales médicos y no médicos siguen las tendencias de la tecnología y la asistencia sanitaria en el Brasil y la regionalización no logró aliviar estas diferencias.

Descentralização da formação profissional em Saúde: Movimentos em Territórios.
Paula Lopes Gomide Haubrich, Cristianne Maria Famer da Rocha y Márcia Fernanda de Méllo Mendes. Brasil

SESIÓN 39 – Sala 8

Presidente:

Tema : Procesos formativos 1

Accompagner les étudiants en stage de maîtrise professionnelle en santé publique dans le développement de leurs compétences.
Lise Goulet, Claire Bélanger, Nicole Beaudet, Céline Farley y Marie Hatem1, Michèle Rivard. Québec

Le sous-comité des compétences du programme de maîtrise en santé publique de l'Université de Montréal a tenté de relever le défi pédagogique suivant : mieux préparer les étudiants à leurs futurs rôles professionnels, en améliorant tout particulièrement leur expérience en stage. Pour ce faire, le comité a misé sur **l'innovation et l'excellence** dans l'accompagnement des étudiants de la maîtrise professionnelle en santé publique dans le développement de leurs compétences.

Licenciatura en educación para la slaud. Un balance a siete años de su inicio.
Georgina Contreras Landgrave, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Oscar Donovan Casas Patiño, Silvia Cristina Mansur Quiroga, Luisa Ruano Casado, Esteban Jaime Camacho Ruiz y María Luisa Ballestar Tarín. México

Autoévaluation d'une filière d'enseignement en Santé publique – l'exemple de l'Université de Liège.
Benoît Pétré, Sylvie Streel, Patrick Maggi, Claire Lepere, Freddy Coignoul, Catherine Vandeleene, Michèle Guillaume. Belgique

¿Es pertinente cambiar las formas de referirse al cuerpo, la nutrición y la salud?: experiencias con estudiantes de nutrición?
José Alberto Rivera Márquez. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Concepción Díaz de León Vázquez. Universidad Nacional Autónoma de México. Claudia Unikel Santoncini. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", México. arivera@correo.xoc.uam.mx

Objetivo. Plantear la pertinencia de realizar cambios a las formas de entender y al lenguaje empleado para hacer referencia al cuerpo, a la nutrición y a la salud en estudiantes de nutrición de una universidad pública en la Ciudad de México.

Contexto. En México, la enseñanza de la nutrición a nivel superior – y en general de las disciplinas relacionadas con la salud – se ha sustentado históricamente en un discurso que medicaliza los procesos vitales humanos, el cuerpo y la enfermedad. Este reduccionismo se expresa cada vez con mayor crudeza en la normativización del comportamiento alimentario, en la imposición de ideales de belleza, delgadez y musculatura; en el fomento del miedo al sobrepeso y en la persecución hacia los sujetos obesos, por mencionar algunos ejemplos. Paralelamente, las actuales acciones de gobierno federal en materia de alimentación y nutrición, si bien han redimensionado al hambre y a la desnutrición como problemas de salud pública, confieren mayor atención a lo que desde los círculos oficiales y académicos se denomina "el combate al sobrepeso y a la obesidad". Lo anterior parte de un modelo de prevención que culpabiliza a los sujetos por su adiposidad, por sus formas de comer y por no tomar decisiones informadas. Los mensajes oficiales llaman a la modificación de hábitos, conductas y estilos de vida asociados a la alimentación y a la actividad física, sin que se hagan explícitas las obligaciones del Estado mexicano, más allá de emitir instrucciones para que sean los propios individuos quienes se responsabilicen de realizar tales cambios. Es en este contexto "obesofóbico" donde tienen lugar los procesos de enseñanza-aprendizaje que forman a los profesionales de la nutrición. Culpar a los sujetos obesos por su condición de salud, sancionar social y culturalmente la ganancia de peso, ejercer control para que

las personas se alimenten como dictan las normas, defender a ultranza – y acríticamente - argumentos que sostienen que el éxito, la aceptación social, la belleza y la salud se alcanzan con la delgadez, la restricción alimentaria y la actividad física extenuante, son elementos que ya se han naturalizado en estudiantes y docentes de nutrición. Es necesario, por tanto, explorar con los propios estudiantes vías éticas de aproximación a los sujetos, a sus cuerpos y a los problemas alimentarios y nutricionales en general.

Métodos. A partir de una serie de talleres con estudiantes de nutrición, en sus primeros años de formación profesional, se reflexionó sobre la aceptación de la imagen corporal y sobre problemas asociados con la búsqueda de ideales estéticos de delgadez y musculatura extremas. Se exploró, asimismo, distintas vías para resistir la presión por tener un cuerpo socialmente exigido, buscando afrontar la preocupación que ello trae consigo. Posterior a esos talleres se llevaron a cabo entrevistas colectivas en las que se analiza la pertinencia de cambiar el discurso respecto a las formas como las y los estudiantes de nutrición deben referirse al cuerpo, a la nutrición y a la salud, en general. A través de análisis de contenido se han identificado los principales elementos del discurso que las y los estudiantes sugieren modificar.

Resultados y discusión. Las y los estudiantes de nutrición reconocen la importancia de reflexionar colectivamente sobre problemas asociados con la persecución de estereotipos de belleza, delgadez y musculatura. Sin embargo, el discurso que convierte en sinónimos a la belleza y la salud, a la nutrición y la belleza, a la delgadez con éxito, así como a la adiposidad como indicador de fracaso o ausencia de voluntad, está interiorizado. Se considera científicamente valido, legítimo. Hay consenso en cuanto a que es necesario asumir formas "respetuosas" de tratar a los sujetos (pacientes, poblaciones de estudio, etcétera) para el futuro mediato – es decir, durante el ejercicio profesional - pero no es muy claro cómo deba hacerse. Se tiene la firme convicción de que lo "correcto" sigue siendo controlar el peso y la alimentación de los sujetos. No obstante, algunas voces sugieren que es necesario un cambio de paradigma en la enseñanza de la nutrición, así como en la práctica profesional, para analizar con una visión más humana, y cada vez menos medicalizada, los problemas de salud pública asociados con las prácticas alimentarias.

Temas que se quieren discutir: instrucción y formación de los profesionales sanitarios

SESIÓN DE PÓSTERS 3 – Pasillos EASP

Política para Formação dos Trabalhadores de Saúde: a experiência brasileira de integração do ensino-pesquisa-serviço.

Fernanda de Oliveira Sarreta, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP. Brasil. fersarreta2009@yahoo.com.br

Resumo

O artigo debate a política pública de saúde e os desafios contemporâneos para consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro, contextualizando as indicações do projeto privatista e focalizado, e o processo de desconstrução da universalidade e integralidade em saúde garantidos constitucionalmente. Reflete a educação permanente em saúde e sua indicação como estratégia para a formação em saúde, que utiliza o ensino problematizador e coloca o processo de trabalho em análise, aproximando e integrando os sujeitos no diálogo crítico sobre os problemas que envolvem a formação e o trabalho em saúde. A partir da experiência do Grupo QUAVISSS da FCHS/UNESP - Brasil, que organiza o trabalho comprometido com os princípios dos Projetos Ético-Político do Serviço Social e da Reforma Sanitária, apresenta as alternativas de integração do ensino-pesquisa-serviço e a pesquisa qualitativa que este coletivo desenvolve.

Resumen

El presente artículo debate la política pública de salud y los retos contemporáneos para la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, contextualizando las indicaciones del proyecto privativo y enfocado, y el proceso de desconstrucción de la universalidad e integralidad en salud garantizados constitucionalmente. Refleja la educación permanente en salud y su indicación como estrategia para la formación en salud, que utiliza la enseñanza problematizadora y pone el proceso de trabajo en análisis, acercando e integrando los sujetos en el diálogo crítico sobre los problemas que abarcan la formación y el trabajo en salud. A partir de la

experiencia del Grupo QUAVISSS de la FCHS/UNESP - Brasil, que organiza el trabajo comprometido con los principios de los Proyectos Ético-Político del Servicio Social y de la Reforma Sanitaria, presenta las alternativas de integración de la enseñanza-investigación-servicio y la pesquisa cualitativa que este colectivo desarrolla.

Formação em saúde e eficiência dos serviços: dilemas das residências multiprofissionais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Regina Célia Tamaso Mioto, Keli Regina Dal Prá y Francielle Lopes Alves. Brasil

A preceptoria na formação de profissionais em saúde.

Lêda Maria Leal de Oliveira, Auta Iselina Stephan Souza y Marina Monteiro de Castro e Castro. Brasil

Qualidade de vida de estudantes de medicina de duas escolas médicas com diferentes modelos de formaçâo: Estudo transversal.

Vanessa Araújo Argolo, Llasm Correia, LT. Tenório, HP Sá, EV.Melo, EF.Oliva-Costa. Brasil

Desenvolvimento profissional contínuo na área de educação em saúde: relato de experiência.

Roselita Sebold y Daniela Lemos Carcereri. Universidade Federal de Santa Catarina Brasil. roselita_sebold@yahoo.com.br

A prática de processos de desenvolvimento profissional contínuo requer vontade política dos administradores e comprometimento dos profissionais envolvidos. O objetivo deste estudo é descrever o trabalho de formação contínua realizado por uma equipe multiprofissional pertencente ao quadro funcional da Secretaria de Educação de Rio do Sul, município localizado ao sul do Brasil. Desde 2005 a equipe formada por profissionais das áreas de administração, assistência social, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, pedagogia, psicologia e química industrial desenvolve ações intersetoriais envolvendo as Secretarias de Saúde e Educação do município. Uma destas ações é destinada a trabalhadores da área da educação que atendem crianças entre 3 meses a 14 anos de idade. A aproximação com professores e técnicos adveio da necessidade de assumir o compromisso de promover saúde nas escolas e ampliar a qualidade do processo ensino- aprendizagem em relação ao tema da educação em saúde. Nas escolas de Rio do Sul, desde 1991, são os professores que dialogam com as crianças e adolescentes sobre cuidados básicos de saúde como, por exemplo, a higiene das mãos, a conservação dos espaços comuns limpos e organizados e a escovação dental diária, naquela época as formações eram pontuais. No início as ações eram desenvolvidas somente pela equipe de saúde bucal, mas a partir de 2005 esta equipe passou a fazer parte do recém criado setor de saúde na Secretaria de Educação trazendo nova perspectiva de trabalho.

O município identificou então a necessidade de formação contínua a estes profissionais para que pudessem trabalhar na perspectiva da promoção da saúde contribuindo para a qualidade de vida da comunidade escolar. No início do ano letivo a equipe multidisciplinar participa de atividades com os professores durante três dias de formação. Em cada período as atividades são realizadas com professores de níveis diferentes. A partir da discussão de um texto base são definidas as prioridades a serem desenvolvidas durante o ano. Na sequencia é elaborado um projeto piloto que será aplicado em uma escola a ser indicada pela equipe. O resultado deste projeto piloto serve de base para socialização da prática nos espaços de formação que acontecem em três etapas durante o ano. A formação privilegia a roda e a dialogicidade proposta por Freire (2011, 2014) seguindo o pressuposto de que a construção se dá no coletivo. Nesse espaço a equipe trabalha com aproximadamente 50 professores do ensino fundamental (anos iniciais) e 250 professores da educação infantil. A vivência junto à escola firmou a prática do planejamento em conjunto entre profissionais da área da saúde e educação, pois a atuação do professor em sala oportuniza um grau maior de aprendizagem significativa, tendo em vista que o suporte oferecido tem continuidade e que ele conhece melhor as necessidades e a heterogeneidade do grupo com o qual trabalha quotidianamente. A visão disciplinar deu lugar à interdisciplinaridade quando a equipe assumiu uma atitude diferente diante do conhecimento passando a pensar em conjunto a saúde e a educação. A constatação de que as condições de saúde se tornavam cada vez mais favoráveis foi um fator primordial para a motivação da continuidade do trabalho. Um exemplo é o declínio do índice médio de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade - CPO-d médio – que era de 6, 32 no ano de 1992 e passou para 0,8 em 2008. A parceria e a troca de experiências se mostraram importantes, aliadas ao fundamento da autonomia do sujeito e de que sua individualidade se firma na coletividade. A prática interdisciplinar foi um constante aprender a aprender, ao longo dos 9 anos de formação contínua, tanto por parte dos professores como dos formadores. O desafio esta em manter a aproximação à educação dos profissionais de saúde com o compromisso de promover saúde nas escolas e ampliar a qualidade do processo ensino - aprendizagem em relação ao tema. É desejável

seguir compartilhando informações de maneira prazerosa com professores e escolares para que esta parceria reflita na capacidade de empoderamento dos membros da comunidade escolar. A equipe vem evoluindo e contribuindo com o avanço das principais políticas que norteiam o desenvolvimento profissional contínuo na área de educação em saúde no Brasil, quais sejam, os Parâmetros Curriculares Nacionais (1997), a Política de Promoção de Saúde (2006), a Politica de Educação Permanente (2006) e o Programa Saúde na Escola (2007). O desafio está em seguir trabalhando procurando compreender cada vez mais como trabalhar a transversalidade do tema saúde tendo em vista a complexidade desta forma de ação.

Utilização de estratégias dialógico-reflexivas no ensino de Odontologia.

Daniela Lemos Carcereri y Jose Luis Medina Moya. Brasil y España

Integração ensino-serviço UFSC-SMS: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na gestão de serviços de saúde bucal.

Daniela Lemos Carcereri, Ana Carolina Oliveira Peres, Mônica de Souza Netto Mello y Ana Lúcia S. Ferreira de Mello. Brasil

Programa de pos-graduaçâo em saúde coletiva da Universidade Estadual do Cearà (PPSAC/UECE).

Maria Salete Bessa Jorge, GRUPSFE y Indara Cavalcante Bezerra, CAPES e Membro do GRUPSFE. Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, tem por objetivo formar mestres e doutores em Saúde Coletiva, capacitados a desenvolver ensino, pesquisa e prestação de serviços no campo de referência, por meio de formação de competência técnica e consciência crítica, derivadas de uma compreensão do processo saúde/doença, como integrante do conceito de qualidade de vida, ambos bio-psico-socialmente determinados. O curso estrutura-se em torno de uma área de concentração, Política e Serviços de Saúde, com três linhas: Política, Gestão e Avaliação; Saúde e Sociedade; Situação de Saúde da População. Atualmente está sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e vice-coordenação do Prof. Dr. Andrea Caprara.

As linhas de pesquisa estão coerentes com o campo da Saúde Coletiva, evidenciando-se a interface com o Sistema Único de Saúde (SUS). Isto pode ser evidenciado nos projetos de pesquisa desenvolvidos pelos pesquisadores vinculados ao PPSAC, que direcionam suas pesquisas no sentido de promover a saúde da comunidade, refletindo sobre os princípios da integralidade, universalidade e equidade do cuidado.

Dentre as pesquisa realizadas no PPSAC, destacam-se: Gestão do cuidado e atenção clínica em saúde e enfermagem no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial e Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com produção do cuidado na Atenção Primária, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Plano alfa-saúde: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS e Imagem corporal: potencial influência sobre risco de transtorno alimentar e sobre a qualidade do futuro exercício profissional entre estudantes de nutrição, sob a coordenação da Profa. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio.

Empoderamento e autocuidado de pacientes em condições crônicas atendidos na atenção primária no município de Fortaleza-Ce e International research consortium on dengue risk assessment, management and surveillance, sob a coordenação do Prof. Dr. Andrea Caprara

Desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação da (não) adesão ao tratamento da hipertensão arterial por enfermeiros: espaço para construção da integralidade e Análise do sobrepeso/obesidade e sua associação com a saúde cardiovascular em adultos jovens escolares de uma capital do nordeste brasileiro: subsídio para a educação em saúde pelo enfermeiro, sob a coordenação da Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira.

Há também projetos de extensão coordenados pelo PPSAC, alguns deles com evidente reconhecimento nacional, como é o caso da Liga Saúde da Família, todos articulados fortemente com o ensino de graduação. Outros projetos de extensão são coordenados pelos docentes das unidades envolvidas, alguns deles com evidente reconhecimento nacional e internacional, como é o caso do Projeto Quatro Varas (programa piloto de Atenção Primária em Saúde Mental). Além deste, podem ser listados: Projeto Saúde e Vida, Projeto Bem-Viver; Projeto Criança Feliz; Projetos PET (Vigilância em Saúde, Saúde da Família situados em Fortaleza e região Metropolitana), todos fortemente integrados ao ensino de graduação. O Programa de Educação Tutorial do

(PET) foi idealizado e planejado pelos membros do referido Programa PET, abordou temáticas relativas à Saúde Coletiva, como a visão social do processo saúde/doença, a reforma sanitária brasileira, modelos de atenção à saúde e formação acadêmica voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto ao impacto cultural do Programa tem formado recursos humanos qualificados para o desenvolvimento cultural, ampliando saberes e práticas e ao conhecimento no campo da saúde coletiva. Esta ação é relevante no Programa, uma vez que busca envolver os docentes e alunos a participam frequentemente de oficinas para rede SUS, favorecendo mudanças de atitudes em relação ao impacto na saúde, discussão da integralidade da assistência em saúde, e integração das ações de saúde o que traz a comunidade para as dependências da Universidade.

A visibilidade do PPSAC vem ocorrendo com a demanda dos alunos da região, de outros estados Brasileiros; através do sítio www.cmasp.uece.br; da procura de alunos para cursar disciplinas, como aluno ouvinte, inclusive de universidades de outros estados brasileiros. A visibilidade de doutorado, além dessas estratégias se constrói através de parcerias nacionais e internacionais que incluem também alunos de mestrado.

Esta visibilidade também está relacionada a qualificação dos grupos de pesquisa vinculados ao programa pode ser observada através do crescimento do número de projetos de pesquisa com captação de recursos externos, proveniente de instituições estaduais, nacionais e internacionais de fomento à pesquisa.
O campo da Saúde Coletiva não se encontra imune nem à crise de paradigmas nem à transição paradigmática. Nesse sentido, o projeto pedagógico do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE está centrado em processos de formação crítica e a articulação com os serviços de saúde. Pode ser entendido como um projeto contextualizado com a situação de saúde da população, na perspectiva do planejamento, buscando contribuir com a construção da integralidade e consolidação do SUS.

Programa de educação pelo trabalho para a saúde no Brasil: contribuições para a formação profissional na área da vigilância da saúde.

Maricélia Maia de Lima, Vanessa Rodrigues da Silva y Ana Paula Pires Aureliano Cerqueira. Brasil

La práctica médica en la era de la hipermodernidad y la privatización de los servicios de salud en México.

Donovan Casas Patiño, Georgina Contreras Landgrave, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Alejandra Rodríguez Torres, Sonia Oliveira Lima yMarlizete Maldonado Vargas. Brasil

Determinantes sociais da saúde e a contribuição do serviço social.

Vera Maria Ribeiro Nogueira Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Santa Catarina, Helenara Silveira Fagundes Universidade Federal de Santa Catarina, Regina Célia Tamaso Mioto Universidade Católica de Pelotas e niversidade Federal de Santa Catarina. Brasil. vera.nogueira@pq.cnpq.br

Resumo

Este texto pretende responder a uma das questões do CALASS 2014, a saber, Quais profissionais sanitários oferecerão resposta adequada? Quem e com que perfil? Tem como objetivo apontar a contribuição do assistente social via a instituição de competências dentro da visão da proteção social à saúde. Parte da relevância dos aspectos sociais como um dos bloqueios para o acesso e a fruição das ações e serviços sanitários e destaca como as necessidades em saúde são afetadas pelos determinantes sociais. Tem como eixo referencial o direito à saúde, as necessidades sociais em saúde e a produção de saúde. Apresenta, inicialmente, uma referência acerca das ações profissionais em saúde. Em seguida, aborda as recomendações e limites contidos na Declaração da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Concluindo, aponta as possibilidades estratégicas das declarações da Conferência destacando as competências profissionais possíveis no desempenho das funções sócio- ocupacionais do assistente social nas equipes de saúde, com vistas à extensão do direito integral e universal à saúde.

Resumé

Ce texte vise à contribuer à l'élucidation d'une des questions posées par CALASS 2014, à savoir : Quels professionnels de la santé apporteront une réponse adéquate ? Qui et de quel profil ? Il a pour but de mettre en évidence la contribution de l'assistant social par le biais d'une sélection de compétences dans le cadre de la

protection sociale pour la santé. Partant de la pertinence des aspects sociaux comme un des obstacles à l'accès et à la jouissance des actions et des services sanitaires, on souligne de quelle manière les besoins en santé sont touchés par les déterminants sociaux. L'axe de référence est celui du droit à la santé, des besoins sociaux en matière de santé et de la promotion de la santé. Une mention aux actions professionnelles dans la santé est d'abord présentée, suite aux recommandations et limites contenues dans la Déclaration de la Conférence Mondiale sur les Déterminants Sociaux de la Santé. Enfin, les possibilités stratégiques des déclarations de la Conférence sont signalées mettant en évidence les éventuelles compétences professionnelles dans l'exercice des fonctions socio-occupationnelles de l'assitant social au sein des équipes de santé, visant l'étendue du droit intégral et universel à la santé.

Dossier de santé personnel électronique au Canada : Description des aspects juridiques.

Lara Khoury, Frédérique Horwood, Université McGill, Montréal y Marie-Pierre Gagnon. Québec

Plano estadual de saúde: intenção política e construção coletiva.

Maria Isabel Barros Bellini- Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil, Faculdade de Serviço Social/PUCRS- Secretaria Estadual da Saúde/SES/RS. Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Gabriel Calazans Baptista, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Cristian Fabiano Guimarães- Instituto de Porto Alegre; Membro da Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.
Cristiane Fischer Achutti, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Ana Maria Mejolaro Dalla Valle, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Marta Araújo Grecellé, Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Ligia Maria Correa Geyer, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Liane B Prytoluk, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.Brasil. maria-bellini@saude.rs.gov.br

Introdução:O tema desta comunicação aborda o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde//2012/2015 (PES/2012/2015) do estado do Rio Grande do Sul/Brasil, instrumento fundamental para garantir o direito à saúde da população e melhorar a qualidade do acesso e contém a direção política da atual gestão planejamento e organização da política de saúde no estado. Esse tema está em consonância com os campos de interesse da ALASS em especial no que se refere à Planificação, organização e gestão de serviços de saúde e com as questões problematizadoras do XXV CALASS que indagam sobre modelos de organização necessários em saúde. A Política de Saúde brasileira é depositária de parte dramática das refrações da questão social materializadas na falta de acesso á direitos, no desemprego, na flexibilização das relações de trabalho, no incremento da desigualdade social, na precariedade do acesso às políticas públicas a qual chega na rede de saúde na forma de adoecimentos, uso e abuso de drogas, morte, precariedades no acesso a rede de saúde, judicialização da saúde, recursos humanos insuficientes e muitas vezes despreparados desencadeando processos de exclusão cada vez mais perversos. Essa realidade impõe aos gestores e trabalhadores desta política que se atente para novas formas de planejar a fim de dar respostas mais efetiva a essa realidade. Ressalta-se que as mudanças paradigmáticas na política de saúde brasileira construídas durante o Século XX promoveram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 o qual tem como principio universalizar a saúde como direito do cidadão, conquista da participação organizada em movimentos populares e em movimento de trabalhadores da saúde incluindo o direito a saúde no texto da Constituição Federal de 1988 garantindo assim sua legitimidade e ampliando desde então a rede de atenção em saúde e os recursos humanos de maneira significativa.

Objetivo Geral socializar o processo de elaboração do PES documento sobre a política estadual de saúde que traduz a intenção política da gestão e explicite objetivos, metas e diretrizes norteadoras da política a partir de processo cooperativo entre o Gestor Estadual e os Gestores Municipais.

Metodologia de Elaboração do PES: -Construção de uma estratégia metodológica coletiva com coordenação do Grupo de Trabalho, Planejamento,Monitoramento e Avaliação da Gestão da SES; -Participação de diversos atores como: representantes de gestores e trabalhadores dos municípios,parceria com Conselhos Municipais de Saúde-COSEMS, Conselho Estadual de Saúde-CES;-Elaboração de Analise Situacional contendo condições de saúde da população, desenho do território, organização da atenção da saúde, gestão,planejamento, financiamento, participação social, infraestrutura, e tecnologia da informação;-Documentos sustentação: Decreto Presidencial 7508/2011, Plano Plurianual Participativo 2012-2015, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio-

ODM/ONU, Sistema de Internações Hospitalares -SIH, Censo 2010, Sistema Nacional de Nascidos Vivos-SINASC, alem de vários outros documentos que subsidiam as ações em saúde.

Resultados: O produto final é o Plano Estadual de Saúde 2012/2015 documento que "traduz as aspirações do controle social e o compromisso do governo do Estado com a saúde da população, com a finalidade de fortalecer a gestão das redes integradas de saúde, no âmbito das regiões de saúde, e o planejamento regional, buscando assim garantir o acesso á saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS" (PES,2013,p.13).

Contribuições: Pretende-se com esta comunicação contribuir para a socialização de experiência de planejamento e gestão que se caracterizou por ser um processo coletivo, democrático, construído passo-a-passo com a participação sistemática e constante de trabalhadores, gestores e representantes do controle social, garantindo dessa forma a co-responsabilização de todos estes atores. Acredita-se que esse é o caminho possível para a consolidação de um sistema de saúde que se propõe universal, eqüitativo e integral., em consonância com os princípios éticos que norteiam as ações em saúde amparadas no SUS.

A experiência de Co-Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul: um modelo de governança.

Rebel Zambrano Machado, Gladis Tyllmann, Cristina Beatriz Haag, Priscilla Lunardelli y Sandra Maria Sales Fagundes.
Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Brasil. zambrano.rebel@gmail.com

Caracterização

Esse é um relato parcial da experiência de gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS, Brasil, visando à democratização e mudanças nos processos de trabalhos na Secretaria. Esse processo iniciou no Departamento de Ações em Saúde – DAS e hoje se estende para os demais setores. Esse relato trabalha com as dimensões tecnopolíticas dos trabalhadores para exercer sua capacidade de mobilizar os diversos atores e entes federativos para imprimir transformações no sistema de saúde gaúcho, priorizando o fortalecimento da atenção básica, com uma gestão participativa, democrática e de co-gestão, caracterizando-se como um modelo de governança.

Descrição da Experiência

O início da gestão em 2011 foi marcado pelo chamamento de todos os trabalhadores à participação de reuniões semanais. Foram momentos de apresentações, reconhecimentos, trocas, estudos, pactuações, petições e compromissos, que se desenvolveram por seis meses. Esse novo cenário tem reconfigurado o modo de trabalho do DAS/SES/RS, de suas equipes, exigindo maior capilaridade e, para isso, adotou-se o georreferenciamento, como definição estratégica para protagonizar a construção das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde – RAS no RS. Essa proposta significou trabalhar por território, acompanhando as nossas Coordenadorias Regionais de Saúde, sedes descentralizadas da Secretaria e estando mais próximos da população.

O georreferenciamento está estruturado por Macrorregião, que se traduz no desenho anterior proposto para a Regionalização da Saúde, em sete macrorregiões: centro oeste, metropolitana, missioneira, norte, serra, sul e vales. Essa estratégia foi adotada tendo como um dos motivos o número reduzido de servidores no nível central da SES e nas CRS, mas valorizada em função de que a responsabilização por um território é fundamental para pensar modelo assistencial e os arranjos possíveis locorregionais, bem como para a estruturação das RAS.

O modelo de gestão dos processos de trabalho da SES adotado e inspirado na governança possui destaque singular em razão de estar estruturado a partir de princípios e práticas coletivas e democráticas que vão sendo incorporadas nos processos de tomada de decisões corporativas, resultando em deliberações colegiadas. Nessa estrutura de governança no DAS foram criados e/ou legitimados os seguintes espaços: o Colegiado Gestor (representação de todas as políticas, do apoio à gestão e das macros) o Colegiado de Eixos Estruturantes (forma de organização das políticas, ou seja, atenção básica/PIM, do ciclo vital e das transversalidades), a Coordenação das Políticas e/ou de Programas de Saúde, que se materializam como fóruns de tomada de decisões.

O processo de trabalho do DAS foi reorganizado a partir da lógica de um modelo matricial de organização, por macros e por Políticas, de modo que cada profissional integre uma equipe de macro e uma política de atenção. Os espaços das macros se tornam uma forma de operar as políticas. O georreferenciamento foi uma escolha estratégica para ampliar a capilaridade, estruturar o Apoio Institucional às Coordenadorias Regionais de Saúde

(CRS) e aos municípios e propiciar o trabalho transversal e integrado entre as equipes das diferentes políticas de atenção da SES/RS. Os demais Departamentos da SES entram nessa lógica de forma transversal.

Efeitos da Experiência
Esse modelo de gestão adotado tem garantido um movimento de implicação cada vez maior e o fortalecimento do sujeito e a democracia institucional através da construção de espaços coletivos e de sujeitos motivados com capacidade de análise e de intervenção como tática para a democracia institucional. O georreferenciamento oportunizou uma maior integração entre as políticas do DAS e possibilitou um funcionamento de forma mais orgânica e sintônica com as Redes de Atenção à Saúde – RAS, ofertado através de apoio institucional nos territórios. Essa gestão privilegiou a participação ativa, o trabalho centrado em equipe e na construção coletiva, garantindo o compartilhamento do poder, assim como a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação, com resultados mais potentes.

De la leishmaniose cutanée à la prise de conscience éco citoyenne à Draa el Mizan (Algérie).

Leila HOUTI, Saci Belgat, Ali SELLAMI, Malika HAMEDI, Faiza Benmahdi, Aicha KEBAILI, Amina IKHLEF-ALLAL, Baghdad MAKHLOUF, Yamina RAHOU. Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle. Oran. Algérie. leilahouti@yahoo.fr

Introduction : L'approche participative utilisée dans la démarche écosanté, intègre les acteurs locaux dans la recherche sur les problématiques de santé environnementale. A partir des connaissances scientifiques produites par les études de terrain, les acteurs locaux sont capables de produire de façon concertée, les solutions innovantes acceptables par la communauté et rapidement utilisables.
Notre travail porte sur les incidences éco citoyennes d'un projet visant à réduire selon l'approche écosanté, la leishmaniose cutanée, maladie tropicale négligée liée à la précarité. La commune agro-pastorale de Draa El Mizan, au Nord de l'Algérie, est enclavée et économiquement peu développée. Cette commune constitue un foyer de leishmaniose cutanée, entretenue par la prolifération de chiens errants et la pollution domestique.

Objectif : Il s'agit ici de décrire les actions éco citoyennes initiées par la communauté locale pour lutter contre la maladie en améliorant son cadre de vie.

Méthode : En premier lieu, un atelier participatif communautaire a permis aux chercheurs de présenter et discuter avec les acteurs locaux (collectivités locales, professionnels, associations, notables), les résultats de recherche portant sur les déterminants socio-environnementaux de la maladie dans la commune. Des mesures de protection de l'environnement ont alors été développées de façon concertée pour réduire l'impact de la maladie. Ces actions visent à promouvoir l'éducation pour la santé, la sauvegarde de l'environnement et la lutte contre la précarité.

Résultats : La communauté a pleinement adopté le nouveau programme d'hygiène publique initié par la municipalité, et les acteurs locaux ont mis en place de nombreuses actions pour réhabiliter et embellir les quartiers résidentiels, impliquant tous les groupes de la population. Un programme de reboisement a été réalisé dans la commune. Deux jardins botaniques ont été restaurés et deux nouveaux jardins ont été créés, destinés à abriter des ateliers verts pour les écoliers. À l'appui de ces jardins, une pépinière de reproduction des espèces végétales a été installée et un programme de formation de jardiniers a été officialisé. Des projets de micro-entreprises dans le domaine de la préservation de l'environnement, impliquant les autorités locales et les jeunes chômeurs, ont été finalisés. Enfin, une Charte pour la préservation de l'environnement a été mise au point et adoptée par la nouvelle assemblée municipale.

Discussion : Les acteurs locaux de Draa El Mizan se sont bien approprié les résultats de la recherche. Le projet a eu un effet catalyseur dans la commune et la région, et l'interaction de tous les partenaires a été stimulée. La prise de conscience citoyenne évidente a conduit à des actions collectives de préservation de l'environnement et de création d'emplois. Celles-ci visent à obtenir une meilleure santé et une meilleure qualité de vie à Draa el Mizan.

Conclusion : L'approche écosanté semble être une voie d'avenir susceptible de prévenir les maladies d'origine environnementale en intégrant les communautés dans la prise en main de leurs problématiques sanitaires.

Educação na Saúde, um processo em construção na Política de Saúde Pública Brasileira.

Camilia Susana Faler, Maria Isabel Barros Bellini, Patricia Teresinha Scherer, Tiana Brum de Jesus y Guilherme Gomes Ferreira. PPGSS/PUCRS.Brasil. camilafaler@yahoo.com.br

RESUMO: Este artigo apresenta algumas reflexões quanto, as ações governamentais voltadas à formação em saúde, cuja função é atender as diretrizes da Politica de Saúde Pública no Brasil, no campo da Educação na Saúde. As ações integram o Pró-Ensino na Saúde, que tem por objetivo possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na 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, encontra-se em andamento a execução do projeto intitulado:

Integração entre Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino em Saúde, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUCRS, financiado pelo Edital Pró- Ensino na Saúde 2010-2014 através do Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, tendo como objetivo central promover a construção de ações voltadas ao ensino, pesquisa, formação e qualificação profissional em saúde a partir da integração entre os programas de pós-graduação para construção de ações voltadas a qualificação curricular, ao ensino, pesquisa, formação e qualificação profissional em saúde em consonância com a política de saúde, elevando o padrão de qualidade da formação em nível de graduação e pós-graduação e da produção científica na área da educação na saúde, a fim de contribuir para uma formação profissional compatível com os desafios da contemporaneidade e com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e fortalecimento da intersetorialidade. Com enfoque na formação, integra docentes, pesquisadores, mestrandos, doutorandos e acadêmicos de graduação dos Programas de Pós-Graduação em Serviço Social e o Programa de Pós-Graduação em Psicologia, além dos programas de formação e Núcleos de Pesquisa, ambos da Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul- Brasil. Por tratar-se de um projeto que objetiva a formação, a metodologia utilizada é composta por ações práticas-operativas. Cita-se até o momento algumas das ações integrativas de capacitação e qualificação alcançadas: Oferta de 02 bolsas de Doutorado e 02 bolsas de Mestrado em Serviço Social PPGSS-PUCRS, 01 bolsa de Doutorado e 01 em Mestrado em Psicologia PPGP-PCRS; Inclusão da disciplina Educação na Saúde e Intersetorialidade no Programa de Pós Graduação em Serviço Social; Participação dos bolsistas e pesquisadores vinculados ao projeto em 8(oito) eventos no País – Seminários, Congressos, Fóruns, nos quais, foram apresentados oralmente 16(dezesseis) produções científicas, artigos e resumos; 30(trinta) Publicações de artigos e resumos em anais de eventos científicos, revistas, periódicos e capítulos de livros, das pesquisas produzidas; Organização pelo grupo de dois seminários sendo um regional – SERPINF (2012) outro internacional SIPINF (2013), cujo objetivo foi de consolidar o debate e socializar as demandas oriundas de pesquisas e estudos sobre a realidade das politicas públicas, bem como a discussão sobre ensino, pesquisa e formação para área da saúde; Ofertado um curso de especialização, denominado Intervenção Social com Famílias, pela Faculdade de Serviço Social e o PPGSS tendo como pretensão, abordar as distintas configurações da Família contemporânea e as possibilidades de intervenção profissional que potencializem as famílias como sujeitos na busca da efetivação de seus direitos e na construção de possibilidades diversas de enfrentamento aos desafios postos pela realidade etc. Suscita-se ainda, que este projeto tem oportunizado excelência em conhecimento entre os grupos de pesquisadores envolvidos, melhoria da estrutura dos Nucleos de Pesquisa; fomento de ações e produções interdisciplinares e intersetoriais, na medida em que, as articulações com outros espaços de pratica e produção de conhecimento promovem esta integração.Conclui-se ainda a relevância de publicizar estas práticas e experiências, nos processos de formação na área da saúde, como um modelo singular do próprio sistema de proteção e de acesso universal à saúde, oferecido no Brasil.

LAVORARE CON I CONFLITTI: una esperienza di mediazione dei conflitti lavorativi in sanità: i consiglieri di fiducia.

Sabrina Colombari e Coll, Pasquale Ciccarelli, Patrizia Gubellini, Dario Lin, Garina Piscitello, Agnese Ricci, UOC Sviluppo del Capitale Umano, AUSL di Bologna. Italia. sabrina.colombari@ausl.bo.it

Permisos de maternidad, una desigualdad europea.

Isabel María Martos López, Mª del Mar Sánchez Guisado y Chaxiraxi Guedes Arbelo. España

Objetivos.

Analizar las diferencias que se dan entre los distintos países europeos en cuanto a permisos por maternidad y

paternidad.

Descripción del problema.

Es interesante conocer los permisos de maternidad y paternidad que se conceden en Europa para así poder valorar y comparar la situación de los diferentes países.

En el presente trabajo se ha recopilado información sobre los períodos de baja y las prestaciones que se perciben en dicho período en 35 países europeos.

En términos generales podemos decir que los países nórdicos (Finlandia, Islandia, Dinamarca, Suecia y Noruega) son los más aventajados en políticas sociales, con medidas que fomentan la igualdad entre padre y madre y facilitan la conciliación laboral y familiar.

España, con 112 días para la madre y 15 días para el padre, está a la cola de Europa. Concretamente, ocupa el octavo puesto detrás de Turquía, Suiza (ambos con 112 días para la madre y 3 para el padre), Letonia (112 días para la madre, 10 para el padre), Chipre (sólo 112 días para la madre), Bélgica (105 días la madre y 10 el padre), Eslovenia (84 días para la madre y 11 para el padre) y Liechtenstein (sólo 56 días para la madre).

Alemania tiene un período más corto que el de España para la madre, 98 días (14 semanas), de los cuales 42 días son anteriores al parto, pero después del parto se le suma un año al 67 por ciento de ayuda con un tope de 1800 euros. Lo mismo durante un año para el padre. Además, aunque la pareja pueda ver reducidos sus ingresos durante este año, se otorgan ayudas por nacimiento bastante contundentes.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica en base de datos PubMed, Cochrane y Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (Guías, Protocolos y Recomendaciones)

Resultados y Discusión

Las 16 semanas de baja maternal dejan a España en el octavo puesto europeo. La baja por maternidad se concreta en 16 semanas de baja remunerada al 100%, ampliable a dos semanas más por cada hijo, a partir del segundo, si es un parto múltiple, y en caso de discapacidad del bebé. Este derecho también se puede ejercer en los casos de adopción y acogimiento del bebé, tanto si es permanente como temporal, siempre que los hijos sean menores de seis años.

De las 16 semanas, las 6 primeras son obligatorias para la madre, mientras que las otras 10 semanas se pueden repartir entre el padre y la madre de forma simultánea o consecutiva.

Por su parte, el padre tiene 2 días por nacimiento más 13 días, que pueden ser 15 días en caso de parto múltiple y 20 en caso de familias numerosas.

Son poco los países que tienen períodos de baja iguales o más o menos iguales para la madre y el padre. En general, hay diferencias muy marcadas si comparamos entre los permisos que se otorgan a la maternidad y a la paternidad. Los padres están en peores condiciones que las madres.

Entre los países de Europa con políticas más igualitarias podríamos destacar:

- Suecia: 480 días para padre y madre.
- Rumania: 126 días para el padre y la madre.
- Alemania: hasta 98 días para el padre y la madre.
- Islandia: ambos tienen 90 días al 80 por ciento + 90 días a repartir con el padre/madre.

El único país que tiene exactamente los mismos derechos entre permisos de maternidad y paternidad es Islandia y, curiosamente, Austria ofrece más días libres para la paternidad que para la maternidad.

Un modelo que no es estrictamente igualitario, pero que permite a ambos compartir el permiso es el de Finlandia. La madre tiene derecho a 105 días de permiso y el padre a 18, pero ambos pueden compartir además 158 días desde el nacimiento del hijo.

Aunque cada vez hay más conciencia, son pocos los padres que se cogen una baja paternal más allá de los 15 días después del nacimiento. Los índices de disfrute de permisos son mucho más altos en los países nórdicos donde existen esquemas más flexibles y reforzados con elevados salarios.

Liechtenstein tiene el permiso más corto para la madre, 56 días, y ningún día para el padre, seguido de Eslovenia con 84 días para la madre y 11 días para el padre.

En cuanto al padre, los períodos de baja más cortos son los de Holanda y Malta, con sólo dos días. Le siguen Suiza y Turquía con 3 días.

Los permisos de maternidad y paternidad más largos son los de Suecia, con 480 días (16 meses) compartidos entre padre y madre percibiendo el 80% hasta los 390 días. El padre tiene la obligación de tomarse al menos 60 días + 10 días laborables a partir del nacimiento.

Le sigue Noruega con 392 días (56 semanas) al 80 por ciento o 322 días (46 semanas) al cien por ciento. El

padre tiene derecho a 70 días de ayuda (10 semanas) percibiendo el cien por cien de su salario. La madre está obligada a tomarse 21 días antes del parto y 42 días después del parto, el resto puede compartirse con el padre.

Políticas de Protección de la Salud para garantizar una seguridad alimentaria en la situación económica actual.

Torres Saura, Vanessa; Pérez Giráldez, Manuel J.; del Castillo Quesada, Mª Esther. Servicio Andaluz de Salud. Departamento de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera. España. vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es

CONTEXTO

La Protección de la Salud, junto a la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, constituye un elemento básico más de las políticas de Salud Pública que pretende responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Entre estas necesidades de salud y las áreas de intervención se encuentran las de prevenir y controlar aquellas enfermedades cuyo origen son los alimentos, puestos a disposición del consumidor a través de los operadores económicos.

La implantación de **Sistemas de Autocontrol (SA)** en las empresas alimentarias (industrias, establecimientos minoristas, establecimientos de restauración, otros) es el método esencial reconocido por las normas internacionales (Codex Alimentarius), así como por las de la Unión Europea (Reglamento 852/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios), cuya aplicación garantiza la seguridad e inocuidad de los alimentos en cada fase de la cadena alimentaria.

Los operadores económicos son los responsables del diseño y de la implantación de su SA y son los Agentes implicados en el Control Sanitario oficial (los funcionarios veterinarios y farmacéuticos del Cuerpo Superior de Instituciones Sanitarias (A4)), los encargados de verificar la exigencia y evaluar la eficacia de estos sistemas de autocontrol aplicando la técnica de auditoría, llevando a cabo unas actuaciones englobadas en lo que se denominan *"Supervisiones de Seguridad alimentaria"*.

> Andalucía es una de las comunidades autónomas que de manera más continua ha trabajado en el desarrollo e implantación de sistemas de autocontrol en la industria alimentaria, basados en el Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC/HACCP) a lo largo de todas las etapas de fabricación de un alimento para, de esta forma, asegurar que los productos alimenticios puestos en el mercado no presenten agentes en niveles que supongan un riesgo para la salud humana.

Las supervisiones son auditorías de Seguridad alimentaria cuya finalidad es obtener evidencias de la conformidad del sistema de autocontrol de un establecimiento alimentario con los objetivos de seguridad alimentaria establecidos.

Mediante las Supervisiones las autoridades competentes ejercen su responsabilidad de velar por el control sanitario de alimentos a través de una revisión documental, fundamentalmente destinada a comprobar que las empresas tienen controlados los peligros físicos, químicos y biológicos, mediante una correcta implantación y eficacia del plan APPCC, asociado al sistema de Autocontrol.

Desde que en el año 2004 surgiera el **"Plan para la Supervisión de los Sistemas de Autocontrol en las Empresas Alimentarias de Andalucía" (PSSA)**, esta herramienta de control oficial ha ido evolucionando Cabe pues, una década después, realizar una evaluación de dicho Plan para ver si sus resultados en salud son acordes con los objetivos previstos en el mismo y con los establecidos en el Reglamento 882/2004.

OBJETIVOS

- Conocer los resultados de la aplicación de las auditorías de seguridad alimentaria realizadas por los profesionales de protección de la salud del ASNM.
- Identificar y analizar aquellos aspectos más significativos relacionados con la ejecución de dicho Plan y la seguridad alimentaria.
- Evaluar el grado de cumplimiento y eficacia de estos resultados respecto al PSSA.
- Comparar los resultados obtenidos con los de resto de Unidades de protección de la provincia en años anteriores.

METODOLOGÍA
Con objeto de poder realizar la evaluación anual del PSSA, en la segunda quincena del mes de enero del año siguiente, cada DAP/AGS debe remitir a Delegación de Salud correspondiente a su provincia un informe de evaluación que recopile los siguientes datos:
1.- Grado de Cumplimiento de la priorización de las actividades
2.- Grado de cumplimiento del total de las actividades programadas, por tipo de Establecimiento/grupo de clasificación.
3.- Evaluación de las actividades realizadas, por tipos de establecimientos/grupos de clasificación y por sectores/fases.
4.- Evaluación de los incumplimientos y medidas adoptadas.
5.- Datos comparativos con años anteriores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.
-En base a los resultados obtenidos por el AGS Norte de Málaga que se expondrán en la comunicación en formato de tablas, podemos concluir que, en base a los valores obtenidos los indicadores de la evaluación del PSSA, desde este Área sanitaria, se ha contribuido en un elevado porcentaje a dar consecución al objetivo general de supervisión de promover la implantación y desarrollo de los Sistemas de Autocontrol en los establecimientos alimentarios de Andalucía.
-La actividad de Supervisión se muestra como una herramienta eficaz en el logro de los objetivos previstos en las normativas legales de referencia y por ende, el de la Seguridad alimentaria.

Programas de salud en el contexto de la reforma sanitaria: Estudio de caso Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial.
Luis David Berrones Sanz y Roselia Rosales Flores. México

Lactancia y trabajo, marco legal español.
Mar Sánchez Guisado, Isabel Mª Martos López y Chaxiraxi Guedes Arbeló. España.

Indicadores de Saúde Materno Infantil e contribuição da Educação à Distância (EaD) como modalidade de Educação Permanente em Saúde (EPS) para profissionais que atuam neste segmento.
Ana Emília Figueiredo Oliveira, Maria Bethania da Costa Chein. Brasil

Políticas de Protección de la Salud para garantizar una seguridad alimentaria en la situación económica actual.
Vanesa Torres Saura, Leocadia Macías Santiago, Manuel J. Pérez Giráldez, Rafaela Zurera Saravia. Departamento de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera. España. vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es

La Protección de la Salud, junto a la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, constituye un elemento básico más de las políticas de Salud Pública que pretende responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Entre estas necesidades de salud y las áreas de intervención se encuentran las de prevenir y controlar aquellas enfermedades cuyo origen son los alimentos, puestos a disposición del consumidor a través de los operadores económicos.

La implantación de **Sistemas de Autocontrol (SA)** en las empresas alimentarias (industrias, establecimientos minoristas, establecimientos de restauración, otros) es el método esencial reconocido por las normas internacionales (Codex Alimentarius), así como por las de la Unión Europea (Reglamento 852/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios), cuya aplicación garantiza la seguridad e inocuidad de los alimentos en cada fase de la cadena alimentaria.

Los operadores económicos son los responsables del diseño y de la implantación de su SA y son los Agentes implicados en el Control Sanitario oficial (los funcionarios veterinarios y farmacéuticos del Cuerpo Superior de Instituciones Sanitarias (A4)), los encargados de verificar la exigencia y evaluar la eficacia de estos sistemas de autocontrol aplicando la técnica de auditoría, llevando a cabo unas actuaciones englobadas en lo que se denominan *"Supervisiones de Seguridad alimentaria"*.

Andalucía es una de las comunidades autónomas que de manera más continua ha trabajado en el desarrollo e

implantación de sistemas de autocontrol en la industria alimentaria, basados en el Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC/HACCP) a lo largo de todas las etapas de fabricación de un alimento para, de esta forma, asegurar que los productos alimenticios puestos en el mercado no presenten agentes en niveles que supongan un riesgo para la salud humana.

Las supervisiones son auditorías de Seguridad alimentaria cuya finalidad es obtener evidencias de la conformidad del sistema de autocontrol de un establecimiento alimentario con los objetivos de seguridad alimentaria establecidos.

Mediante las Supervisiones las autoridades competentes ejercen su responsabilidad de velar por el control sanitario de alimentos a través de una revisión documental, fundamentalmente destinada a comprobar que las empresas tienen controlados los peligros físicos, químicos y biológicos, mediante una correcta implantación y eficacia del plan APPCC, asociado al sistema de Autocontrol.

Desde que en el año 2004 surgiera el **"Plan para la Supervisión de los Sistemas de Autocontrol en las Empresas Alimentarias de Andalucía" (PSSA)**, esta herramienta de control oficial ha ido evolucionando Cabe pues, una década después, realizar una evaluación de dicho Plan para ver si sus resultados en salud son acordes con los objetivos previstos en el mismo y con los establecidos en el Reglamento 882/2004.

OBJETIVOS

- Conocer los resultados de la aplicación de las auditorías de seguridad alimentaria realizadas por los profesionales de protección de la salud del ASNM.
- Identificar y analizar aquellos aspectos más significativos relacionados con la ejecución de dicho Plan y la seguridad alimentaria.
- Evaluar el grado de cumplimiento y eficacia de estos resultados respecto al PSSA.
- Comparar los resultados obtenidos con los de resto de Unidades de protección de la provincia en años anteriores.

METODOLOGÍA

Con objeto de poder realizar la evaluación anual del PSSA, en la segunda quincena del mes de enero del año siguiente, cada DAP/AGS debe remitir a Delegación de Salud correspondiente a su provincia un informe de evaluación que recopile los siguientes datos:

1.- Grado de Cumplimiento de la priorización de las actividades
2.- Grado de cumplimiento del total de las actividades programadas, por tipo de Establecimiento/grupo de clasificación.
3.- Evaluación de las actividades realizadas, por tipos de establecimientos/grupos de clasificación y por sectores/fases.
4.- Evaluación de los incumplimientos y medidas adoptadas.
5.- Datos comparativos con años anteriores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

-En base a los resultados obtenidos por el AGS Norte de Málaga que se expondrán en la comunicación en formato de tablas, podemos concluir que, en base a los valores obtenidos los indicadores de la evaluación del PSSA, desde este Área sanitaria, se ha contribuido en un elevado porcentaje a dar consecución al objetivo general de supervisión de promover la implantación y desarrollo de los Sistemas de Autocontrol en los establecimientos alimentarios de Andalucía.
-La actividad de Supervisión se muestra como una herramienta eficaz en el logro de los objetivos previstos en las normativas legales de referencia y por ende, el de la Seguridad alimentaria.

SESIÓN 40 – Salón actos

Presidente:
Tema : Calidad de la formación

La medicina familiar en el IMSS: práctica médica y significado, una aproximación de la salud colectiva.

Donovan Casas Patiño, Edgar Jarillo Soto, Georgina Landgrave Contreras, Leonardo Ibarra Espinosa, Alejandra Rodrígues

Torres. México

INTRODUCCION: El presente trabajo se lleva a cabo desde la corriente del pensamiento de la Salud Colectiva, la cual busca una nueva mirada a las condiciones de salud de las colectividades, desde un análisis teórico funcionalista de la práctica medica familiar y su significado en la institución de salud más grande de América Latina el instituto Mexicano del Seguro Social.

OBEJTIVO: **A**nalizar el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de Medina Familiar-Atención Primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio realizado según el nivel de intervención es observacional de tipo descriptivo-encuesta, corte transversal. Se aplicó una entrevista estructurada y cedula de observación; ambas orientadas hacia la búsqueda del significado de la práctica profesional de los médicos familiares a partir de la reconstrucción de la realidad dada por modelos de interacción simbólica y significados comunes: utilizamos la teoría del ***funcionalismo-estructural***, por tener un **enfoque general** que explora las interrelaciones de las estructuras a través de las cuales se produce el **significado** dentro de la cultura. De acuerdo con esta teoría, dentro de una **cultura el significado es producido y reproducido a través de varias prácticas, fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación, y su aproximación es a partir de la ideología; identidad, actividad, propósitos, valores (normas) y posición (relación).** Se aplicaron los instrumentos a 17 médicos familiares del IMSS, de 6 diferentes Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del Estado de México Oriente, posteriormente de realizo la transcripción de las entrevistas y codificación de las observaciones. El análisis estadístico se realizo con Atlas.Ti v7.

RESULTADOS: Se estudió a 17 médicos familiares observándose un predominio de 11 (65.0%) mujeres y en menor cantidad, 6 (35.0%) hombres de la población total del estudio. Con una edad media de 42.11 años, con un valor mínimo de 30 años y máximo de 52 años, con desviación estándar de 2.25 años.

En la búsqueda de una ***identidad*** de la medicina familiar; la entrevista demostró descripciones sin vitalidad, significados repletos de sombras y poco elaborados, la familia se reitera como objeto de estudio y práctica sin precisar su método y enfoque; la opinión vertida sobre lo que representa ser médico familiar se delimitó al status social, a la realización profesional en la que se insiste en determinar la diferenciación social de una profesión más que a una función social, ese prestigio social pragmatizado en el logro personal, seguridad económica y laboral, se visualiza más en el ***ámbito social que en el institucional IMSS***; su ***actividad*** debería estar caracterizada por algo en particular, por un elemento distintivo, único específico de la especialidad, pero las expresiones vertidas muestran que se carece de cuerpo doctrinal y conceptual que los delimitase; algunos comentarios se acercan a la ***visión holística de la práctica médica*** –el estudio del individuo de forma global-, otros perciben la práctica sólo en su dimensión curativa. El ***tiempo disponible para la consulta médica en la medicina familiar*** es considerado insuficiente, el tiempo lo suponen breve para la atención médica de los pacientes; el tiempo de consulta médica limitado a 12 minutos por paciente en promedio, con 30 a 32 pacientes por turno, limita el ejercicio medico a tiempo por consulta como parte del ***esquema de trabajo dentro del IMSS***.

Las opiniones acerca del ***propósito*** de la medicina familiar, se centran en la curación y prevención del padecer del paciente y su familia, subyace en ello el ***pensamiento biomédico de la práctica médica***. Las expresiones acerca de los ***valores*** muestran que el respeto al paciente está implícito en la relación médico familiar, aunque no se vislumbra la comprensión del otro (otredad). Las expresiones sobre la ***libertad del médico/a familiar en el ejercicio de la profesión*** está basado en los conocimientos que permiten ejercer la propia voluntad del médico, por lo que la limitación del tiempo en la consulta deviene en un factor que ata al ejercicio medico debido a la organización gerencial***.*** Respecto a ***posición y relación*** de la autoridad en la consulta médica familiar los médicos opinaron que es el ***jefe del departamento clínico (JDC)*** a quien se le reconoce como el solucionador mediato de los problemas de la consulta, más en el orden de una estructura jerárquica.

En la observación se evidencio, que los instrumentos de uso en esta práctica de la medicina familiar son: ***la computadora, el baumanometro o esfigmomanómetro, el estetoscopio y lámpara manual o de chicote***; los cuales son utilizados ilimitadamente de manera repetitiva en esta práctica médica, pero no son exclusivos de la medicina familiar; otra observación muy importante fue el uso de la ***bata blanca***, un objeto con una carga simbólica muy fuerte porque está llena de significados impregnados por la sociedad; las observaciones fueron

que la ***bata blanca*** se porta limpia y arreglada, pero el logo que las identifica ***no corresponde al del IMSS***, sino que es de otras instituciones como el Instituto Nacional e Pediatría (INP), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Fundación BEST, UNAM, Medica Sur y algunas sin logo. El escritorio del consultorio de medicina familiar se encontró en todos los casos ***invadido por la computadora, impresora y papeles***, estos limitan la comunicación verbal y no verbal con los pacientes, desgastando la relación médico-paciente, comunicando la saturación e indiferencia por parte del médico hacia el paciente.

La ***actividad y propósito*** observada al médico de familia en la práctica de la consulta médica de mayor a menor grado fue; el ***interrogatorio médico***, el ***uso ininterrumpido de la computadora*** para registro de la información del paciente y de la actividad médica, la ***expedición de la receta*** con indicación terapéutica farmacológica nunca explicada de manera amplia al paciente o familiar, la ***exploración física que se concretó a toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca*** (constantes vitales), y por último, la ***interpretación de estudios de laboratorio y gabinete***, los cuales no se explican al paciente o familiar, probablemente derivado esto por la falta de tiempo en la consulta médica. Las observaciones de ***valores y normas*** mostraron que el médico familiar, goza de independencia en las decisiones médicas, combinada con autonomía pero no libertad en la toma de desiciones médicas, ya que está limitada por procesos administrativos de la propia institución y supervisada por el jefe del departamento clínico (JDC). Las indicaciones médicas manifiestan ***dos relaciones de poder***: el médico familiar encargado del consultorio médico y el JDC encargado de la funcionabilidad operativa de la Unidad Médica; en el plano administrativo se observaron ***tres relaciones de poder***; a) las políticas administrativas del IMSS, b) el JDC quien es el operador del ritmo de la consulta médica, del número de referencias a segundo nivel, la prescripción razonada en razón de los indicadores institucionales, y c) el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

CONCLUSIONES:

Los médicos familiares han reproducido un significado cultural en la praxis medica desde hace años, esta significación ha producido una ideología dentro de la estructura del IMSS específicamente en las Unidades de Medicina Familiar (APs); esta ideología esta cargada de significados, una practica medica donde existe un ***nexo entre medicina familiar y familia*** el cual esta vacío y carente de sentido conceptual, una ***identidad*** delimitada al prestigio social pragmatizado en logro personal, seguridad económica y laboral; la observación de la identidad confirma una práctica médica moderna con el uso de la ***computadora ,*** la cual ***limita la comunicación verbal y no verbal con los pacientes***, desgastando la relación ***medico-paciente***, produciendo la degradación constante de la identidad propia dentro del ***IMSS y de la medicina familiar,*** donde el relación humanística debería jugar el rol mas importante; aunado a lo anterior la bata blanca portada por los médicos con logos de otras instituciones de salud, denota la falta de pertenencia a la institución donde laboran y además comunica que la atención brindada no los compromete a su institución el IMSS, ***originando falta de pertenencia y compromiso laboral***.

La ***actividad y el propósito*** del médico familiar expresada por los médicos se caracterizó por ser ***biomédica***, ***curativa***, ***repleta de clientelismo*** y ***breve tiempo para su práctica médica***, estos dos últimos denotan un esquema de trabajo institucional, que genera descontento por parte del paciente y por parte del propio medico; en su observación se confirmó el uso ***ininterrumpido de la computadora, interrogatorio breve***, y una ***exploración física*** limitada a la toma de signos vitales, con la culminación de la ***expedición de la receta médica***, una relación rutinaria de un ritual aceptado y consensuado por ambas partes, que asegura un orden institucional y de servicio delimitado a estas acciones breves, donde el ejercicio medico se nebuliza en servicio del indicador institucional.

Los ***valores*** expresados mostraron que el respeto al paciente está implícito, aunque no se vislumbra la comprensión del ***otro***, se fija un postura de ***alteridad profesional*** que no vulnera al individuo que adolece, en lo observado encontramos actitudes de superioridad y autoritarismo por parte del médico hacia el paciente, su práctica médica tiene ***autonomía en decisión medica pero no libertad*** esta es coaptada por la misma institución en sus reglamentaciones administrativas y supervisadas por el ***JDC***, ***confirmándose un acto médico limitado y secuestrado a la demanda de atención en la organización institucional***.

Las relaciones de poder expresadas demostraron que la autoridad es el ***jefe del departamento clínico (JDC),*** sin límites determinados por parte de los médicos y en las observaciones encontramos a la prescripción dos relaciones de poder directas; ***el médico familiar*** encargado del consultorio médico y el ***JDC*** encargado de la

operatividad institucional, y tres relaciones de poder indirectas; las políticas administrativas del IMSS, el JDC operador del ritmo de consulta médica y el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

La ***medicina familiar*** es carente de ***identidad***, ***pertenecía y propósito*** como grupo doctrinal no así como grupo Institucional que está limitado a una ***actividad*** lo curativo y biomédico, sus ***valores*** están conformados desde su formación académica básica, y sus ***relaciones de poder*** implícitas por un orden administrativo institucional, ***la conformación de esta especialidad médica está constituida por un orden el "IMSS"***, y decaerá cuando este lo considere obsoleto o inservible para sus fines institucionales, es por esto que la medicina familiar debe tomar un rumbo único, delimitado y concreto no dependiente del IMSS o las academias.

Theorie A/D/S, connaissance et comportements.

Jean-Pierre Escaffre, Frédérique Quidu, M.Personnic, M.Quillere, A.C.Forget, A.Megret. France

INTRODUCCION: El presente trabajo se lleva a cabo desde la corriente del pensamiento de la Salud Colectiva, la cual busca una nueva mirada a las condiciones de salud de las colectividades, desde un análisis teórico funcionalista de la práctica medica familiar y su significado en la institución de salud más grande de América Latina el instituto Mexicano del Seguro Social.

OBEJTIVO: **A**nalizar el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de Medina Familiar-Atención Primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio realizado según el nivel de intervención es observacional de tipo descriptivo-encuesta, corte transversal. Se aplicó una entrevista estructurada y cedula de observación; ambas orientadas hacia la búsqueda del significado de la práctica profesional de los médicos familiares a partir de la reconstrucción de la realidad dada por modelos de interacción simbólica y significados comunes: utilizamos la teoría del ***funcionalismo-estructural***, por tener un **enfoque general** que explora las interrelaciones de las estructuras a través de las cuales se produce el **significado** dentro de la cultura. De acuerdo con esta teoría, dentro de una **cultura el significado es producido y reproducido a través de varias prácticas, fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación, y su aproximación es a partir de la ideología; identidad, actividad, propósitos, valores (normas) y posición (relación).** Se aplicaron los instrumentos a 17 médicos familiares del IMSS, de 6 diferentes Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del Estado de México Oriente, posteriormente de realizo la transcripción de las entrevistas y codificación de las observaciones. El análisis estadístico se realizo con Atlas.Ti v7.

RESULTADOS: Se estudió a 17 médicos familiares observándose un predominio de 11 (65.0%) mujeres y en menor cantidad, 6 (35.0%) hombres de la población total del estudio. Con una edad media de 42.11 años, con un valor mínimo de 30 años y máximo de 52 años, con desviación estándar de 2.25 años.

En la búsqueda de una ***identidad*** de la medicina familiar; la entrevista demostró descripciones sin vitalidad, significados repletos de sombras y poco elaborados, la familia se reitera como objeto de estudio y práctica sin precisar su método y enfoque; la opinión vertida sobre lo que representa ser médico familiar se delimitó al status social, a la realización profesional en la que se insiste en determinar la diferenciación social de una profesión más que a una función social, ese prestigio social pragmatizado en el logro personal, seguridad económica y laboral, se visualiza más en el ***ámbito social que en el institucional IMSS***; su ***actividad*** debería estar caracterizada por algo en particular, por un elemento distintivo, único específico de la especialidad, pero las expresiones vertidas muestran que se carece de cuerpo doctrinal y conceptual que los delimitase; algunos comentarios se acercan a la ***visión holística de la práctica médica*** –el estudio del individuo de forma global-, otros perciben la práctica sólo en su dimensión curativa. El ***tiempo disponible para la consulta médica en la medicina familiar*** es considerado insuficiente, el tiempo lo suponen breve para la atención médica de los pacientes; el tiempo de consulta médica limitado a 12 minutos por paciente en promedio, con 30 a 32 pacientes por turno, limita el ejercicio medico a tiempo por consulta como parte del ***esquema de trabajo dentro del IMSS***.

Las opiniones acerca del ***propósito*** de la medicina familiar, se centran en la curación y prevención del padecer del paciente y su familia, subyace en ello el ***pensamiento biomédico de la práctica médica***. Las expresiones acerca de los ***valores*** muestran que el respeto al paciente está implícito en la relación médico familiar, aunque no se vislumbra la comprensión del otro (otredad). Las expresiones sobre la ***libertad del médico/a familiar en el ejercicio de la profesión*** está basado en los conocimientos que permiten ejercer la propia voluntad del médico, por lo que la limitación del tiempo en la consulta deviene en un factor que ata al ejercicio medico debido a la organización gerencial***.*** Respecto a ***posición y relación*** de la autoridad en la consulta médica familiar los médicos opinaron que es el ***jefe del departamento clínico (JDC)*** a quien se le reconoce como el solucionador mediato de los problemas de la consulta, más en el orden de una estructura jerárquica.

En la observación se evidencio, que los instrumentos de uso en esta práctica de la medicina familiar son: ***la computadora, el baumanometro o esfigmomanómetro, el estetoscopio y lámpara manual o de chicote***; los cuales son utilizados ilimitadamente de manera repetitiva en esta práctica médica, pero no son exclusivos de la medicina familiar; otra observación muy importante fue el uso de la ***bata blanca***, un objeto con una carga simbólica muy fuerte porque está llena de significados impregnados por la sociedad; las observaciones fueron que la ***bata blanca*** se porta limpia y arreglada, pero el logo que las identifica ***no corresponde al del IMSS***, sino que es de otras instituciones como el Instituto Nacional e Pediatría (INP), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Fundación BEST, UNAM, Medica Sur y algunas sin logo. El escritorio del consultorio de medicina familiar se encontró en todos los casos ***invadido por la computadora, impresora y papeles***, estos limitan la comunicación verbal y no verbal con los pacientes, desgastando la relación médico-paciente, comunicando la saturación e indiferencia por parte del médico hacia el paciente.

La ***actividad y propósito*** observada al médico de familia en la práctica de la consulta médica de mayor a menor grado fue; el ***interrogatorio médico***, el ***uso ininterrumpido de la computadora*** para registro de la información del paciente y de la actividad médica, la ***expedición de la receta*** con indicación terapéutica farmacológica nunca explicada de manera amplia al paciente o familiar, la ***exploración física que se concretó a toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca*** (constantes vitales), y por último, la ***interpretación de estudios de laboratorio y gabinete***, los cuales no se explican al paciente o familiar, probablemente derivado esto por la falta de tiempo en la consulta médica. Las observaciones de ***valores y normas*** mostraron que el médico familiar, goza de independencia en las decisiones médicas, combinada con autonomía pero no libertad en la toma de desiciones médicas, ya que está limitada por procesos administrativos de la propia institución y supervisada por el jefe del departamento clínico (JDC). Las indicaciones médicas manifiestan ***dos relaciones de poder***: el médico familiar encargado del consultorio médico y el JDC encargado de la funcionabilidad operativa de la Unidad Médica; en el plano administrativo se observaron ***tres relaciones de poder***; a) las políticas administrativas del IMSS, b) el JDC quien es el operador del ritmo de la consulta médica, del número de referencias a segundo nivel, la prescripción razonada en razón de los indicadores institucionales, y c) el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

CONCLUSIONES:

Los médicos familiares han reproducido un significado cultural en la praxis medica desde hace años, esta significación ha producido una ideología dentro de la estructura del IMSS específicamente en las Unidades de Medicina Familiar (APs); esta ideología esta cargada de significados, una practica medica donde existe un ***nexo entre medicina familiar y familia*** el cual esta vacío y carente de sentido conceptual, una ***identidad*** delimitada al prestigio social pragmatizado en logro personal, seguridad económica y laboral; la observación de la identidad confirma una práctica médica moderna con el uso de la ***computadora ,*** la cual ***limita la comunicación verbal y no verbal con los pacientes***, desgastando la relación ***medico-paciente***, produciendo la degradación constante de la identidad propia dentro del ***IMSS y de la medicina familiar,*** donde el relación humanística debería jugar el rol mas importante; aunado a lo anterior la bata blanca portada por los médicos con logos de otras instituciones de salud, denota la falta de pertenencia a la institución donde laboran y además comunica que la atención brindada no los compromete a su institución el IMSS, ***originando falta de pertenencia y compromiso laboral***.

La ***actividad y el propósito*** del médico familiar expresada por los médicos se caracterizó por ser ***biomédica***, ***curativa***, ***repleta de clientelismo*** y ***breve tiempo para su práctica médica***, estos dos últimos denotan un esquema de trabajo institucional, que genera descontento por parte del paciente y por parte del propio medico; en su observación se confirmó el uso ***ininterrumpido de la computadora, interrogatorio breve***, y una ***exploración física*** limitada a la toma de signos vitales, con la culminación de la ***expedición de la receta médica***, una relación rutinaria de un ritual aceptado y consensuado por ambas partes, que asegura un orden institucional y de servicio delimitado a estas acciones breves, donde el ejercicio medico se nebuliza en servicio del indicador institucional.

Los ***valores*** expresados mostraron que el respeto al paciente está implícito, aunque no se vislumbra la comprensión del ***otro***, se fija un postura de ***alteridad profesional*** que no vulnera al individuo que adolece, en lo observado encontramos actitudes de superioridad y autoritarismo por parte del médico hacia el paciente, su práctica médica tiene ***autonomía en decisión medica pero no libertad*** esta es coaptada por la misma institución en sus reglamentaciones administrativas y supervisadas por el ***JDC***, ***confirmándose un acto médico limitado y secuestrado a la demanda de atención en la organización institucional***.

Las relaciones de poder expresadas demostraron que la autoridad es el ***jefe del departamento clínico (JDC),*** sin límites determinados por parte de los médicos y en las observaciones encontramos a la prescripción dos relaciones de poder directas; ***el médico familiar*** encargado del consultorio médico y el ***JDC*** encargado de la operatividad institucional, y tres relaciones de poder indirectas; las políticas administrativas del IMSS, el JDC operador del ritmo de consulta médica y el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

La ***medicina familiar*** es carente de ***identidad***, ***pertenecía y propósito*** como grupo doctrinal no así como grupo

Institucional que está limitado a una ***actividad*** lo curativo y biomédico, sus ***valores*** están conformados desde su formación académica básica, y sus ***relaciones de poder*** implícitas por un orden administrativo institucional, ***la conformación de esta especialidad médica está constituida por un orden el "IMSS"***, y decaerá cuando este lo considere obsoleto o inservible para sus fines institucionales, es por esto que la medicina familiar debe tomar un rumbo único, delimitado y concreto no dependiente del IMSS o las academias.

Formación de la enfermería especializada en España, sistema de docência.

María Teresa Rivas Castillo, Zoraida de la Rosa Várez y María del Valle Sánchez. España

Perfiles de egreso de las carreras de medicina en Chile y las orientaciones de la OPS.

Mario Parada L., Universidad de Valparaíso, Escuela de Medicina Valparaíso. María I. Romero, Universidad San Sebastián, Escuela de Medicina. Fabian Moraga, Universidad de Valparaíso, Instituto de Sociología,. Chile. mario.parada@uv.cl

Objetivo: La presente investigación tiene por objetivo realizar un análisis cualitativo de los Perfiles de Egreso de las universidades agrupadas en la ASOFAMECH, vinculando el Enfoque Social, el Enfoque Humanista y las Habilidades Socio-comunicacionales.

Método: Se implementó la técnica de análisis documental de los Perfiles declarados en las páginas web respectivas, con el Software Atlas Ti, estableciendo categorías y subcategorías emergentes.

Resultados: Los resultados en el Enfoque Social apuntan a que si bien la comunidad es elemento común, el trabajo en APS y la Promoción son escasamente incluidas. El Enfoque Humanista es abordado en mayor medida que el Enfoque Social, con contenidos puestos en la humanización de la atención, los aspectos éticos y los valores religiosos. Las Habilidades Socio-comunicacionales se incorporan parceladamente; siendo las más comunes el trabajo en equipo y el rol de liderazgo.

Conclusión: Se concluye que existe una notoria heterogeneidad en la información declarada, que falta un ente estatal regulador al respecto, y que a consecuencia de ello las Universidades no están incorporando cabalmente las recomendaciones de los organismos internacionales.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES, ATELIERS Y POSTERS DEL SÁBADO, 6 SEPTIEMPRE 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: portugués

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, qualiquantitativo, 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 lãs 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, Aluísio 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, Mª. Ángeles Vázquez Corpas y Mª 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, diagnostico 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 NiitumaOgata, Maria Lúcia Teixeira Machador, 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. smatumoto@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 2104. 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 mestrandos 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 mestrandos) 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 analise 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, mestrandos 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 atençâo à saúde para a reduçâo da mortalidade materna e infantil no Estado de Minas Gerâis: 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 principio 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 atual 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 Viva. A estratégia de implantação desenvolve por meio de três pilares de ação que são a e*struturação 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 pais, comprovada na publicação da Rede Cegonha para todo o Brasil através da Portaria GM nº 1459 de 24 de junho de 2011.

Regionalizaçâo de redes de atençâo à saúde e produçâo 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 mâes de Minas: uma proposta inovadora no Brasil para a gestâo da informaçâo 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 politicas 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 publica 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 especifica 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 politicas publicas.

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' promus 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 ls 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 Ruozi, 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 éticopolitica 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 principio 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 farmacêutica.
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 Ruozi, 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, reaquecendo 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 éticopolitica da assitência: 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 farmacêutica.

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 critica 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 cáncer 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 la 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 politicas de formação dos profissionais de saúde: perspectivas de tomadores de decisão Portugueses e Brasileiros.

Isabel Craveiro, Virginia Hortale y Gilles Dussault. Porgual 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 vivencia 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 vivencias 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.

Edna Maria Goulart Joazeiro. Brasil

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 atençãoé 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 vínculosprecários 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 pratica de negociação como estratégia de gestãonos 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 distancia, 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 exigempolíticas destinadas à valorização do trabalhador e à qualificação da área de re ursos 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 deSaúde. 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

- Analisaro 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 saúdefaz 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 nordestetomando 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 Politica – 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 Politica, 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 Saúdee 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 açõesde recursos humanos em saúde.

Sponsors Calass 2014:

Fundación Progreso y Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
IAVANTE
Adquisición y Evaluación de Competencias Profesionales
Patronato de la Alhambra y Generalife
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE