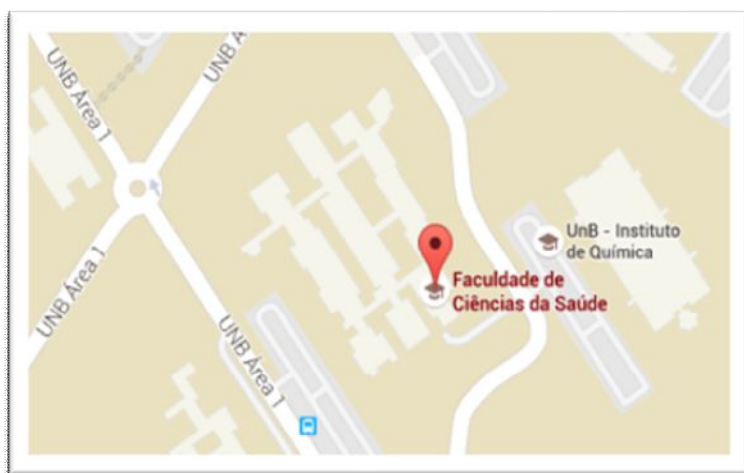


XXVII Congresso Alass

CALASS 2016



Local do evento e Instituição sede



Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília - UnB
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Asa Norte
Brasília – Distrito Federal - Brasil

ALASS conta com o apoio de:

Belgique

- Cliniques Universitaires Saint-Luc - Université Catholique de Louvain
- 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

Canada

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal

España

- O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de la Salud

France

- 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
- Ospedali dei Colli. Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli.

Luxembourg

- 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
- Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz

Republique de Moldavie

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

Roumanie

- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse/Svizzera

- Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

Quinta-feira 21 Julho

Horário: 08.00 - 08.45 – **Abertura do Secretariado**

Horário: 08.45 - 09.15 – **Abertura do Congresso – Auditório 3**

BOAS VINDAS – Auditório

Autoridades : Monica De Angelis – Presidente da ALASS
Maria Fátima de Souza – Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde – UnB
Magda Duarte dos Anjos Scherer – Coordenadora do CALASS
Ivone Rezende Diniz – Presidente da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal – FAP/DF
Ronald dos Santos – Presidente do Conselho Nacional de Saúde
Ivan Marques de Toledo Camargo – Reitor da Universidade de Brasília

Horário: 09.15 - 11.00 – **Auditório 3**

Sessão Plenária I

As Mudanças no Mundo do Trabalho e os desafios para os Sistemas de Saúde

Coordenador: Prof^ª Dr.^ª Carolina Tetelboin Henrion - UAM, México

Expositores

Prof. Dr. Márcio Pochman – Universidade Estadual de Campinas – Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Eleonor Minho Connill – Observatório Iberoamericano de Políticas de Saúde – Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Ana Paula Marques – Universidade do Minho – Portugal

Horário: 11.00 -11.30



Horário: 11.30 - 13.15 **Sessões paralelas**

Sessão 1

Sala 1

Tema: *Condições de trabalho, relações de trabalho, flexibilização e precarização do trabalho*

Moderador: Maria da Glória Lima – Brasil

Categorização das denúncias trabalhista do sindicato dos enfermeiros do Estado da Bahia-SEEB.

Andressa Santos Oliveir,a Tatiane Araújo dos Santos, Heloniza Gonçalves de Oliveira Costa, Cristina Maria Meira de Melo e Handerson Silva Santos, Universidade Federal da Bahia, Brasil. desa_saj@hotmail.com

Objetivos: Caracterizar as variáveis da precarização do trabalho em enfermagem presente nas denúncias trabalhistas no Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia. Contexto: A precarização do trabalho atinge a organização dos trabalhadores pois se trata de uma dominação baseada no medo e na insegurança (Bourdieu, 1998). Embora alguns sindicatos ensaiem alternativas à precarização, observa-se um movimento dual: apesar das diversas dificuldades enfrentadas com o fenômeno da precarização, os sindicatos têm conseguido assegurar direitos econômicos, relacionados à renda dos trabalhadores; por outro lado, estes não tem sido capazes de frear os ataques à legislação trabalhista e às conquistas dos trabalhadores (Dias; Sanson, 2014). O Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB), foi criado em 06 de junho de 1980. O SEEB representa exclusivamente à categoria das enfermeiras. Método: Estudo documental, qualitativo e exploratório. Foram analisadas denúncias trabalhistas existentes no SEEB. O conteúdo das denúncias foram agrupados nas tipologias da precarização propostas por Druck (2010): Vulnerabilidade das formas de inserção; Intensificação do trabalho; Vulnerabilidade no trabalho; Insegurança e saúde no trabalho; Condenação e o descarte do Direito do Trabalho. Utilizou-se a dialética materialista para análise dos dados. Resultados: 51 documentos foram analisados. No que se refere às organizações de saúde alvo das denúncias, 16 são públicas com gestão direta, 05 públicas com gestão indireta, 05 privadas, 02 privadas filantrópicas. As variáveis da precarização mais relatadas foram condenação e o descarte do direito do trabalho (36 relatos), vulnerabilidade no trabalho (21 relatos), insegurança e saúde no trabalho (15 relatos), intensificação do trabalho (13 relatos) e vulnerabilidade das formas de inserção (7 relatos). As denúncias revelam que a precarização é um fenômeno presente no cotidiano das trabalhadoras e que afeta também sua vida pessoal. Pode-se perceber que a exploração da força de trabalho é extrema. Harvey (2013) e Marx (2013) afirmam que na relação capital-trabalho existe uma disputa de forças entre a classe trabalhadora e seus empregadores, onde está em jogo o preço e as condições da venda da força de trabalho. Foram encontradas nas denúncias mais de uma tipologia da precarização, o que revela a retroalimentação e a interconexão das situações de exploração. O medo e a insegurança são nítidas nas palavras das denunciante. Nota-se ainda uma contradição: se as trabalhadoras, após passarem meses e anos vivendo na situação de exploração, se encorajam e fazem a denúncia, por outro, não sabem a quem recorrer e enviam a denúncia a órgãos que não são competentes para a causa e luta trabalhista. Assim, algumas denúncias foram encaminhadas ao Conselho Regional de Enfermagem, e depois reencaminhadas por este órgão ao SEEB. Isto revela a alienação sobre o trabalho e a organização política das trabalhadoras. Considerações: A análise das denúncias revela que a condenação e o descarte do direito do trabalho é a principal tipologia da precarização que atinge as enfermeiras. Contudo, devido ao pouco quantitativo de denúncias, notamos que a busca pelo sindicato ainda não é uma ação comum entre as enfermeiras. Enfermeiras se submetem e estão submetidas a altas cargas horárias de trabalho, com salários baixos, mais de um emprego, sem descanso, sem faltas justificadas, vários fatores que demonstram a precarização no trabalho. Diversas denúncias revelam a ocorrência de depressão, ansiedade, hipertensão arterial, dentre outras patologias, devido ao contexto em que se é realizado o trabalho. Contribuição: Esta pesquisa justifica-se por não existirem estudos sobre a precarização do trabalho em enfermagem e por não existirem estudos sobre denúncias trabalhistas no Sindicato dos Enfermeiros. A relevância deste estudo está na evidência das situações de precarização vivenciadas pelas enfermeiras e que são denunciadas ao Sindicato. Com isto, espera-se contribuir para a atuação sindical no que diz respeito ao combate à precarização.

Precarização: Implicações no trabalho em enfermagem.

*Cristina Maria Meira de Melo, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Brasil.
cmmelo@uol.com.br*

A precarização do trabalho expressa um regime político baseado na instabilidade e na sensação generalizada de insegurança, o que mantém o trabalhador submetido às situações de exploração, já que seus vínculos são cada vez mais precários e é escasso o emprego estável (Bourdieu, 1998). Trabalhadoras(ões) da saúde, assim como trabalhadores em geral, são submetidas(os) à política da precarização do trabalho, o que resulta em baixa qualidade dos serviços prestados, colocando em risco a população atendida e a saúde da(o) própria(o) trabalhadora(or).

O campo da enfermagem é profundamente dividido entre trabalhadoras com formação diferenciada, porém com práticas igualadas no cotidiano das organizações de saúde, e com pouca visibilidade social. Este campo deve ser compreendido e analisado confrontando-se estratégias e práticas usadas no modo de produção capitalista que desvalorizam a força de trabalho em enfermagem, estigmatizam socialmente este trabalho e constroem a participação da enfermeira(o), técnica(o) e auxiliar de enfermagem na prestação de ações e serviços de saúde.

Nesta sessão, deve-se abordar como a precarização do trabalho ocorre no campo da enfermagem e seu impacto na execução deste trabalho.

Formas de precarização e flexibilização do trabalho no campo de enfermagem.

Juliana Alves Leite Leal, Cristina Maria Meira de Melo e Karolline Santos Macedo, Universidade Federal da Bahia, Brasil. julileite@hotmail.com

Apontar elementos para o debate sobre precarização, precariedade e precário na contemporaneidade e suas características no mundo do trabalho com aproximações teóricas e conceituais para o campo da saúde.

Trata-se de um estudo de revisão narrativa sobre Condições de trabalho, relações de trabalho, flexibilização e precarização do trabalho, analisando a literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas.

Comumente, quando se fala em precarização do trabalho, toma-se como referência o momento no qual foi efetuado o denominado modelo de acumulação flexível, implementado no contexto de uma intensa reestruturação do mundo da produção, e que tem seu início na década de 1970 (BORSONI, 2011). Aquino (2005) afirma que a “precarização”, sob o nome de flexibilização, acaba por constituir-se numa resposta „contemporânea” do capital, que articula novos modelos de temporalidades e vínculos laborais que vulneram os direitos básicos dos trabalhadores. Mattoso (1999), na sua concepção, considera que a precarização do trabalho, diz respeito à ampliação dos vínculos de trabalho parcial, sem carteira assinada, por tempo determinado ou sem rendimento fixo, bem como às más condições de trabalho e à deterioração das relações laborais. Se o termo-chave parece ser “flexibilização”, cabe perguntar como devemos entendê-lo. Para Harvey (2002: 140), essa é uma característica da forma de acumulação que surge do confronto direto das “novas experiências nos domínios da organização industrial e da vida social e política” com a rigidez fordista e se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Conforme Alves (2013) apud (THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2012, p. 29) a flexibilização pode ser compreendida como um processo com determinantes macroeconômicos e sociais derivados da mundialização do sistema capitalista, cuja fluidez, típica dos mercados financeiros, atinge a economia e a sociedade em seu conjunto, generalizando a flexibilização para todos os espaços, especialmente para o campo do trabalho. Alves (2013) destaca que Antunes (2009, p. 50-51), relata que a flexibilização pode ser entendida como a “liberdade da empresa” para, de acordo com as suas necessidades, demitir trabalhadores sem penalidades, reduzir o horário ou recorrer a mais horas de trabalho, pagar salários reais mais baixos do que a paridade de trabalho exige, subdividir a jornada de trabalho mudando os horários e as características das atividades. O trabalho precário nas últimas décadas é o resultado do crescimento da globalização (interdependência econômica e seus correlatos, tais como maior comércio internacional e movimento acelerado de capital, produção e trabalho) e da expansão do neoliberalismo (uma ideologia que implica desregulação, privatização e remoção de proteções sociais (KALLEBERG, 2009). Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), são identificadas cinco dimensões de precariedade e que se referem diretamente a emprego e trabalho: (1) Insegurança do mercado de trabalho; (2) Insegurança do trabalho; (3) Insegurança de emprego; (4) Insegurança de segurança e saúde; (5) Insegurança de reprodução de experiência. As outras duas dimensões de precariedade são:

(6) Insegurança de renda; (7) Insegurança de representação. Segundo publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no final de 2014, a (OMS) o relatório “Recursos Humanos para a Saúde: base para a cobertura universal e agenda de desenvolvimento pós-2015”, afirmam que faltam no mundo, hoje, 7,2 milhões de profissionais de saúde, e esse número pode chegar a 12 milhões, em 2035, e afirmam que não há saúde sem força de trabalho. O relatório detalha que 83 países estão abaixo do limiar de 22,8 profissionais de saúde qualificados por 10 000 habitantes e 68 países estão acima do limite de 59,4 profissionais de saúde qualificados por 10 000 habitantes. No Brasil a relação obtida foi de 31,4 profissionais de saúde para cada 10 mil habitantes, sendo ainda inferior ao recomendado pela OMS para universalizar a cobertura de 34,5 profissionais de saúde para 10 mil habitantes.

Segundo Bourdieu (1998), a precariedade se inscreve num modo de dominação de tipo novo, fundado na instituição de insegurança permanente, levando a submissão, a aceitação da exploração. O autor propõe um novo conceito, muito importante e expressivo de “flexploração”, termo que evoca a gestão da insegurança presente nos dias atuais.

Ademais, é consenso à necessidade de estudos mais aprofundados sobre a temática em questão para avaliar as políticas de “desprecarização” do trabalho no campo da saúde e seu impacto na força de trabalho para o Sistema Único de Saúde como preceitua a Carta Magna.

Tema: *Financiamento de Sistemas de Saúde: perspectiva de custos para alocação de recursos*

Sessão Organizada: Janice Dornelles de Castro, Sérgio Francisco Piola e Joyker Peçanha Gomes – Brasil.

janice.castro@ufrgs.br

Sob o preceito constitucional que estabelece a saúde como direito de todos, devendo o Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, o sistema de saúde brasileiro enfrenta o desafio de responder a um perfil epidemiológico que acumula doenças negligenciadas e parasitárias, doenças crônico-degenerativas, morbidade e mortalidade por causas externas. Associado a esse perfil, as alterações demográficas significativas em um território de dimensões e diversidades continentais, exigem cada vez mais recursos para o financiamento de seu sistema público.

Para responder a esse desafio, atores sociais e governamentais pressionam pelo aumento de recursos públicos ao setor. No entanto, os orçamentos dos entes federativos são limitados tanto pela tendência de aumento dos gastos correntes, quanto pela capacidade de arrecadação, o que abre a possibilidade da precarização das relações de trabalho no sistema, do aumento da terceirização dos profissionais de saúde e da piora das condições de trabalho, como alternativas para se lidar com o problema fiscal. Diante de tal panorama, evidencia-se a necessidade de instrumentos de apoio que dimensionem quanto custa promover, proteger e recuperar a saúde no território sob sua gestão, sendo esse um dos requisitos essenciais para tomada de decisão e melhor alocação dos recursos pelos gestores de sistemas de saúde de princípio universal. Assim permitindo organizar a gestão das despesas públicas com foco na melhoria da qualidade de vida do cidadão e em um desenvolvimento socioeconômico sustentável do País.

Dessa forma, as comunicações nesta sessão objetivam apresentar: a concepção de um modelo para contribuir com a apuração e prospecção de custos do setor saúde em diferentes territórios e realidades; a identificação dos preços praticados no setor saúde e os respectivos gastos nos territórios, por órgão gestor, equipamentos de saúde isolados e em redes de atenção, de forma associada aos principais fatores que condicionam a precificação e a escolha de adquirir ou produzir insumos ou serviços; a pesquisa e aperfeiçoamento de métodos e ferramentas para diagnóstico e melhoria da gestão em saúde.

Com o projeto em andamento, os resultados são preliminares e tem o potencial de contribuir para o fortalecimento de pesquisas e estudos de desenvolvimento de tecnologia de gestão de custos de sistemas de saúde baseado na universalidade, também na indução de cooperações e assessoramento ao processo da tomada de decisão quanto ao montante de recursos destinados ao setor e as prioridades de alocação, observando as diversidades e especificidades territoriais.

A concepção de um modelo para contribuir com a apuração e prospecção de custos do setor saúde em diferentes territórios e realidades;

A identificação dos preços praticados no setor saúde e os respectivos gastos nos territórios, por órgão gestor, equipamentos de saúde isolados e em redes de atenção, de forma associada aos principais fatores que condicionam a precificação e a escolha de adquirir ou produzir insumos ou serviços;

A pesquisa e aperfeiçoamento de métodos e ferramentas para diagnóstico e melhoria da gestão em saúde.

Tema: *Mercado de trabalho, profissões, ocupações, qualificação e inserção ocupacional*

Moderador: Monica De Angelis – Itália

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

O Serviço Social na Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília e os Desafios da Profissão frente ao Sistema Único de Saúde brasileiro.

Jozieli Maria Sousa Barros, Flávia Aparecida Squinca, Hospital Universitário de Brasília, Brasil.
joselinaasousa@gmail.com

O presente trabalho visa apresentar o trabalho do assistente social no Hospital Universitário de Brasília (HUB) ligado à Universidade de Brasília (UnB) frente aos desafios encontrados no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. O Serviço Social tem como diretriz norteadora o projeto ético-político, pautado na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993), nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1999, e no Código de Ética do/a Assistente Social de 1993, ferramentas fundamentais para o embasamento teórico-metodológico e ético-político da categoria.

No Brasil, a saúde como “direito de todos e dever do Estado” foi garantida mediante a luta dos movimentos sociais nas décadas de 1980 e 1990, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Leis Orgânicas de Saúde (Lei 8.080 e Lei 8.142, ambas de 1990) que criam o Sistema Único de Saúde, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade.

O assistente social se insere na saúde a partir do reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença, passando a ser reconhecido como profissional da saúde, em 6 de março de 1997, pela resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde e pela resolução do Conselho Federal de Serviço Social nº 383, de 29 de março de 1999. Essas ações se dão por meio do novo conceito de saúde que envolve aspectos biopsicossociais, responsável pela requisição e inserção de novas profissões dentro dos ambientes de saúde.

No HUB há o trabalho especializado do assistente social desde a criação do hospital em 1972, mas falta conhecimento por partes dos trabalhadores da saúde sobre qual o papel do assistente social na equipe (o que é, e o que faz), além da cultura institucional hospitalocêntrica, da hegemonia do saber/poder médico, e da concepção de saúde restrita ao âmbito curativo e individual. A ausência da compreensão dos processos de trabalho do Serviço Social no HUB inviabiliza o trabalho multiprofissional no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde do paciente.

A professora Aristusa de Medeiros (2010) define clínica médica como um ambiente que compreende um grupo de especialidades médicas desenvolvidas dentro de uma unidade hospitalar, organizada segundo um conjunto de requisitos, onde o paciente internado é submetido a exames clínicos (anamnese), físicos, laboratoriais, e especiais com a finalidade de definir um diagnóstico e, a seguir um tratamento. Neste espaço sócio-ocupacional se insere o assistente social, no qual a partir da percepção profissional dos fatores sociais que interferem no processo de reestabelecimento da saúde, intervém segundo os instrumentais disponíveis.

O HUB, atualmente, gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, é um locus que reflete os novos modelos de gestão e o avanço do ideário neoliberal, no qual o projeto de saúde proposto constitucionalmente esbarra na ideologia mercadológica das políticas sociais. O resultado é a focalização de programas e serviços, e, principalmente, a seletividade dos usuários pelo critério de regionalização. Embora os assistentes sociais tenham o dever da garantia intransigente dos direitos dos usuários, em decorrência desse modelo gerencial, são muitos os desafios para a profissão, uma vez que as intervenções estão aquém da sua capacidade de resolutividade. Isto é, um contexto social, permeados por multiplicas desigualdades, que acarretam demandas que fogem às atribuições do profissional e mistificam a função do trabalhador no espaço sócio-ocupacional em que está inserido.

El marco juridico europeo para la internacionalización de la profesión: nueva perspectivas de trabajo de las enfermeras

Mónica De Angelis, Università Politecnica delle Marche, Italia

Articuler les dynamiques professionnelles et institutionnelles : un nouveau défi des systèmes de santé.

Olivier Baly, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas, Centre de Gestion Scientifique, Mines ParisTech e Bruna Alves de Rezende, Agence de Médecine Préventive, France. olivier.baly@mines-paristech.fr

Contexte et description du problème: Depuis le début des années 1980, les systèmes de santé à travers le monde connaissent de profondes restructurations fondées sur l'émergence de nouvelles logiques institutionnelles (Scott et al., 2000). En France, ces mutations ont pris la forme d'une « démarche gestionnaire » touchant tant l'organisation interne des hôpitaux (Tonneau et Moisdon, 1999) que la régulation du système sanitaire (Engel et

al., 2000), et ont donné lieu à l'apparition de nouveaux métiers (Lartigau, 2009 ; Pépin et Moisdon, 2010). Or, la question de l'articulation entre ces dynamiques professionnelles et institutionnelles a été peu étudiée. En effet, si des cas d'appropriation de changements institutionnels par des groupes professionnels ont été décrits dans la littérature en santé (Dunn et Jones, 2010 ; Pouthier et al., 2013), les effets de l'adéquation ou de l'inadéquation entre les deux logiques demeurent peu explorés.

Objectifs de la recherche: Notre recherche entend contribuer à combler ce manque en questionnant l'articulation des dynamiques professionnelles de deux groupes émergents (les médecins spécialistes de santé publique et les contrôleurs de gestion hospitaliers) avec les évolutions institutionnelles du système de santé français durant cette période.

Cadre théorique, empirique et méthodologique: La sociologie des professions (Dubar et al., 2011) distingue deux dimensions essentielles des dynamiques professionnelles : la reconnaissance d'un savoir expert spécifique et l'acquisition d'une autonomie d'exercice sanctionnée par un statut protégé par la loi. La littérature sur les configurations professionnelles (Kletz et al., 2014) permet, en outre, de qualifier la place que des groupes professionnels peuvent trouver dans des organisations de travail. Ces deux aspects (professionnalisation et configuration) ont été analysés à travers deux enquêtes réalisées via des questionnaires en ligne : l'une, durant l'année universitaire 2008-2009, auprès des internes référents en santé publique des facultés de médecine françaises (n=26) et auprès d'internes suivant cette formation (n=173), et l'autre auprès de contrôleurs de gestion travaillant dans des établissements de santé français en 2014 (n=163). L'étude relative aux contrôleurs de gestion a également été complétée par des groupes de parole tenus au sein d'une communauté de pratique de 71 membres, de novembre 2013 à septembre 2014.

Résultats: Les enquêtes montrent, dans les deux cas, une inadéquation entre les dynamiques professionnelles et institutionnelles empêchant l'une et l'autre d'aboutir. Toutefois, cette inadéquation provient, dans un cas, d'un défaut de configuration, et, dans l'autre, d'un manque de professionnalisation. Alors que les internes de santé publique interrogés disposaient d'une formation spécifique et d'un statut reconnu par la loi, ils peinaient à trouver leur place dans les organisations du système de santé français faute de cadre institutionnel adapté à l'exercice d'une médecine de collectivités. A l'inverse, les contrôleurs de gestion ont largement pénétré les organisations hospitalières, à la faveur de réformes modifiant les structures de gouvernance et le mode de financement des établissements de santé. Néanmoins, le faible niveau de professionnalisation de ce groupe, pour lequel n'existait ni cursus universitaire spécialisé ni statut propre, ne permettait pas aux répondants de faire prévaloir ces nouvelles logiques institutionnelles dans leur activité.

Contributions théoriques et implications pratiques: Sur le plan théorique, cette communication suggère que lorsque les dynamiques professionnelles et institutionnelles sont discordantes, elles peuvent s'empêcher mutuellement. Cet aspect encore peu exploré du « travail institutionnel » (Lawrence et al., 2011) a des implications pratiques importantes pour le secteur de la santé, tant pour l'effectivité des réformes qui y sont menées que pour le devenir des nouveaux groupes professionnels qui y travaillent.

Sessão 4

Sala 4

Tema: *Doenças crônicas e negligenciadas e os desafios para a operacionalização das políticas de saúde*

Moderador: Marieta Iradier – Espanha

Práticas e perfil profissional de médicos de atenção primária no controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Sabrina Dalbosco Gadenz, Erno Harzheim e Michele Drehmer, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
sabrinadalbosco@yahoo.com.br

As políticas públicas de saúde no Brasil têm priorizado e focalizado estratégias para combater as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde vem trabalhando essas questões através do plano de ações estratégicas para o enfrentamento dessas doenças. Entre elas, estão previstos investimentos para formação

profissional e qualificação das equipes de saúde na abordagem das DCNT e o fortalecimento da área de educação em saúde. A alta prevalência das DCNT exige que os profissionais de saúde estejam preparados para orientar os pacientes em relação aos seus fatores de risco. Dentro deste contexto, sendo a atenção primária à saúde (APS) um espaço em que as ações são baseadas no conhecimento e na habilidade intelectual dos profissionais, os recursos humanos são elementos centrais da qualidade do cuidado à saúde oferecido à população. Os médicos de APS têm um papel importante na prevenção e aconselhamento sobre modificação de estilo de vida, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade das DCNT. Por este motivo, o objetivo desse trabalho é descrever o perfil profissional dos médicos desse nível de atenção e sua atuação junto aos usuários.

Trata-se de estudo com delineamento transversal com 848 médicos de APS dos serviços públicos de municípios de todas as regiões do Brasil. Os dados foram coletados no período de setembro de 2014 a novembro de 2014. Foi aplicado um questionário via *software* de pesquisa online com variáveis demográficas relacionadas à idade, sexo, formação e prática profissional e disponibilidade de ferramentas no serviço. Também foram abordadas questões sobre barreiras referentes ao aconselhamento sobre fatores de risco modificáveis para DCNT e sobre a principal fonte de informação sobre modificação do estilo de vida.

Dentre os profissionais incluídos no estudo, 62,9% (n=533) são do sexo feminino e possuem mediana de idade de 30 anos, com intervalo interquartil de 23 e 69 anos. A especialização em medicina de família e comunidade foi referida por 32,3% (n=273) e a distribuição de atuação por região do país foi sudeste (35,4%), seguidas do sul (25%), nordeste (23,7%), centro-oeste (8,6%) e norte (7,3%). A maioria dos participantes (58%) se formou entre 2009 e 2014 e 46,8% estavam inscritos no PROVAB. De acordo com as características dos serviços, 65,8% (n=558) referiram que é oferecido ou possibilitado participar de atividades de educação continuada. A grande maioria dos profissionais referiu ter disponível no trabalho os equipamentos como balança (97,4%), fita métrica (95,5%), monitor de pressão (98,1%) e glicosímetro (90,3%). Contudo, a presença do estadiômetro teve uma frequência menor (31,7%). Com relação às práticas durante a consulta médica, 81,5% referiram investigar a história alimentar, 95,2% questionaram sobre atividade física e 89,2% perguntavam sobre hábito de fumar na primeira consulta de paciente com diabetes tipo 2, hipertensão ou obesidade. Da mesma forma, a maioria também referiu que frequentemente aferia o peso (90,4%), a altura (72,8%) e calculava o índice de massa corporal (IMC) (74,9%). A maioria dos médicos referiu como principal fonte de informação as revistas médicas, incluindo revistas *online*, tanto para evidências em nutrição (39,0%), quanto em atividade física (38,1%) e em cessação do tabagismo (42,8%). A fonte de informação menos referida foi o uso de ferramentas de telessaúde (0,7% para nutrição, 0,7% atividade física e 0,9% cessação do tabagismo). Sobre as barreiras que dificultam a prática clínica, a mais prevalente foi pacientes não responsivos (52,8% nutrição, 58,5% atividade física e 61,6% cessação do tabagismo), seguido por falta de tempo (46,2% nutrição, 39,4% atividade física e 36,1% cessação do tabagismo), falta de habilidades (14,5% nutrição, 15,4% atividade física e 13,9% cessação do tabagismo) e falta de conhecimento (19,1% nutrição, 12,9% atividade física e 8,8% cessação do tabagismo).

Para que seja possível implementar e avaliar estratégias para melhorar a resposta ao tratamento dos usuários com DCNT é importante identificar as atitudes e conhecer as dificuldades dos profissionais que atuam na APS no Brasil, onde até o momento não existem muitos estudos sobre o tema. Dessa maneira, este estudo contribui com a literatura nacional sobre o perfil dos médicos atuantes na atenção primária do país e identifica alguns pontos estratégicos a serem investidos. Como por exemplo, o acesso à educação continuada referida pela maioria dos participantes pode contribuir no aprimoramento do aconselhamento, uma vez que a formação dos profissionais é um fator determinante da qualidade do cuidado. Melhorar a infraestrutura do sistema e a capacitação dos profissionais constitui um desafio-chave para que se possam superar as dificuldades na abordagem aos portadores de doença crônica.

Perfil Epidemiológico da Interconsulta Psiquiátrica num Hospital Geral de Ensino.

Mariana Aguiar Machado, Juliana Gonçalves Oliveira, Erick Oliveira Cunha, Murilo Fernandes Resende, Enaldo Vieira Melo e Edméa Fontes de Oliva-Costa, Universidade Federal de Sergipe, Brasil. marimed86@gmail.com

Objetivos: Caracterização do perfil sociodemográfico e antecedentes pessoais dos pacientes submetidos à interconsultoria psiquiátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) no período de janeiro a dezembro/2015.

Contexto e descrição do problema: A interconsulta é um recurso metodológico que o profissional de saúde pode empregar a fim de aperfeiçoar o manejo de pacientes com transtornos psiquiátricos internados em hospital geral.

Representa ainda uma área da psiquiatria que promove não só a assistência ao doente, como também contribui para com a prática de pesquisa e com o processo ensino-aprendizagem.

Estudantes de medicina que realizam estágio na interconsulta psiquiátrica têm a possibilidade de aprender diversas situações patológicas da especialidade, enriquecendo a formação e promovendo uma interface da clínica médica, linha primária no exercício da medicina por jovens médicos, com a psiquiatria.

Método: Realizou-se um estudo retrospectivo de caráter observacional através da análise dos prontuários de pacientes submetidos à interconsulta psiquiátrica internados nas enfermarias das clínicas médica e cirúrgica do HU-UFS no período de janeiro a dezembro de 2015. As informações coletadas nos prontuários alimentaram um questionário específico (QE) destinado à investigação de dados sociodemográficos e antecedentes pessoais descritos nos prontuários.

Resultados: No intervalo de tempo proposto pelo projeto (janeiro a dezembro/2015), foram computadas 1678 internações sendo 1163 nas enfermarias de clínica cirúrgica e 515 nas enfermarias de clínica médica. Dentro desse universo, foram solicitadas 59 interconsultas psiquiátricas, registradas em livro de controle interno, indicando, assim, quais pacientes, bem como seus prontuários, deveriam ser utilizados para preenchimento de questionário específico (QE), já citado anteriormente. Portanto, analisamos dados contidos em um total de 59 questionários. Tal análise gerou resultados que demonstram predominância do sexo feminino (52,54%), enquanto o masculino correspondeu a 47,46 % dos casos. A idade dos pacientes incluídos no estudo variou de 19 a 79 anos e a média de idade foi de $45,89 \pm 14,65$ anos. Em relação à procedência, a maior parte dos casos ($n=37$; 62,71%) era proveniente da própria capital de Sergipe. No quesito renda familiar 93,22% ($n=55$) apresentou renda familiar até cinco salários mínimos.

A respeito da escolaridade, os participantes tinham o ensino fundamental incompleto em 44,12% ($n=26$) dos casos. Entretanto, em 25,42 % ($n= 15$) dos prontuários, esta informação não estava registrada. A maioria dos sujeitos era casada ou mantinha união estável (52,94%). A situação laboral “autônomo” se mostrou a mais frequente dentre os pesquisados revelando uma prevalência de 42,37 % ($n=25$).

A maioria dos pedidos foi solicitada pela Clínica Médica ($n=42$; 71,18%), enquanto a Clínica Cirúrgica foi responsável por 28,82 % das solicitações ($n=17$). O principal motivo para a solicitação de interconsulta foi a presença de sintomas depressivos, que motivou 66,11% ($n=39$) dos pedidos.

Discussão: Esse estudo foi o primeiro desenvolvido no HU-UFS visando a caracterização do perfil epidemiológico da interconsultoria psiquiátrica neste serviço. O presente trabalho mostrou que dentre os pacientes analisados houve predominância do sexo feminino, o que não surpreendeu diante de estatísticas de diversos outros estudos afins. Os quesitos “média de idade”, “renda familiar” e “escolaridade” também mantiveram o perfil esperado. Já a “situação laboral” destacou-se, pois, geralmente, estudos apontam que a maioria dos pesquisados são inválidos ou inativos e, neste presente trabalho, verificou-se que a categoria “autônomos” representou 42,37 % dos casos. A Clínica Médica foi responsável por 71,18 % dos pedidos de interconsulta, contrariando a estatística da maior parte dos trabalhos na área, que mostram uma supremacia da Clínica Cirúrgica.

Conclusão: Existe uma dificuldade dos profissionais de outras especialidades em relação ao reconhecimento e/ou manejo de problemas psiquiátricos. Logo, a interconsultoria psiquiátrica tem grande importância, não apenas como um modo de assistência, mas também de suporte e orientação para as outras especialidades.

Contribuições: Esta pesquisa pode contribuir na identificação das principais características epidemiológicas dos pacientes que necessitaram de interconsulta psiquiátrica, possibilitando uma intervenção médica mais precoce, bem como ofertar um serviço mais qualificado para novos pacientes diante dos resultados dos perfis encontrados.

Adesão à terapia medicamentosa por diabéticos e/ou hipertensos atendidos pelo NASF em Diamantina.

Amine Becheleni Pimenta e Eduardo Ângelo Gonçalves Dias, Prefeitura Municipal de Diamantina, Brasil.
dias.eduardo@gmail.com; aminebecheleni@hotmail.com

Objetivo: O Objetivo do trabalho foi mensurar o comportamento da população usuária de medicamentos para controle de hipertensão arterial e diabetes atendida pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em relação a sua medicação prescrita e as razões de não adesão a esta.

Introdução: O município de Diamantina, localizado ao norte do estado de Minas Gerais no Brasil, abrigava 45.880 habitantes em 2010 em uma área de 3.891,659 km². Em 2011 o município contava com 8 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com sede na área urbana. A equipe de NASF implantada em setembro de 2011 era formada por 2 fisioterapeutas, 1 educadora física, 1 psicóloga, 1 nutricionista e 1 farmacêutica. O foco principal de trabalho da equipe de NASF foi educação em saúde e promoção da saúde com os usuários das 8 ESFs, para tal, a farmacêutica do NASF realizou este estudo para conhecer o comportamento de diabéticos e hipertensos quanto a sua terapia medicamentosa.

Material e método: Foi realizado um estudo do tipo Survey com Hipertensos e/ou Diabéticos atendidos pelas ESF's em Diamantina. De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a proporção de homens e mulheres em Diamantina era de 45% e 55% respectivamente para a população de idade igual ou maior de 45 anos, faixa etária esperada no estudo. Portanto a amostra foi dividida nesta proporção. Cada ESF realizou entre 47 e 50 entrevistas válidas realizadas em outubro de 2011, sendo um total de 389. Os dados foram compilados e analisados pelo Statistical Package for Social Sciences.

Resultados e discussão: Na população entrevistada, 30% tinham entre 45 e 59 anos, 61% tinham 60 anos ou mais, 49% tinham entre 1 e 4 anos de estudo e 20% nunca foram à escola, 57% se identificaram como pardos, 82% eram católicos e 15% evangélicos, 72% declararam renda familiar de até dois salários mínimos. Da população ocupada, 51% trabalhavam por conta própria, seguidos por 18% de funcionários públicos. Da população desocupada, 72% eram aposentados e 15% donas de casa. Dos entrevistados, 75% apresentavam hipertensão, 7% diabetes e 19% ambas as enfermidades, 74% usavam constantemente de um a três medicamentos e 26% usavam 4 ou mais medicamentos, sendo que 9% usavam mais de cinco medicamentos. 24% das pessoas deixaram de tomar a medicação para hipertensão ou diabetes nos 30 dias anteriores à entrevista. Destes, 45% declararam motivo de esquecimento, tanto de tomar como de adquirir a medicação. Outros motivos citados foram: Esquecimento do cuidador; Recusa do paciente naquele dia; Pausa por conta própria por melhora da saúde; Foi trabalhar e esqueceu em casa; Esperava o resultado de um exame. A falta de transporte foi citada por um paciente. Entre aqueles que se esqueceram, 59% esperaram o próximo horário para tomar a dose usual e 33% tomaram assim que se lembraram.

Entre homens e mulheres não houve diferença significativa da adesão à terapia medicamentosa. A principal causa de não adesão para ambos foi o esquecimento, seguido por modificação por conta própria na terapia para mulheres e ingestão de bebida alcoólica para homens.

A tendência a deixar de tomar o medicamento foi maior na população economicamente ativa que apresentou índice de 33% contra 21% da população inativa. Este padrão refletiu nas faixas etárias de população ativa que também tiveram o maior índice de não adesão: 50% entre os pacientes de 35 e 44 anos, 20% de 45 a 59 anos e 23% de 60 anos ou mais. Quanto à escolaridade o maior índice de não adesão à terapia medicamentosa, de 31%, foi entre os pacientes com o segundo grau completo ou incompleto. Não houve diferença significativa de adesão entre diabéticos e hipertensos, mas quando o indivíduo apresentou ambas as enfermidades notou-se maior adesão. Não houve diferença significativa de padrão da adesão quanto à religião dos entrevistados.

Contribuição para a saúde coletiva da comunidade: O estudo apontou necessidades de melhoria da farmacoterapia da população estudada. Os resultados serviram de apoio para projetos de educação em saúde e de acompanhamento terapêutico para diabéticos e hipertensos acompanhados pela equipe de NASF em Diamantina.

Tema: *O trabalho como espaço de formação dos profissionais para o Sistema de Saúde (1)*

Moderador: Wania Maria do Espírito Santo Carvalho – Brasil

As dificuldades no processo ensino-aprendizagem da odontogeriatria em universidades públicas da América do Sul.

Ana Lúcia Ferreira de Mello, Maria del Rosário Ruiz Nuñez e Heloisa Godoi, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. alfm@terra.com.br; ana.mello@ufsc.br

Objetivou-se analisar a formação dos alunos de graduação em odontologia sobre o cuidado à saúde bucal do idoso em cinco países da América do Sul, sob o enfoque das fragilidades e dificuldades atuais no processo ensino-aprendizagem. O crescente envelhecimento da população traz preocupações a respeito do impacto deste fenômeno na sociedade e sobre como enfrentá-lo de modo adequado. O indivíduo idoso apresenta maior carga de enfermidades crônico-degenerativas e, vinculadas a elas algumas alterações bucais, as quais demandam ações e serviços de saúde distintos, bem como profissionais capacitados que compreendam os aspectos relacionados a senilidade, apresentem habilidades e competências geriátricas e gerontológicas básicas e promovam um envelhecimento saudável. Este estudo apresenta caráter exploratório e descritivo a partir de uma abordagem qualitativa. Os cenários para desenvolvimento desta pesquisa foram os cursos de odontologia de universidades públicas de cinco países da América do Sul, sendo estes Brasil, Peru, Argentina, Colômbia e Chile. Utilizou-se uma amostra intencional das instituições e participantes da pesquisa, incluindo-se no estudo as instituições que apresentavam a disciplina de odontogeriatría em sua matriz curricular, em caráter obrigatório e de natureza teórico-prática. Para a seleção dos docentes empregou-se como critério de inclusão a atuação como professor da disciplina de odontogeriatría e, aos alunos, a matrícula regular no último ano da graduação. A amostra final contou com 9 instituições, sendo 20 professores e 30 alunos. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta com auxílio do *software Skype*®, gravadas em meio digital e analisadas segundo a técnica de Análise de Conteúdo. Foram identificadas dificuldades no processo ensino-aprendizagem da disciplina de odontogeriatría as quais estão relacionadas à estrutura curricular, aos cenários de prática e ao referencial teórico de suporte. Observou-se que a presença da disciplina de odontogeriatría na matriz curricular dos cursos de graduação em odontologia possui grande relevância para a formação dos futuros cirurgiões-dentistas. Desta forma, faz-se necessário uma reavaliação e consequente mudança nos conteúdos específicos da disciplina, de forma a apresentar um caráter mais atual sobre as condições de vida e saúde da população idosa, bem como aperfeiçoamento na capacitação e qualificação de professores e a ampliação das possibilidades para que os estudantes apliquem estes conteúdos aprendidos na teoria em cenários de práticas diversificados, desenvolvendo diferentes atividades em diferentes contextos, para que tenham uma visão ampliada da realidade da população idosa. Além disso, o processo ensino-aprendizagem deve ser atraente para estimular, chamar a atenção e motivar o aluno a trabalhar com a população idosa. Este estudo traz contribuições aos profissionais e estudiosos da área visto que pesquisas sobre este tema ainda são escassas na América Latina. Ao caracterizar as dificuldades enfrentadas no processo ensino-aprendizagem da disciplina de odontogeriatría no contexto de cinco países da América do Sul, permite-se aos gestores de instituições de ensino superior conhecer suas fragilidades e buscar soluções para saná-las, possibilitando aos futuros cirurgiões-dentistas o reconhecimento da realidade contextualizada dos idosos, a compreensão das políticas públicas implantadas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, e o discernimento sobre o cumprimento efetivo destas políticas. Desta forma, espera-se formar profissionais mais bem preparados para o cuidado à saúde deste grupo populacional, tanto na esfera privada quanto pública.

Serviços substitutivos em saúde mental: paradoxos da formação profissional.

Karine Wlasenko Nicolau, Patrícia Maria Fonseca Escalda e PSala Giovana Furlan, Universidade de Brasília (UnB)/ Faculdade de Ceilândia (FCE), Brasil. wlasenko@unb.br

Objetivos da investigação: a) identificar aspectos relacionados à formação de profissionais que atuam em serviços substitutivos de Saúde Mental, especificamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
b) destacar necessidades do processo formativo profissional para atuação em serviços substitutivos de Saúde Mental, como os CAPS.

Contexto e descrição do problema: a Reforma Psiquiátrica brasileira, historicamente demarcada pela década de 1980 e legalmente formalizada em 2001, inverteu e redirecionou os gastos em Saúde Mental para a implantação de equipamentos substitutivos com a função primordial de consolidar tratamentos e acompanhamentos em Saúde Mental abertos e de base comunitária, dentre os quais se estacam como articuladores centrais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Contudo, a estruturação desses serviços requer um trabalho interdisciplinar e aportes teórico-metodológicos anteriormente desconhecidos na Saúde Mental, o que exige um olhar profissional renovado desde a formação acadêmica para os transtornos mentais e para a própria *loucura* tornada doxa nos diversos espaços sociais.

Metodologia: trata-se de pesquisa quali-quantitativa de tipo descritivo-exploratória, com atividades de campo iniciadas no 4.º trimestre de 2015 e apoiada no modelo epistemológico deleuziano-guattariano de rizoma. Segue

as recomendações da Resolução CNS 466/12 e foi aprovada pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Como *locus* de pesquisa foram selecionados os quatro CAPS do Distrito Federal (DF), Brasil, que atendem pessoas com transtornos graves e persistentes. Técnicas utilizadas para a produção dos dados: questionários semiestruturados para profissionais de saúde e observações participantes sistemáticas em atividades desenvolvidas nestes serviços, notadamente as rotinas de acolhimento e os grupos para usuários. O tratamento dos dados baseou-se nas premissas de construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e na Análise do Discurso (AD) de inspiração francesa, adotando-se a proposta de organização de dados de Dominique Maingueneau em unidades tópicas e não tópicas.

Resultados e discussão: os resultados obtidos até o momento sugerem formações acadêmicas que não contemplam especificamente a atuação em Saúde Mental, tanto do ponto de vista teórico-conceitual quanto experiencial. O processo de formação permanente ou em serviço ocorre por iniciativa própria, seja individual ou por membros da equipe interessados na melhoria da qualificação profissional. Observa-se a presença significativa de estagiários nas atividades dos serviços, o que poderá resultar em mudanças no processo formativo em médio e longo prazo, desde que articulada à possibilidade de elaboração teórico-conceitual, no sentido Deleuze-guattariano. Ainda que atividades consideradas bem sucedidas pelos profissionais de saúde destaquem redução de sintomas, maior convívio social, melhora da socialização, maior expressividade de emoções e de sentimentos, maior funcionalidade e autonomia para as atividades diárias, o foco metodológico parece não repousar nestas metas em si, mas na construção de vínculos em um processo de acolhimento singular, raramente observado em outros serviços de saúde. Os dados produzidos até o momento parecem expressar, no limite, a ausência de uma formação acadêmica que envolva conhecimentos científicos articulados às realidades singulares dos serviços substitutivos em Saúde Mental. Relega-se ao universo dos serviços um processo que poderia ser antecipado. Por outro lado, a postura profissional acolhedora e o estabelecimento de vínculos parecem superar qualquer produção teórico-conceitual previamente estabelecida. Eis o paradoxo que urge equacionar. Por esse motivo, acredita-se que o acompanhamento de pessoas que convivem com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive sob o aspecto preventivo e de promoção da saúde, deve articular desde a formação acadêmica conhecimentos teórico-conceituais e vivências em processos *rizomáticos*, dado seu caráter heterogêneo, problematizador e processual. Considerando-se a necessidade singular de preparo teórico e vivencial para atuação nesses novos espaços substitutivos e a evidente distância entre a formação acadêmica e a prática profissional, ratifica-se a importância de uma formação que inclua e extrapole a vivência nos serviços, possibilitando uma práxis fundamentada em conhecimentos teórico-conceituais que favoreçam ações refletidas e planejadas, ainda que permeadas pelo dinamismo das questões fluidas e imprevisíveis que frequentemente compõem as ações cotidianas nestes serviços.

Contribuições e interesse da comunicação: colaborar para o aperfeiçoamento da práxis teórico-metodológica iniciada na formação acadêmica e desenvolvida na trajetória profissional de atuação em serviços substitutivos de Saúde Mental como os CAPS.

Integração ensino e serviço entre o curso técnico em enfermagem os serviços de saúde.

Ariane Gonçalves de Oliveira, Alisson Araujo², Liliane Consolação Campos Ribeiro³, Universidade Federal de São Paulo², Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri³, João del-Rei - UFSJ, Brasil.
arianeg.oliveira@yahoo.com.br

O presente estudo tem por objetivo conhecer a Integração Ensino e Serviço entre o curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - IFNMG e os serviços de saúde do município de Januária, MG.

Objetiva ainda identificar os facilitadores e dificultadores desse processo, e propor ações para a melhoria da integração ensino-serviço nos cenários de aprendizagem de práticas supervisionadas no município.

Apesar das várias conquistas alcançadas ao longo dos anos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na consolidação do SUS, cenário no qual surgem discussões sobre a formação dos profissionais de saúde.

Tal formação apresenta como um desafio a necessidade de integração entre ensino e serviço. Alguns estudos mostram que os cursos e os serviços de saúde nem sempre trabalham de forma integrada. Nessa formação, é imprescindível conhecer o processo de trabalho e construir um currículo que reflita a integralidade das ações de saúde no campo de ensino de pessoal técnico, de forma a minimizar a dissociação entre a teoria e a prática.

Nesse contexto entende-se que a integração ensino-serviço tem potencial de contribuir nas relações entre as instituições de ensino e as estruturas de gestão local do SUS. A integração exige uma prática pedagógica, nos serviços reais do sistema de saúde, que favoreça o encontro de diferentes atores para que a proposta seja construída coletivamente, a fim de atender diferentes demandas da academia e serviço, contextualizadas com as necessidades de saúde da população e com as diretrizes e princípios do SUS.

Portanto, o presente trabalho levanta o seguinte problema: Como acontece a integração ensino-serviço entre o Curso técnico de Enfermagem do IFNMG e os serviços de saúde do Município de Januária-MG?

A pesquisa trata-se de estudo de abordagem qualitativa, e como instrumento de coleta de dados foram realizados grupos focais com os sujeitos: enfermeiros supervisores dos serviços de saúde que se constituem cenário de práticas, e docentes e discentes do curso técnico em enfermagem do IFNMG. Foram observados preceitos éticos, sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer consubstanciado número 1.388.370.

Os grupos focais foram realizados no ambiente de trabalho dos profissionais, e no caso dos discentes, no campo de prática atual dos mesmos. Foram incluídos nos estudos todos os docentes do Curso Técnico em Enfermagem que supervisionam estágio curricular obrigatório no município há no mínimo seis meses; enfermeiros dos cenários de prática do referido curso que estejam no serviço há no mínimo seis meses; discentes que estivessem no último campo de estágio (hospital).

Para a realização dos grupos, fez-se contato inicial com os todos os sujeitos para exposição do projeto, objetivos e metodologia a ser utilizada, e disponibilidade. Após aceite, foi convite impresso para lembrar data, horário e local, bem como a importância da participação do mesmo. Nos grupos com os discentes e docentes, houve quase total adesão dos convidados. Já no grupo com enfermeiros assistenciais, a adesão foi mínima, mas houve representatividade dos três cenários de práticas: instituições asilares, Estratégia Saúde da Família e Hospital Municipal de Januária.

Os resultados preliminares mostram que a integração ensino serviço no município de Januária é incipiente. Como ponto dificultador desse processo, o tema predominante na fala dos grupos foi a escassez de recursos materiais e precária estrutura dos serviços de saúde do município. Os discentes relatam que por esse motivo, muitas vezes a prática vivenciada no estágio não condiz com a teoria aprendida em sala de aula. Como facilitador foi apontado boa interação entre equipe dos serviços de saúde, docentes e discentes do curso. Todos os grupos apontaram como sugestão de melhoria diálogo entre os gestores dos serviços de saúde e da instituição de ensino.

O estudo já contribuiu para a reflexão por parte dos sujeitos participantes sobre a necessidade do diálogo para a efetivação da integração ensino e serviço. Espera-se ainda que ao final do presente estudo seja possível elaborar ações, documentos ou até mesmo políticas públicas municipais que favoreçam melhorias nos serviços de saúde prestados a comunidade, bem como promover a revisão do projeto político pedagógico do curso técnico em Enfermagem quanto a Integração Ensino e Serviço.

Sessão 6

Sala 6

Tema: Formação profissional: experiências em diversos cenários

Moderador: Edna Maria Goulart Joazeiro – Brasil

Orientações Curriculares e Consolidação do SUS nas Graduações em Saúde da FCE.

Adriana Modesto de Sousa e Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Universidade de Brasília, Brasil.
anairdamodesto@gmail.com

Uma das celeumas que circundam as práticas profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS diz respeito ao suposto distanciamento entre a rotina do trabalho e as diretrizes que orientam a formação destes profissionais. Princípios doutrinários do SUS não raras vezes são postos em xeque pelos usuários do Sistema.

Diante destas possibilidades indaga-se se os profissionais de saúde estão realmente familiarizados com as diretrizes do SUS no que diz respeito ao perfil desejado para o exercício de seu ofício. Pretendeu-se neste estudo analisar se as políticas de saúde e o SUS têm ocupado espaço nos conteúdos formativos dos cursos de graduação em saúde. O espaço da pesquisa foi a Faculdade de Ceilândia - FCE, unidade acadêmica da Universidade de Brasília - UnB. Esta veio em atenção ao reclame da comunidade local por ensino superior público sendo priorizada a formação em saúde em função da carência destes profissionais na região. A partir da adesão da UnB ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI voltado para a renovação pedagógica e ratificação do compromisso social, foram criados novos *campi*, dentre os quais a FCE. Tratou-se de estudo exploratório tendo como interesse as graduações da FCE. O método utilizado foi a análise documental a partir de fontes secundárias: Projetos Pedagógicos de Curso - PPC, estrutura curricular e ementas de disciplinas e Projeto Político Pedagógico - PPP da FCE. Consorte foram levantadas referências acerca dos temas: orientações curriculares e fundamentos de educação, diretrizes do SUS e políticas de saúde. Os dados foram extraídos de documentos oficiais impressos ou disponíveis em sítios institucionais no âmbito local e Federal. Embora qualitativo o estudo também contou com aporte estatístico. Os Planos de Análise observaram: seleção das disciplinas obrigatórias e disciplinas obrigatórias dos cursos de graduação que tratam especificamente do SUS e/ou políticas de saúde. Para a identificação elegeu-se descritores que remetiam a referências implícitas e/ou explícitas ao SUS. Os achados revelaram uma realidade local, não podendo ser extrapolada para outros contextos universitários uma vez que as Instituições de Ensino Superior - IES gozam de autonomia, embora todas tenham como referenciais as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN da área de formação. Destaca-se que no contexto da formação continuada dos recursos humanos pertencentes ao SUS já há uma tentativa de corrigir alguma defasagem justificando este estudo. Os resultados revelaram que as diretrizes do SUS e políticas de saúde estão presentes nos PPC e em ementas de parte das disciplinas obrigatórias. Neste último caso observando a seguinte proporção em créditos apurada a partir de estatística descritiva: Terapia Ocupacional - 15,29%, Saúde Coletiva - 43,02%, Farmácia - 8,10%, Enfermagem - 26,92% e Fisioterapia - 15,23%. Faz-se a ressalva ao curso de graduação em Fonoaudiologia em razão da criação *a posteriori* dos demais cursos e a prevalência das temáticas do SUS no curso de Saúde Coletiva justificada por sua vocação para os serviços de saúde pública. Tendo em vista os achados observou-se a possibilidade de aproximação dos discentes com as temáticas pertinentes ao SUS e/ou políticas de saúde por meio de arcabouços teóricos/práticas/vivências no contexto do Sistema e/ou a presença destas temáticas na ementa de disciplinas obrigatórias e/ou PPC dos cursos de graduação da referida Faculdade, porém alerta-se que esta situação não implica, necessariamente, na garantia de que o “fazer em saúde” estará em sinalizado que os conteúdos formativos das graduações reservam espaço para as temáticas do SUS reitera-se a necessidade de uma abordagem significativa. Neste sentido convém resgatar quais sejam as competências do professor universitário e seu papel (inclusive político) para a materialização de um novo fazer pedagógico e a qualificação de um profissional atento aos anseios do SUS e da sociedade. Entende-se que para uma apreciação mais robusta careceria a realização de novos estudos, inclusive, tratando do *currículo oculto*. Embora não se constituído como matéria direta do estudo há uma justificada preocupação acerca do papel estratégico ocupado pelo corpo docente. Por constituir-se como um dos sujeitos do processo ensino-aprendizagem, não se pode perder de vista a necessidade da reflexão acerca da forma com que os docentes são selecionados para o exercício da profissão, assim como quais sejam as competências e habilidades requeridas destes e o domínio de dos fundamentos andragógicos. Ressalta-se que, também em contexto futuro, o levantamento das temáticas elencadas por alunos egressos em trabalhos de conclusão de curso pode revelar em que medida o SUS e as políticas de saúde têm sido alvo de interesse dos pesquisadores estimando uma contribuição a curto, médio e longo prazos.

Disponibilidade e formação continuada de profissionais de saúde nas regiões de Saúde de Norte - Barretos e Sul - Barretos .

Liza Yurie Teruya Uchimura, Ana Luiza d'Ávila Viana, FMUSP, Miriam Regina de Souza, Paulo Seixas, FCMSC-SP, Ana PSala Chancharulo Pereira, FMUSP e Paulo Henrique dos Santos Mota, FSP-USP, Brasil.
lytuchimura@gmail.com

Introdução: A disponibilidade de profissionais de saúde apresenta-se como um dos fatores essenciais ao complexo cenário da regionalização. O balanço na distribuição dos profissionais entre as regiões é condição destacada pelos gestores como essencial para a efetivação de um sistema público de saúde democrático, equitativo e eficiente (FONSECA, SEIXAS, 2002). Ao mesmo tempo, o arcabouço federativo brasileiro e fragilidade das políticas públicas para o planejamento da força de trabalho em saúde (FTS) são dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a partir do Pacto de Gestão, em 2006, que foram definidas estratégias específicas para ampliar o planejamento de recursos humanos na saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011). A pesquisa “Política, Planejamento e

Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” avalia como a regionalização melhora o acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços de saúde no Brasil.

Objetivo: Diagnosticar e analisar a existência do processo de formação continuada e recursos humanos suficientes nas regiões de saúde Norte - Barretos e Sul - Barretos (São Paulo, Brasil).

Métodos: Estudo quantitativo realizado nas regiões de saúde Norte - Barretos e Sul - Barretos, com questionário semi-estruturado da dimensão estrutura para gestores e prestadores, tanto municipais quanto regionais, em agosto de 2015. Foram realizadas frequências simples e relativas das 42 entrevistas realizadas.

Resultados: Segundo os entrevistados, o processo de formação continuada dos profissionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) existe para todas as categorias profissionais, entretanto para os enfermeiros, dentistas e profissionais de nível médio com maior frequência (80%), quando comparado com os outros profissionais de nível superior e para os médicos (60%). Na Rede de Urgência e Emergência (RUE) o processo de formação continuada não ocorre para médicos, dentistas e outros profissionais de nível superior. E, na Atenção Primária à Saúde (APS) o processo de formação ocorre para todas as categorias profissionais, sem distinção. Em relação à suficiência dos recursos humanos nas RAS, há 60% do preenchimento do quadro geral para os enfermeiros e outros profissionais de nível médio, entretanto, para os médicos, dentistas e profissionais de nível médio há apenas 40% de recursos humanos suficientes para respectivas categorias. Especificamente na RUE a falta de médicos continua como problema (22%), sendo única categoria profissional com quadro insuficiente nos serviços de urgência e emergência. Na APS a falta de profissionais é ainda pior, pois não ocorre somente para a categoria médica (29,4%), mas também para enfermeiros (41,2%), outros profissionais de nível superior (29,4%) e, também, para profissionais de nível médio (29,4%). Os dentistas foram os únicos profissionais citados com quadro suficiente na APS (47,1%). Na Vigilância em Saúde a ausência de profissionais específicos também foi referido para médicos epidemiologistas (25%), sanitaristas (25%), inspetores sanitários (25%) e agentes de endemias (25%), tendo suficiência somente os codificadores de causa básica (50%) e digitadores para os sistemas de informação (75%).

Considerações Finais: O processo de formação continuada para os profissionais ainda precisa ser aprimorado para todas as categorias, porém principalmente na RUE das regiões Norte - Barretos e Sul - Barretos (SP). Há deficiências no quadro geral de profissionais, principalmente de médicos tanto na RAS, RUE e APS. Além disso, a Atenção Primária em Saúde apresentou deficiências importantes em relação à suficiência de recursos humanos em todas as categorias profissionais demonstrando uma falha na organização deste nível de atenção. Concluímos que a insuficiência de profissionais e capacitação ainda é deficiente e políticas de planejamento de recursos humanos devem ser aprimoradas nestas regiões.

Aprendendo a ser preceptor em programas de residência multiprofissional em saúde no Brasil – trabalho prescrito e realizado em movimento .

Ananyr Porto Fajardo e Ricardo Burg Ceccim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
aportofajardo@gmail.com

Objetivos da investigação: A pesquisa buscou conhecer a “atividade” no trabalho de preceptores em um programa de residência multiprofissional em saúde, tendo em vista os entrecruzamentos ensino / assistência / pesquisa. Especificamente, objetivou enunciar o movimento de deslizamento e recriação entre trabalho prescrito e realizado, o confronto com as normas antecedentes e as renormalizações decorrentes, os fazeres-saberes em ato e o conseqüente uso de si por si entre estes trabalhadores.

Contexto e descrição do problema: O trabalho contemporâneo em saúde no Brasil vem sendo ampliado, abrangendo atendimento, ensino-aprendizagem e pesquisa no mesmo cenário e junto a sujeitos igualmente implicados – trabalhadores das equipes, pacientes/usuários, preceptores e estudantes/residentes. Almejando conhecer a atividade dos preceptores, cuja formação de origem deu-se em um contexto uniprofissional e que agora se encontram com a experiência em serviço e em equipe multiprofissional, este estudo investigou como eles, graduados em currículos fragmentados, organizados por disciplinas e com pouco acesso a conteúdos pedagógicos, atuam em um programa de residência multiprofissional integrada em saúde. O contato permanente e instigante com os residentes, jovens profissionais em formação, marca a jornada da preceptoria.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados: A investigação foi realizada em um complexo hospitalar público, composto por unidades de internação, atenção básica e ambulatorial especializada e subespecializada. Os participantes eram trabalhadores oriundos de nove profissões atuantes em três áreas de especialidade. A abordagem qualitativa, apoiada na ergologia, foi desenvolvida mediante a resposta a questionários individuais e participação em grupo focal. Dentre um total de 46 preceptores, que acompanhavam 64 residentes de 1º ano e 62 de 2º ano de núcleos profissionais variados, 32 aceitaram o convite para participar.

Resultados e discussão: A atividade da preceptoria ultrapassa fronteiras entre profissões e disciplinas do conhecimento, sendo diferente do trabalho originalmente prescrito na atenção à saúde, que é limitado por habilitações legais e fronteiras profissionais. Possui valores não dimensionáveis, pois aprendizagem, comunicação e troca interpessoal não podem ser mensuradas pelos critérios vigentes de registro. As expectativas expressas pelos preceptores estão em assincronia com o que a instituição de saúde proporciona aos seus protagonistas no âmbito do trabalho, originando renormatizações cotidianas, trabalho vivo em ato e “desinstitucionalização” das normas antecedentes. A memória corporal dos preceptores é permeada pela vivência como estudante do campo da saúde, pela lembrança de professores com visão unidimensional de conteúdos e técnicas e, em alguns casos, pela própria experiência como residente. O uso de si por si e por outrem fica evidente nas manifestações de esgotamento e de proatividade, de sofrimento e de conquistas, de submissão e de transgressão. A atividade da preceptoria é permeada pela (re)criação, proporcionando que o possível seja encarado como potência rumo ao avanço, não como limitação.

Contribuições e interesse para práticas atuais: Conhecer a realidade do trabalho docente em serviço no campo da saúde no Brasil permite identificar necessidades de educação permanente dos trabalhadores na atividade e de aumento do número de profissionais para alcançar uma proporção aceitável entre aqueles que prestam cuidado e os que se dedicam à docência. Também evidencia porosidades entre a aparente rigidez de habilitações profissionais específicas e registros mensuráveis e novas configurações transitórias e demarcações singulares de relação entre sujeitos com a atividade. Além disso, o contexto relatado proporciona a compreensão de que o cotidiano de trabalho dos preceptores é variado e intensivo nas distintas especialidades e profissões implicadas. A “atividade” se desprega do prescrito, movimentando pessoas, realidades e saberes.

Horário: 13.15 - 14.15

Pausa almoço

Horário: 14.15 - 17.30

SESSÃO POSTER I

1. Gammagrafía cerebral de receptores con ioflupano: uso y comparación con algoritmos diferente de evaluación semicuantitativa.

Attilio Montanari, Massimo Fringuelli, Giorgio Ascoli, Angela Bacchiocchi e Giovanni Mazzoni, Università Politécnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italia.
attiliomontanari@libero.it; corso.laurea.tsrm@univpm.it

INTRODUCCIÓN: cada vez más la evaluación cualitativa de las imágenes producidas después de la gammagrafía se asocia a la aplicación de algoritmos capaces de cuantificar la captación a cargo de las áreas implicadas por el estudio. El presente trabajo ha entonces analizado y comparado, en el ámbito de la gammagrafía cerebral de receptores con ioflupane, tres distintos algoritmos de evaluación semicuantitativa: el prototipo de aplicación interno al Departamento de Medicina Nuclear de los hospitales de Ancona llamado *DAT-Software*; el software producido por la Universidad de Genova *BASAL GANGLIA MATCHING TOOLS* y finalmente *DaTQUANT*, comercializado por General Electric Medical System (GE).

OBJETIVOS: el propósito del estudio ha sido doble; por un lado subrayar por cada aplicación fortalezas y debilidades que el médico puede evaluar en el acercamiento a este método; por otro lado indicar de modo esquemático y ordenado cada etapa de la elaboración con estas tres aplicaciones, de modo que sea reproducible a los colegas que se acercan a esta metódica.

MATERIALES Y MÉTODO: se ha realizado una gammagrafía cerebral con cámara gamma Infinia 2[®] GE después de inyectar el radiofármaco Ioflupane a una muestra de 50 sujetos que han iniciado sesión en el Departamento de Medicina Nuclear de los hospitales de Ancona a cumplimiento de la diagnóstica diferencial de los problemas de movimiento. La muestra, seleccionada según un criterio temporal, se compone de 26 hombres y 24 mujeres entre los 47 y los 87 años (edad promedio calculada: 70 años). Acabado el examen las imágenes producidas por el estudio se han inicialmente elaborado en forma estándar orientando el plano orbitomeatal en las secciones transaxiales y aplicando la "GE COL" (color scale). La evaluación del dato cualitativo estandarizado, junto con el análisis del historial médico remoto-próximo y de los informes del examen objetivo de cada paciente, ha permitido a un equipo formado por un médico nuclear y un médico internista de clasificar los pacientes en dos grupos (gold standard): uno formado por 38 sujetos con evidente degeneración del sistema nigro estriado; el otro formado por 12 sujetos con un sistema al parecer íntegro. La distribución generada ha sido averiguada gracias a la comparación con las imágenes y los resultados obtenidos con la elaboración de los tres algoritmos del estudio. Por esta razón se han buscado, en la literatura científica y en los manuales aplicativos de cada software, los valores de *cut off* de cada uno de estos (SBR= Specific Binding Ratio, CPR= Caudate-Putamen Ratio, índices de asimetría de cada núcleo caudado y putamen entre hemisferio cerebral derecho e izquierdo). Finalmente ha sido posible comparar los resultados del análisis semicuantitativo obtenidos de las elaboraciones con la división clínica y diagnóstica efectuada anteriormente. Por cada algoritmo además se ha confrontado: la capacidad de proporcionar una imagen de la captación a cargo del sistema nigroestriado de calidad elevada; el método y la precisión con que cada algoritmo hallaba y rodeaba las áreas de interés (ROI) y por último la posibilidad, ofrecida por las aplicaciones, de relacionar el valor semicuantitativo de captación con la edad del sujeto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: el estudio ha evidenciado como ninguno de los algoritmos analizados ha sido capaz de proporcionar, solo, una completa y correcta información diagnóstica al médico especialista. Se ha demostrado que *DAT-Software* es adecuado y seguro para un análisis que se limite al ámbito cualitativo de la captación mientras que no es igualmente seguro en la ejecución del análisis semicuantitativo. Se ha averiguado en cambio que hoy en día la unión de las imágenes y de los valores de análisis semicuantitativo proporcionados por la aplicación *DaTQUANT* junto a aquellos correctos para la edad propuestos en el gráfico del BASAL GANGLIA MATCHING TOOLS resulta ser la metodología de elaboración más segura y completa para poder realizar un buen encuadre diagnóstico.

2. Aseguramiento de la calidad en el tratamiento radioterápico con técnica VMAT.

Angela Bacchiocchi, Stefania Maggi, Vittoria E. Morabito, Attilio Montanari e Giovanni Mazzoni, Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italia. angi.bacchiocchi@gmail.com

INTRODUCCIÓN: En los últimos años el desarrollo tecnológico ha permitido el empleo de máquinas capaces de suministrar la dosis de modo muy conforme al objetivo. Estos aparatos, que hoy en día han entrado en la práctica clínica, permiten la ejecución de técnicas que se pueden considerar entre las más avanzadas y eficientes en la Radioterapia. En el ámbito del programa de garantía de calidad (Quality Assurance) se han elaborado los procedimientos específicos para la validación y el control de la técnica VMAT sobre el acelerador lineal 21 EX Varian (nombre comercial: RapidArc™). Además se han realizado controles dedicados a las componentes mayormente implicadas de la máquina y a los procedimientos de verificación pre-tratamiento del paciente.

OBJETIVO: Dada la elevada complejidad de las tecnologías en juego y la necesidad de una optimización de los tratamientos radioterápicos, el estudio ha tenido un doble objetivo: primero, la verificación de la corrección y de la confiabilidad de un programa de Quality Assurance capaz de garantizar la seguridad del paciente; segundo, hacer el protocolo reproducible a los operadores que se enfrentan con esta reciente técnica.

MATERIALES Y MÉTODO: Primero se ha ejecutado la verificación del cuidado del MLC (colimador multiláminas) dinámico usando el protocolo ya en vigor en el Departamento de Radioterapia de los "Ospedali

Riuniti” de Ancona. Se ha controlado el correcto posicionamiento de las laminillas, sus reproducción, la estabilidad de la velocidad, el efecto de la gravedad en el posicionamiento. Además se ha realizado el análisis del File de Log y del DLG (Dosimetric Leaf Gap). Tras averiguar que los resultados conseguidos entraran en las tolerancias propuestas por las directrices (AAPM 25 e 40, AIFS etc.), se ha pasado a los controles específicos de la técnica VMAT erogados con técnica de rotación usando planes preparados específicamente por Varian. El test *Garden Fence* se utiliza para controlar el cuidado del posicionamiento de las laminillas en modalidad dinámica: la radiación ha sido erogada con velocidad del gantry y dose rate constante, mientras las laminillas, que también se mueven con velocidad constante, se paran a intervalos equidistantes, formando una peculiar imagen (“pattern”). Desde una inspección visual de estas imágenes ha sido posible constatar errores de posicionamiento de las laminillas mayores o iguales que 0,5 mm, que corresponde a la tolerancia del test. El test para el cuidado del *Dose Rate* y *Gantry Speed* ha sido realizado adquiriendo una imagen portal de tipo integrated (SDD=100cm) en que el MLC se mueve hasta formar 7 distintas bandas. A cada banda le corresponde una fracción de arco en que el dose rate y velocidad del gantry son diferentes, pero elegidas de manera que eroguen la misma fluencia por grado. Desde la comparación de los niveles de dosis en las 7 bandas del imagen, ha sido posible evaluar el cuidado del movimiento del gantry en materia de velocidad y el cuidado con que la máquina podía controlar las variaciones de dose rate. Finalmente se han colocado en una tabla los resultados del análisis cuantitativo realizado en las imágenes, usando el software *Offline Rewiew* di ARIA® Oncology Information System;; ambas la diferencia porcentual de las bandas y la diferencia relativa al promedio de los valores absolutos. En el último test se ha verificado el cuidado de la velocidad del MLC; este tipo de control se ha realizado como el anterior, pero formando 4 distintas bandas. A cada banda le corresponde una fracción de arco en que la velocidad del gantry es constante y cambian dose rate y velocidad de las laminillas. La variación es tal que eroga la misma fluencia por grado en cada banda. Desde la comparación de dosis en las 4 bandas de la imagen ha sido posible evaluar el cuidado de variación de la velocidad de las laminillas. También para este control se han colocado en una tabla los valores del análisis cuantitativo de las imágenes: ambas la diferencia porcentual de las bandas y la diferencia de los promedios de los valores absolutos.

CONCLUSIONES: El conjunto de las indicaciones otorgadas por Varian, las directrices propuestas por la literatura científica y la experiencia cotidiana cumplida en el estudio, han permitido crear un programa de Quality Assurance completo de tolerancias y periodicidad aconsejadas, capaces de satisfacer el criterio de seguridad y útiles para empeñar “slot” temporales a la máquina más veces posible. La experiencia llevada al cabo, que ha exigido una profundización de los temas desarrollados y de los aspectos físico-dosimétricos de las problemáticas, ha por lo tanto evidenciado como la competencia y el cuidado en la conducción de las pruebas por parte del TSRM, en colaboración con el Físico Médico, son elementos esenciales y determinantes para la ejecución del tratamiento radiante. Además se ha demostrado que las pruebas realizadas en la máquina permiten aprobar o menos la idoneidad de la misma máquina a ejecutar los tratamientos VMAT, mientras que las pruebas efectuadas sobre cada paciente determinan la posibilidad de hacer el tratamiento.

3. Tradução, Adaptação Cultural e Validação do Questionário Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-89) para a População Portuguesa.

Claudia Santos e Anabela Almeida e Luíza Rosado, Faculdade de Ciencias Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, Portugal. claudia.a.santos@gmail.com

Introdução: A epilepsia é uma das doenças mais comuns e graves do cérebro, pode ocorrer em todas as idades e manifestar-se de variadas formas e com causas distintas (Duncan et al. 2006). Estima-se que em Portugal haja cerca de 50 mil habitantes com epilepsia (Lopes Lima 1998), sendo que grande parte dos doentes se encontram em idade activa, é evidente a necessidade do controlo das crises. A avaliação do impacto da doença na qualidade de vida do indivíduo, assim como as consequências do seu tratamento, é uma condição fundamental para uma boa orientação do doente, podendo desta forma potenciar o seu bem-estar (Kilian, Matschinger, & Angermeyer 2001).

Metodologia: Depois de autorizado pelos autores do questionário original, foram feitas duas traduções para a língua portuguesa por dois tradutores bilingues independentes de língua materna Portuguesa. As duas traduções foram analisadas e comparadas, tendo dado origem a uma versão síntese. Posteriormente, foram feitas duas retrotraduções por outros dois tradutores bilingues, cuja língua materna é a do questionário original. Todas as versões foram analisadas por uma Comissão de Especialistas. As alterações propostas foram ajustadas e deram origem à versão pré-final do questionário. Esta será aplicada a 30 doentes seguidos na

Consulta de Epilepsia do Centro Hospitalar Cova da Beira para testar a compreensão dos itens, ou seja, a validade do instrumento [procedimentos metodológicos baseados nas recomendações de Beaton (2000)]. Posteriormente, será aplicado a 500 doentes com Epilepsia cujo recrutamento está em fase de resolução. Segundo Pestana & Gageiro (2005) o mínimo de questionários válidos será de 445.

Resultados Esperados e Conclusões: Espera-se que a viabilização deste questionário permita uma melhor percepção das dificuldades e necessidades dos doentes com epilepsia, assim como dos factores relacionados com a doença que mais impactam no seu quotidiano (Devinsky et al., 1995).

Será possível articular o apoio dos serviços de saúde e dos seus profissionais para uma gestão mais adequada dos recursos disponíveis potenciando assim ganhos em saúde (“Plano Nacional de Saúde” 2012), pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (OMS, 2000).

4. **Análise das características e dos preceitos normativos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras.**

Adriana Modesto de Sousa e Natan Monsores de Sá, Universidade de Brasília, Brasil.

anairdamodesto@gmail.com

O estudo abordou a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Brasil. Para subsidiar a análise das características e preceitos normativos inerentes à referida Política, foram recrutadas letras normativas antecedentes percebidas como complementares, revisão da literatura pertinente às Doenças Raras - DR, Políticas Públicas e Advocacia em Saúde, compondo o marco conceitual do estudo. A seleção desta Política deu-se em razão de sua iminente construção, possibilitando perscrutar também os processos que a orientaram, assim como o perfil dos *stakeholders* envolvidos. Sua análise abre precedentes para que outros estudos venham ratificar/refutar sua efetividade e/ou que seu processo construtivo possa servir de inspiração para a elaboração de outras políticas, tendo em vista a verificação de uma forte participação social respaldada por elementos constituintes da Advocacia em Saúde. O Objetivo do estudo foi analisar as características e preceitos normativos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Tendo em vista o referido anseio, foram estabelecidos como parâmetros os elementos percebidos como essenciais na construção e dinâmica de gestão de uma política de saúde. Ressalta-se que a preocupação com as DR têm sua gênese na indústria farmacêutica com a produção de drogas órfãs numa perspectiva mais econômica do que a atenção às necessidades do segmento populacional. O nicho das DR não é rentável para a indústria farmacêutica fazendo com que sejam necessários estímulos estatais compensatórios para a realização de pesquisas com vias a produção de medicamentos específicos. No Brasil a composição da Política das DR foi tangenciada por dilemas de ordem econômica, desenvolvimento tecnológico e ético. Caráter *suis generis* parece ser a tônica das DR passando pela construção da categoria à força observada junto aos movimentos sociais, capazes de mobilizar a sociedade, contando, inclusive, com o aporte das redes sociais. Assim, a discussão em torno de sua Política previu aspectos como o social assistencial, educacional e econômico. Para a apreciação da Política careceu elencar o que seja uma política pública e os atores envolvidos em sua construção, os *stakeholders*, assim como o conceito de Advocacia em saúde remetente à defesa de interesses e engajamento ativo. Ressalta-se que as diretrizes da Política contemplaram linhas de cuidados e procedimentos a serem incorporados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Utilizou-se abordagem qualitativa com o aporte da análise documental. Para analisar as características e preceitos normativos da Política das DR foram elencadas as variáveis: definição de objetivos (finalidades) da política; construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas; desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes; construção oficial de arenas, canais e rotinas no âmbito dos processos decisórios; assimilação, contraposição e/ou compatibilização com demais projetos sociais em curso; desenvolvimento, reprodução e a transformação de marcos institucionais, que representam o resultado de referenciais valorativos, políticos e organizacionais e econômicos, que permeiam, sustentam a política e interligam ativamente o sistema de proteção social; e, a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social. Os resultados revelaram que a Política apresenta dependência com letras normativas antecedentes e concorrentes. Observa-se a necessidade do estabelecimento do binômio saúde/educação em atenção às especificidades a atenção voltada para o segmento assim como a formação profissional já municiada destas competências e habilidades com vias ao serviço. A literatura revelou lacunas existentes na oferta dos serviços no contexto brasileiro anterior à promulgação da Política, assim

indaga-se acerca da capacidade de cada um dos entes da Federação de implantação das unidades especializadas e de referência em contextos já diversificados conforme orientação. A condição de diagnóstico de DR ainda habita terreno nebuloso, mesmo no âmbito estatal, o que faz com que seja ainda produto de pleito por parte dos doentes: adequações laborais e aposentarias especiais. Ressalta-se que o estudo não pretendeu esgotar a discussão em torno da Política, outrossim fomentar a reflexão no que se refere à clareza dos objetivos e metas, adequação e previsibilidade de recursos, estratégias de implementação, divisão de atribuições, características organizacionais e posicionamento dos atores sociais.

5. O que dizem as comunicações científicas que enfocam o papel da escola e dos/as professores/as na discussão do uso racional de medicamentos?

Nelson Júnior e Jackson Ronie Sá da Silva, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil.
nelsonjuniorstz@hotmail.com

Esta pesquisa versa sobre o Uso Racional de Medicamentos (URM) discutido dentro do contexto escolar. Essa proposta é construída sobre a ótica de um marco teórico educacional que proporcione uma discussão sobre a promoção da saúde na escola, a partir de uma leitura crítica e problematizadora, tomando como base, principalmente, a teoria materialista histórico dialética para elucidar alguns conceitos e termos que relacione essa discussão com outro modelo de saúde, educação e comunicação.

Enxergamos a complexidade do tema Saúde a partir de uma perspectiva transformadora em que os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos devem ser o pano de fundo do processo saúde-doença. Principalmente, por se tratar de temas que as instituições sociais com lógica positivista insistem em segregar. Entretanto, precisamos realizar enfrentamentos discursivos e problematizadores que, se possibilitados dentro da sala de aula, cumprem um papel de extrema importância na educação transformadora.

Segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, a faixa etária mais atingida é a de crianças menores de cinco anos a qual representa 27,78% dos casos. Entre jovens de 15 e 19 anos, 2.510 casos foram registrados nessa faixa etária. Afirma-se que pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são feitos através da automedicação, indicação e aquisição em farmácias por conta própria. Um estado preocupante!

Nesse sentido, neste trabalho apresenta-se em abordagem qualitativa em formato de pesquisa documental sobre o tema do uso racional de medicamentos a partir da análise de comunicações científicas que enfocam a participação da escola e dos professores e professoras nessa discussão.

A perspectiva teórico-metodológica adotada tem como perspectiva de discussão a ação crítica e problematizadora do materialismo histórico dialético. A intenção desta problematização é contribuir na discussão de construção de uma visão de saúde dentro da escola que aborde os determinantes sociais que envolvem o uso racional de medicamentos.

Dentro desse marco conceitual objetivou-se: 1) Compreender o conteúdo das comunicações científicas que enfocam o papel da escola e dos professores e professoras na discussão do tema uso racional de medicamentos; 2) Caracterizar o papel da escola como espaço preventivo quando o tema for o uso racional de medicamentos. Para isso, as comunicações científicas foram estruturadas e analisadas a partir da construção de duas categorias gerais: 1) Comunicações científicas que não enfocam o papel da escola e dos/as professores e professoras no uso racional de medicamentos e 2) Comunicações científicas que enfocam o papel da escola e dos/as professores e professoras no uso racional de medicamentos.

Obtivemos como resultado, nas comunicações científicas analisadas que não incluem nem a escola e nem as/os professoras/professores como sujeitos dessa discussão, o tema do uso racional de medicamentos é apresentado sobre os preceitos do modelo curativista de saúde. Tiveram significativa importância e foco na abordagem das comunicações: a farmácia; o balconista; o médico e o farmacêutico, além do *marketing* e toda sua estratégia educacional. Dessa forma identificamos que a escola e as/os professoras/professores são excluídos ou invisibilizados do processo de promoção da saúde.

Nas comunicações que incluem a escola e as/os professoras e professores, destacamos os documentos governamentais que apresentam uma proposta de inclusão desses elementos, mas com limitações e com visão restritiva sobre a escola na abordagem de temas em saúde, como o uso racional de medicamentos. Os documentos analisados também demonstraram que o processo educacional ainda está muito relacionado com o modelo biomédico predominante. A partir dos documentos analisados chegou-se à compreensão de que o uso racional de medicamentos e a relação com o ensino, a escola e os/as professores/as é uma temática que ainda precisa ser problematizada com maior aprofundamento na escola e precisa aparecer de forma mais concreta, com propostas que incluam projetos e didáticas de inserção do tema nos currículos.

Portanto, a inserção de temas como o uso racional de medicamentos no currículo das séries iniciais deve ser baseada em aspectos que: enfoquem a prevenção e o uso indevido de medicamentos; relacionem ao trabalho que será desenvolvido no currículo alguns princípios: envolvimento e adequação às especificidades do grupo, a ação prolongada e multidimensional e à adequação do trabalho em relação ao percurso cognitivo das crianças das séries iniciais.

É fundamental que tenhamos no centro da discussão os determinantes sociais envolvidos na temática e que de fato, muitas das vezes a escola é vista somente como um espaço que deva ser preenchido, mas na verdade, precisa ser enxergada como um local de promoção da saúde e da prática do uso racional de medicamentos.

6. A interface do Serviço Social na Saúde e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Flávia Aparecida Squinca e Jozieli Maria Sousa Barros, Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília, Brasil. joselinaasousa@gmail.com

O contexto de transformações socioeconômicas do final do século XIX e início do XX faz parte da história do Serviço Social que é uma profissão regulamentada desde 1957 no Brasil. Os assistentes sociais, conforme são denominados os profissionais graduados em Serviço Social, têm sua atuação laboral amparada pelo Código de Ética que apresenta os princípios norteadores dos processos de trabalho e os preceitos deontológicos. Para tal exercício profissional, é obrigatório o registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do estado de atuação que está diretamente ligado ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), órgão competente por disciplinar e defender a categoria no território profissional. Historicamente, o exercício profissional do Serviço Social insere-se no processo de produção capitalista com o intuito de intervir com resolutividade na superação das assimetrias das desigualdades sociais decorrentes da contraditória relação entre capital-trabalho, categorizadas pelo campo acadêmico como “questão social”. Para além da lógica da “ajuda por preceitos morais ou religiosos” ou da “caridade” ou da “filantropia”, atribuída à prática profissional dos assistentes sociais. Nesse sentido, os profissionais de Serviço Social articulam a prática cotidiana ao entrelaçamento das dimensões social, econômica e política que repercutem na garantia, na manutenção e no exercício pleno dos direitos humanos e de cidadania, os quais são inerentes a um estado democrático. Sobretudo, os assistentes sociais buscam a partir da mediação profissional empoderamento dos sujeitos para exercício da autonomia perante essas dimensões. O objetivo deste trabalho foi analisar a interface entre o processo de atuação dos profissionais de Serviço Social na saúde com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUDBH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) de 2005. Foi realizada uma pesquisa documental com base no Código de ética do/a Assistente Social, registrado na Resolução do CFESS nº 273 de 13 de março de 1993 e na DUDBH. Os direitos humanos, um dos princípios do Serviço Social, tem seu marco com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento da Organização das Nações Unidas (ONU), ratificado pelos países signatários, que elenca os preceitos fundamentais que devem ser inerentes aos homens. Tal documento, publicado após a Segunda Guerra Mundial, traz a dignidade como direito essencial dos seres humanos, bem como o reconhecimento aos fundamentos da liberdade, da justiça social e da paz na comunidade internacional. Assim, os direitos humanos consolidam-se a priori com indivíduos livres e iguais desde o nascimento. Em 2005, a UNESCO, por meio da estados-membros, aprovou a DUDBH. A concepção de bioética que norteia esse documento de referência internacional, conforme o artigo 1º: “trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais”. Por essas questões bioéticas relacionadas aos direitos humanos fazerem parte do escopo de intervenção do Serviço Social, uma profissão da saúde. O dever da defesa intransigente dos direitos humanos no contexto sociocultural, político e econômico traz a consonância entre os processos de trabalho do Serviço Social na Saúde com a DUDBH. Ademais, os princípios da igualdade, justiça, equidade, não-discriminação e não-estigmatização, liberdade e autonomia que fundamentam o Código de ética do/a Assistente Social e a DUDBH são essenciais para desenvolvimento de competências dos/as assistentes sociais que têm como atribuição profissional a intervenção no processo saúde-doença no âmbito hospitalar, bem como o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Nesse sentido, torna-se urgente a incorporação do referencial teórico-conceitual da bioética as Diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social.

7. Coordinación de la Atención entre Niveles Asistenciales en la Red de Servicios de Salud de Veracruz, Veracruz, México.

Angélica Cisneros Luján, G.Riande Juárez, V. González Rojas e M. García Medina, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México. cisneluj@hotmail.com; isp@uv.mx

Objetivo: Conocer la percepción que los profesionales de salud tienen sobre la coordinación y la calidad asistencial en la red de servicios de salud de Veracruz, Veracruz, México, como parte de la primera etapa del proyecto Equity-LA II, que contempla los resultados del estudio de línea base*.

Planteamiento del problema: México no está exento de la fragmentación de los servicios de salud, la cual afecta la coordinación entre niveles y la calidad de los servicios. Esta investigación responde a la necesidad de generar conocimientos regionales sobre la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con pacientes crónicos pluripatológicos, donde se observa un mayor impacto de los problemas de coordinación, pues requieren la atención de múltiples profesionales de la salud y el tránsito por los distintos niveles de atención a lo largo de su vida.

Metodología: Estudio que combina métodos cualitativos (entrevistas y grupos focales) y cuantitativos (encuestas) desarrollado en la red de servicios de salud de Veracruz, Veracruz, cuya área de influencia es la zona urbana de este municipio, con 15 centros de salud de primer nivel y dos hospitales, uno de segundo y uno de tercer nivel. En el estudio cualitativo, se realizó una muestra teórica conformada por cuatro grupos: profesionales de primer nivel; de segundo y tercer nivel; mandos medios; y personal administrativo y paramédico. Se realizaron 26 entrevistas individuales y 7 grupos focales. La información se categorizó en coordinación de la información, gestión clínica y administrativa. Se utilizó el programa Atlas.Ti para el análisis de datos. En el apartado cuantitativo se realizó un estudio observacional, transversal, mediante la aplicación de un cuestionario (COORDENA-MX) a médicos de atención primaria (AP) y de atención especializada (AE), con al menos tres meses de antigüedad en el puesto y que tuvieran contacto con otro nivel de atención. El tamaño de muestra fue de 180 médicos, con muestreo multi-etápico. Se realizó un análisis descriptivo de datos con SPSS 23.

Resultados: Coordinación de la información.

En el estudio cualitativo, la transferencia de información entre médicos de AP y de AE fue deficiente, pues se limita al formato de referencia y contrarreferencia (RyCR); además, la información no se usa adecuadamente por incongruencia o ilegibilidad.

En cuanto al estudio cuantitativo, el 66% de los encuestados mencionó que nunca o pocas veces existe intercambio de información entre médicos. El mecanismo de coordinación más conocido fue la RyCR (99%), con un bajo porcentaje de CR recibidas en AP (6%).

- Coordinación de la gestión clínica.

En el estudio cualitativo, el médico de AP es reconocido en ambos niveles como responsable del seguimiento del paciente, sin embargo, no siempre puede realizarlo. En cuanto a la coherencia en la atención no siempre hay acuerdos entre médicos de ambos niveles, además destacaron dificultades de acceso a la AE.

En el estudio cuantitativo, el 84% de los médicos de AP mencionaron que son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles, contrario a la opinión de los de AE, que los conciben así en un 29%. Los médicos de AP siempre o muchas veces están de acuerdo con los tratamientos de los médicos de AE (63%), y los de AE únicamente en un 15% con los de AP. La mayoría de los encuestados (53%) mencionó que cuando el paciente es derivado a AE espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.

- Coordinación administrativa.

En el estudio cualitativo, los circuitos administrativos establecidos no siempre se cumplen y los mecanismos de coordinación implementados (formato de RyCR, reuniones de RyCR, enlaces) no funcionan adecuadamente. La programación previa de la consulta se da a través de la Jurisdicción Sanitaria.

En el estudio cuantitativo, el 48% de los médicos de ambos niveles consideran que los directivos nunca o pocas veces facilitan la coordinación.

Conclusión: Los profesionales de la salud en la red de estudio perciben múltiples factores que generan problemas de coordinación entre niveles, los cuales afectan la calidad de la atención e impiden el funcionamiento adecuado de la estrategia de RISS.

Temas a discutir: Percepción de los profesionales de la salud sobre coordinación de la atención.

8. A inserção do cuidado à pessoa com deficiência na rede de atenção à saúde bucal: perspectivas e desafios.

Ana Lúcia Ferreira de Mello, Eliana Edi de Bastos, Heloisa Godoi, João Carlos Caetano e Mirelle Finkler, Renata Castro, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. alfm@terra.com.br; ana.mello@ufsc.br

O trabalho teve como objetivo analisar a implantação do cuidado às pessoas com deficiência à Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) da região de saúde da Grande Florianópolis/SC. Foram considerados para tal, a identificação dos pontos de atenção à saúde bucal inseridos à rede, a dinâmica utilizada para referência destes pacientes aos diversos níveis de atenção, bem como os entraves para implantação de práticas de cuidado na RASB. A constituição de uma rede de serviços inclusiva, acolhedora, humanizada, despreconceituosa e corresponsável pelo cuidado, configura um desafio constante ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os números relacionados às pessoas que convivem com dificuldades funcionais são significativos tanto mundial quanto nacionalmente. Em Santa Catarina, o quantitativo de pessoas que apresentam alguma deficiência, entre auditiva, visual, motora, e mental ou intelectual, chega a 21% da população total, de acordo com o censo realizado no ano de 2010. Soma-se a esse número as desigualdades que estes cidadãos enfrentam como menores taxas de escolaridade, emprego e rendimentos, quando comparados ao restante da população e por possuírem dificuldades de acesso aos serviços e a outras oportunidades às quais possuem direito. Desta forma, adequar os sistemas de saúde ao conceito de inclusão representa uma necessidade atual. No Brasil, a instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limites, o qual objetiva melhorar o acesso e qualificar o atendimento a este nicho da população no âmbito do SUS, representa um grande passo à inclusão social e à integralidade do cuidado. Realizou-se um estudo quantitativo e exploratório em 17 municípios que integram a região de saúde da Grande Florianópolis. Os dados primários foram coletados por meio de um questionário autoaplicável, enviado aos coordenadores de saúde bucal, ou a um profissional indicado por estes, e os dados secundários foram obtidos nos sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (DATASUS). Os dados foram analisados descritivamente por meio de distribuição de frequência. Como resultados, constatou-se que a implantação do cuidado às pessoas com deficiência na rede de atenção à saúde bucal da região em estudo apresenta-se em estágio incipiente e aponta fragilidades no reconhecimento da população alvo pelas equipes das unidades de saúde, o que dificulta o planejamento das ações e dimensionamento dos serviços de saúde e saúde bucal. Também foram identificados entraves na integração entre os níveis de complexidade, demonstrando descompasso entre as pactuações firmadas e as referências utilizadas pelos profissionais para garantir a continuidade do cuidado, principalmente no que concerne a atenção hospitalar, a qual está limitada ao município de Florianópolis. Outro valor dado a alta complexidade, apresentado pelas demandas de pacientes com deficiências e compartilhado entre profissionais e usuários, sobrecarrega a referência a este nível de atenção. Além disso, o monitoramento da atenção à saúde bucal voltada a estes pacientes na atenção primária apresenta obstáculos devido ao instrumento de registro ser restrito à atenção especializada, assim como há desafios para superar um modelo de atenção pouco resolutivo e consolidar o modelo de atenção à saúde bucal centrado em princípios de vigilância à saúde. No entanto, parcerias e contratualizações firmadas entre o sistema público de saúde e instituições voltadas ao atendimento de pacientes com deficiência, bem como a implantação do primeiro Centro Especializado em Reabilitação no município de Florianópolis, são ações que apontam para o delineamento da inserção do cuidado à saúde bucal para a pessoa com deficiência. Este trabalho contribui para a operacionalização de uma rede de cuidados inclusiva ao realizar diagnóstico das ações e serviços de saúde bucal voltados ao paciente com deficiência no contexto de uma região de saúde e apresentar pontos positivos e óbices que requerem discussão, planejamento e superação com vistas a qualificação do sistema público de saúde.

9. Importância dos Cuidados Alternativos na Rede de Saúde Pública.

Thereza Cristina Souza Mareco e Silvia Maria Ferreira Guimarães, Universidade de Brasília, Brasil. thereza.csm@hotmail.com

No universo da classe popular a figura do terapeuta popular é de suma importância, pois, percebi-se que, primeiro, esgotam-se as práticas terapêuticas populares para, posteriormente, irem em busca dos cuidados médicos oficiais. Mulheres que centralizam o cuidado no grupo doméstico podem ser analisadas como

terapeutas populares que conhecem o corpo dos seus entes em suas totalidades ou a partir de contextos mais amplos, sabem realizar o cuidado de si e de seus familiares no que concerne o que vai além do saber de cuidado da medicina oficial. Portanto o objetivo do trabalho é mostrar como é realizado o cuidado que a mãe terapeuta popular tem perante seus filhos e quais são as suas práticas de cuidado. A metodologia utilizada no trabalho foi marcada pela abordagem qualitativa e utilização da etnografia com o objetivo de conhecer as singularidades do objeto estudado, buscando conhecer todo o processo terapêutico usado, do diagnóstico, passando pelas decisões tomadas e indo até a interação com o serviço público de saúde. Foram realizadas entrevistas abertas, mantendo um diálogo sobre temáticas centrais relativas ao tema proposto, durante as entrevistas foram utilizados gravadores para que nada fosse perdido, lembrando que todas as entrevistas foram posteriormente transcritas. Como resultado foi encontrado que as mães terapeutas populares primeiramente esgotam as suas práticas de cuidados para assim buscarem a medicina nos serviços públicos de saúde. Observou-se que o cuidado é transmitido entre gerações de mulheres e entre uma rede feminina de cuidado, que inclui além dos familiares pessoas próximas como as vizinhas e amigas. As mães terapeutas populares também fazem uso de remédios caseiros, lembrando que as questões religiosas como benzenções são bem vindas e utilizadas nessas práticas, sabendo definir o que é uma doença simples de uma grave e quando devem levar os seus entes ao médico. Sendo ressaltado que as práticas terapêuticas populares são passadas de geração à geração aonde os mais velhos repassam os seus conhecimentos para os mais jovens e assim permanecem com as suas redes de cuidados familiares. Contudo, as mães terapeutas populares não compartilham seus conhecimentos com os profissionais da saúde o que está diretamente ligado ao medo da não aceitação por parte da classe médica. As tomadas de decisões dessas mulheres revelam que as políticas e os serviços de saúde devem empoderar essas mulheres e promoverem sua autonomia nesse processo de decisão. Portanto, é notória a importância de o setor saúde estar atento sobre as formas de cuidado realizadas em ambiente familiar, devendo existir uma relação horizontal entre pacientes/cuidadores e profissionais da saúde, visando o bem estar individual e coletivo.

10. Défendre les records de la Région des Marches: un défi à relever à travers l'innovation, les services de santé et l'Europe.

Frida Paoletta, Regione Marche italia

11. Gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde: interconexão na rede da atenção primária e psicossocial.

Maria Salete Bessa Jorge e Fernando Sérgio Pereira de Sousa, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

INTRODUÇÃO: A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde implica numa estratégia tecnológica para a reorganização das práticas para a promoção da autonomia, com ênfase na centralidade dos usuários e na consolidação das Redes de Atenção Integral à Saúde no SUS. O debate sobre a gestão como uma estratégia de cuidado na atenção primária e sua conexão com a psicossocial tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários, particularmente aqueles que participam das instâncias de controle social, seja em nosso país, ou no âmbito internacional. Os olhares, as prioridades e as estratégias propostas para a melhoria da qualidade guardam relação direta com o papel e a inserção de cada sujeito na gestão participativa e, em particular, na produção do cuidado no processo de trabalho em saúde.

OBJETIVO: Avaliar os processos de trabalho das equipes da atenção primária e saúde mental, com ênfase na interlocução com a gestão do cuidado.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo avaliativo, participativo e pautado numa abordagem construtivista. Foi realizado no município de Fortaleza-CE, especificamente nas seis áreas administrativas das Secretarias Regionais (I, II, III, IV, V e VI) junto às coordenações de saúde mental e atenção primária. Os participantes foram os trabalhadores de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) e gerentes dos serviços. Para a coleta de dados foram utilizadas as técnicas: a entrevista em profundidade e grupo focal. O tratamento do material empírico será orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas, narrativas focais e observações. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Revela-se que a gestão do cuidado é reconhecida pelos profissionais e gestores como uma tecnologia capaz de favorecer transformações na melhoria do processo de trabalho no sistema de saúde. Porém, no cotidiano dos serviços de saúde o cuidado é realizado pautado não numa gestão e sim em atitudes individuais realizadas por profissionais que dificilmente se comunicam e se articulam, são pautadas num olhar burocratizado, setorializado e cristalizado em ações clínicas para os sinais e sintomas biológicos, em detrimento de uma gestão sistêmica que sinaliza para um cuidado coletivo, ampliado e fundamentado em técnicas de cuidado intersubjetivas. Consoante se depreende, há uma busca constante dos formuladores de políticas, gerentes e dos trabalhadores que compõe o sistema de saúde da atenção primária e saúde mental em realizar ações de cuidado no intuito de (re) estruturar uma rede assistencial em saúde pautada na lógica da integralidade. Pois além das regularidades sistêmicas, seria útil pensar a gestão do cuidado que resultasse na integralidade da atenção buscada pelas pessoas, por tudo o que se observa até agora, como fruto de uma incontável rede de encontros. Nessa trajetória, percebe-se que o processo das ações da gestão em saúde do município em análise tem ocorrido muitas vezes de forma descontextualizado e descaracterizado, fazendo um movimento com múltiplas contradições, dilemas, tensões e conflitos.

CONTRIBUIÇÕES: Disparar nos formuladores de políticas públicas em saúde que é imprescindível o esforço no sentido da organização dos processos de trabalho, em função da produção do cuidado como finalidade da gestão em saúde. Imprimir um panorama situacional da saúde e assim a partir das fragilidades e desafios evidenciados, discutir a efetivação de projetos tecnológicos inovadoras em saúde capazes de modificar as práticas dos trabalhadores de saúde; reordenar fluxos assistenciais existentes nos serviços ofertados ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS); priorizar a gestão participativa na elaboração das políticas públicas de saúde nas regiões de saúde e nas articulações com a construção de redes de atenção à saúde.

12. Projetos de lei de iniciativa popular no Brasil: a participação da sociedade no período 2011 a 2015.

Ivan Pricken De Bem, Maria Célia Delduque e Sandra Mara Campos Alves, FIOCRUZ, Brasil.

Ivan.prodisa@gmail.com

A participação social na produção legislativa brasileira é uma possibilidade garantida constitucionalmente. Para a iniciativa de leis, a população interessada tem três caminhos a seguir: apresentar um projeto de lei nos moldes constitucionais; apresentar projeto de lei por associação civil à Comissão de Legislação e Participativa da Câmara dos Deputados ou, apresentar, mesmo que individualmente projeto de lei à Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal. Foi levantado na base de dados das duas casas legislativas os projetos de lei considerados de iniciativa popular na área da saúde, a fim de conhecer os projetos, seu conteúdo material e tramitação. No período estudado, foram encontradas um total de 1838 proposições sobre saúde, apenas 10 integraram o critério da iniciativa popular. Os assuntos dos projetos de lei oriundos da sociedade abordaram diversos temas desde álcool e drogas até a regulamentação de novas profissões de saúde. Concluiu-se que apesar de garantido constitucionalmente, o instrumento da iniciativa popular em saúde ainda é pouco utilizado no Brasil e não se vislumbra um apoio parlamentar para tais iniciativas.

13. A utilização de casos traçadores na avaliação da coordenação do cuidado para idosos.

Ruth da Conceição Sacco e Patrícia Maria Fonseca Escalda, Universidade de Brasília, Brasil.

ruth.sacco1@gmail.com

As necessidades de saúde de indivíduos idosos são específicas e requerem que a atenção esteja estruturada de forma hierarquizada e regionalizada, seguindo os princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa organização necessita de equipe interdisciplinar, que atue com comunicação adequada, seguindo protocolos e fluxos de referência e contrarreferência, de modo a se obter a integralidade da atenção. Nesse sentido, as equipes sediadas na atenção básica são as responsáveis pela coordenação do cuidado e por orientar a trajetória assistencial do idoso na rede de serviços de saúde. Entretanto, a coordenação de cuidados ao idoso, assim como as de outros ciclos de vida, por vezes possui fragilidades nos processos do trabalho da equipe nem sempre percebidas nas avaliações.

A Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, identifica a organização de redes de atenção à saúde como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população e determina que a atenção básica deve cumprir algumas funções para

contribuir com o funcionamento destas redes, dentre elas “coordenar o cuidado” (Ministério da Saúde, 2011). Cita, ainda, que é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como discussão e análise de “casos traçadores”.

Casos traçadores são estudos de casos representativos, que podem ser identificados retrospectivamente como marcadores para analisar processos de cuidado e permitem examinar “em situação” as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos, como os da saúde, que envolvem autonomia dos profissionais (SILVA *et al*, 2010). Para a autora, na cena concreta, expressam-se valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente são captados numa entrevista (quando geralmente se fala do “dever ser” - e não do que realmente é - ou de como cada um interpreta a cena vivida - sem expressar necessariamente os conflitos). Essa metodologia envolve análise de prontuário, entrevista com membros da equipe no serviço e também com os usuários e familiares, possibilitando um processo de análise da atuação da equipe.

Assim, esse estudo tem os objetivos de compreender a técnica de “casos traçadores” e de apresentar sua viabilidade enquanto ferramenta possível de ser utilizada na avaliação de processos de trabalho relacionados à coordenação de cuidados para idosos.

Foi realizada revisão narrativa de literatura, na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se as palavras-chave: estudo de caso, rede de assistência à saúde do idoso, e atenção à saúde, no período dos últimos 5 anos. Observou-se em artigos, dissertações e teses que os “casos traçadores” vêm sendo utilizados à semelhança de estudos de caso (já amplamente utilizados no campo social), para analisar fluxos de trabalho em saúde, inclusive na avaliação de ferramentas de microgestão, que envolve a elaboração do plano de cuidados individualizado e a utilização de instrumentos tais como: gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e listas de espera. Geralmente a equipe de saúde aponta 3 (três) casos significativos do perfil do serviço (caso traçador), que tenha gerado satisfação ou desconforto aos atores envolvidos, preferencialmente um caso típico, um caso de sucesso e um caso de tensão. A análise individualizada e profunda dos casos permite verificar a produção do cuidado em saúde, por meio de diálogo com os atores envolvidos (trabalhadores de saúde, paciente e/ou cuidador e gestores), apontando o caminho trilhado pelo usuário na rede de atenção à saúde. Assim, os “casos traçadores” mostram-se como ferramenta útil na identificação de processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde de atenção ao idoso e pode contribuir com a reflexão crítica e o aprimoramento dos fluxos processuais e aplicação adequada de protocolos com vistas à integralidade da atenção.

14. Educação a Distância na gestão da saúde: um estudo sobre a evasão.

Thais Paulo Teixeira Costa e Janete Lima de Castro, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.
thais.paulo@hotmail.com

No cenário, confuso e instável, duas palavras se destacam: Inovação e Tecnologia. Contudo, reconhecendo-se a educação como o combustível da tecnologia (TOFLER, 1999), ilumina-se o seu papel na Sociedade do Conhecimento e da Informação, ressaltada por Castells (2003). Este trabalho parte do pressuposto de que inovação, tecnologia e educação estão intrinsecamente relacionados no contexto da sociedade contemporânea. Esse pressuposto foi a linha que teceu a rede de construção, fundamentos e conclusões do trabalho agora apresentado. Assim, no mundo, em que, segundo Tofler (1999, p. 44), o indivíduo precisa “se tornar infinitamente mais adaptável e capacitado do que antes”, esta pesquisa defende que a associação da educação às novas tecnologias da informação e da comunicação (NTIC) potencializa possibilidades para a criação de novos e diferentes ambientes de aprendizagem, tendo em vista atender às exigências de uma sociedade em constante mudança e com fortes exigências relacionadas à qualificação dos seus profissionais. No contexto do Sistema Único de Saúde as exigências por capacitações tendo em vista o melhor desempenho da força de trabalho é cada vez mais constante. A Educação a Distância (EaD) tem emergido como uma estratégia para atender a essas demandas. Todavia, um percentual significativo de alunos que desistem dos cursos. Por que? Essa é a pergunta central deste trabalho que teve o Curso Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizado na modalidade de educação a distância, como objeto de estudo.

As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados : Tendo como base as reflexões de Belloni (2012), Castro *et al* (2013) e Alves *et al* (2004), esta pesquisa coloca em foco o seguinte questionamento: quais são os motivos da evasão na EaD?

Este é um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa de campo foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015. Foram considerados sujeitos da pesquisa os alunos que estão ativos no curso e aqueles que fizeram a inscrição no curso e o iniciaram; todavia, não estão frequentando o ambiente virtual. Foram excluídos os candidatos que fizeram matrícula, porém, nunca acessaram a plataforma virtual de aprendizagem.

Resultados e Discussões: A literatura demonstra (Santos et al, 2008) que vários são os motivos apontados como justificativas para a evasão dos alunos nos cursos realizados a distância. Todavia, muito poucos se referem ao funcionamento do curso. De acordo com os autores, a evasão ocorre, principalmente, por questões pessoais, envolvendo falta de tempo para se dedicar às atividades do curso, problemas de saúde e não adequação ao modelo de aprendizagem utilizado na educação a distância. Os achados desta pesquisa não diferem dos autores citados. Foi identificado que a sobrecarga de trabalho e as questões familiares são fatores que influenciaram a decisão de o aluno evadir-se do curso. *“Não consegui estudar e trabalhar. Tentei no início, foi até possível, o serviço tinha menos atividades. Mas com o aumento de produção ficou impossível. (Aluno desistente do CGTES/EaD)”*. A educação do trabalhador tem sido uma demanda constante ao setor saúde. No entanto, as condições precárias de trabalho deste setor, necessitam de uma formação cada vez mais ampliada, advindo a super qualificação ou formação profissional ampliada, que tem como caminho o modelo de competência. A falta de apoio das instituições empregadoras também foi destacada como um fator que desmotivou a permanência do aluno no curso: *“A prefeitura tinha dito que liberaria algumas horas para fazermos as atividades do curso, mas na hora de liberar, não liberaram. Então, o horário que sobrou pra fazer era a noite e quando eu chegava em casa tinha muitas coisas para fazer. Não houve incentivo da prefeitura. (Aluno desistente do CGTES/EaD)”*. Diante desses comentários, percebe-se a importância da articulação entre a instituição empregadora do aluno e a instituição responsável pelo curso, tendo em vista garantir condições mínimas para que o aluno se capacite usando poucas horas do seu trabalho. Considerando que a boa qualificação da força de trabalho tem reflexos na melhoria dos serviços ofertados pela instituição, acredita-se que o tempo gasto com os processos de capacitação não será tempo desperdiçado. Ademais, em se tratando de educação a distância, significa dizer que esse tempo pode ser perfeitamente organizado de forma que não prejudique o desenvolvimento do trabalho.

15. Acessibilidade arquitetônica em ambiente hospitalar: conforto e cuidado ao paciente e trabalhador.

Camila Goulart Joazeiro e Anita Zimmermann, UNICAMP, Brasil. Camila.goulart24@gmail.com

Objetivo: identificar a acessibilidade ideal para a recepção do hospital]: O perfil epidemiológico da população brasileira está marcado pela presença de significativo número de pessoas com deficiência e de uma ampliação do envelhecimento populacional nos próximos dez anos, implicando na necessidade de priorizar a acessibilidade nas instituições sanitárias, especialmente, nos hospitais. Isso porque nesse espaço transitam segmentos de população portadora de agravos à saúde e, tendencialmente, com limitação à mobilidade definitiva ou temporária.

O total de população de países, como Bélgica, Brasil, Canadá, Espanha, França, Itália e México correlacionado com a população portadora de algum tipo de deficiência (OMS, 2012), indica a relevância dessa temática nos diferentes cenários.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população de países desenvolvidos são constituídas por pessoas com algum tipo de deficiência, e nos países em desenvolvimento este percentual sobe para 12 a 15% da população, 1.481.060.890 da população global. No Brasil, segundo o Censo do IBGE (2010), observa-se que há uma população de aproximadamente 200.400.000 habitantes, destes, 23,91%, ou seja, 46.092.000 pessoas apresentam algum tipo de deficiência, sendo que quase a metade dessa população é prejudicada pela falta de acessibilidade. Nessa cifra, não estão contabilizadas as pessoas que apresentam alguma deficiência temporária.

Nosso estudo se propôs analisar se as barreiras arquitetônicas em ambiente hospitalar tem sido objeto de estudo na literatura acadêmica, mediante consulta a base de dados Scielo, Bireme e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações como o uso do descritor “barreira” e “acessibilidade” evidenciou que a questão da acessibilidade em ambiente hospitalar tem tido reduzida preocupação nos estudos da área.

O planejamento correto de um hospital é feito através de projeto arquitetônico que viabilize um ambiente acessível. Mediante esse estudo prévio a arquitetura hospitalar contribui para evitar a presença de barreiras arquitetônicas criando assim um diferencial para a organização. Do ponto de vista da arquitetura e do

hospital, falar em acessibilidade significa referir-se a possibilidade e a condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, dos espaços mobiliários e equipamentos urbanos das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicações, por pessoas deficientes e/ou com limitações (GODOY et al., 2000) e (ABNT 9050, 2004).

Segundo a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo cerca de “38% das unidades da rede municipal são acessíveis. Nas demais, quando o paciente não tem condições de acessar o local, um profissional o atende no andar inferior”. É comum encontrar situações como esta no cotidiano dos profissionais da saúde, onde as demandas físicas exigidas pela atividade laboral são enormes. Esse tipo de barreira arquitetônica, muitas vezes impede ou dificulta a livre circulação das pessoas, e cria obstáculos à produção do cuidado, impondo limites aos pacientes e ampliando as dificuldades para o trabalhador.

A mídia tem enfatizado essas barreiras presentes no cotidiano de profissionais de saúde, dentre elas se destacam atividades de condução de paciente em cadeira de rodas ou macas. Dificuldades de movimentação e inadequação dos espaços públicos e das edificações oferecem riscos, sendo a acessibilidade parte integrante da ergonomia na perspectiva de adaptar o trabalho ao homem. Para evitar esse tipo de inconformidade há dispositivos legais, legislações e normas que asseguram o direito das pessoas com deficiência.

No Brasil, o Decreto Federal 5.296/2004, estabeleceu que desde 3/12/2008 todas as edificações de uso público e uso coletivo, devem ser acessíveis. Contudo há ainda um grande percurso para que esta acessibilidade se consolide para além da lei e se efetive na realidade dos equipamentos sanitários, especialmente, nos hospitais. Mas é com o Decreto 6949/09, que o Brasil, como signatário da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30.03.2007 que o país assume a responsabilidade de efetivar a referida acessibilidade. Nessa perspectiva, se determina a necessidade da atualização da acessibilidade em hospitais, ambulatorios, clínicas particulares e laboratórios, possibilitando ao eficiente a inclusão e a utilização do Sistema de Saúde.

Bitencourt, presidente da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH) afirma que “é preciso entender que proporcionar condições de acessibilidade a todos os usuários dos espaços de saúde, elevando o nível de usabilidade, não se trata de um favor ou benesse, mas sim, de um direito fundamental que é o respeito à dignidade humana. A utilização plena dos edifícios pelas pessoas com mobilidade reduzida sejam os pacientes e seus acompanhantes, sejam os profissionais de saúde, não deve ser vista como algo especial, mas, sim, como um direito universal”.

A acessibilidade no espaço público significa não apenas permitir que pessoas com necessidades especiais ou mobilidade reduzida possam participar de diversas atividades, mas sim, representa a inclusão e a extensão do uso à todas os segmentos da população. Entendemos ser urgente a necessidade de revisão de políticas de promoção de saúde, educação e planejamento urbano que visem melhorar as condições de acessibilidade em espaços públicos, especialmente em áreas hospitalares.

16. Composição interna e dinâmica regional de força de trabalho da atenção básica de saúde no Brasil.

Marselle Nobre Carvalho, Regina Célia Rodrigues Gil, Márcia Hiromi Sakai, Ester Okamoto Dalla Costa e Silvana Nair Leite, Universidade Estadual de Londrina, Brasil. marsellecarvalho@gmail.com

O relatório “A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária”, de 1987, realçou alguns dos obstáculos para a consolidação da universalização da cobertura e da garantia de equidade das ações de saúde na construção do SUS: a distribuição geográfico-social e institucional dos RHCs, que concentrava 56% dos empregos na região Sudeste e apenas 20% na região Nordeste; a desigualdade das condições de inserção no mercado de trabalho (segmentação); a formação e a preparação dos recursos humanos; a composição das equipes em que 60 a 70% do pessoal ocupado nos estabelecimentos de saúde eram médicos e atendentes; e a valorização do profissional. Desde os anos 90, o SUS é o componente público do sistema de saúde brasileiro, com mais de 60% dos estabelecimentos de saúde do país, atendendo aproximadamente 80% da população e absorvendo em torno de 80% da força de trabalho, o que representa quase 2 milhões de empregos. A rede do SUS é o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. Este estudo tem como objetivo descrever a composição interna e a dinâmica regional da força de trabalho das unidades básicas de saúde, por meio das ocupações cadastradas no CNEC. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, sobre a composição interna e distribuição regional da força de trabalho em saúde cadastrada nos estabelecimentos de saúde da atenção básica do SUS, do tipo UBS, no período de 2008 a

2014. Os dados secundários foram coletados nos meses de dezembro de 2014 a janeiro de 2015, do CNES, acessado *online* no portal do Departamento de Informática do Ministério da Saúde - DATASUS (www.datasus.gov.br). Os dados obtidos foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel® e analisados basicamente por meio de frequências (absoluta e relativa), razão populacional e taxa de crescimento bruto no período. Entre 2008 a 2014, a população brasileira passou de 189.614.814 para 202.799.518 habitantes (taxa de crescimento de 7%), e as UBS passaram de 30.157 em 2008 para 35.0182 unidades em 2014, com taxa de crescimento de 17% no período. Entre os trabalhadores de nível superior, enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas são as três categorias profissionais hegemônicas na atenção básica do SUS. Contudo, nutricionistas e fisioterapeutas apresentaram as maiores taxas de crescimento entre 2008 e 2014 (148% e 108%, respectivamente), embora representem apenas 3% e 5% do total da força de trabalho com formação superior. Os técnicos ou auxiliares de farmácia estão entre os trabalhadores de nível médio que mais cresceram no período analisado (239%), embora representem apenas 3% da força de trabalho com esse tipo de formação, que, por sua vez, é predominantemente composta por auxiliares (46%) e técnicos de enfermagem (35%). Além disso, os auxiliares de enfermagem tiveram crescimento negativo de -27% no período analisado, com a perda de aproximadamente 10.000 postos de trabalho. Já os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ocupavam 94% dos postos de trabalho do nível elementar e apresentaram taxa de crescimento de 18% no período analisado. A dinâmica da distribuição regional da força de trabalho das UBS pode ser analisada por meio do número bruto de trabalhadores cadastrados (N) e da razão populacional (Rp) dos trabalhadores por 1.000 habitantes. O primeiro indicador aponta os postos de trabalho ocupados e, portanto, as categorias profissionais ou ocupações são hegemônicas, e o segundo permite fazer comparações e identificar iniquidades regionais. Embora hegemonicamente composta por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, regionalmente as profissões de nível superior se distribuem de forma variada. A razão populacional por 1.000 habitantes de assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos é melhor na região Sul, enquanto que os farmacêuticos possuem a pior densidade por 1.000 habitantes na região Nordeste. Entre os trabalhadores de nível médio e elementar, a região Sudeste conta com 01 auxiliar de enfermagem e 05 ACS para cada 1.000 habitantes. Vale destacar a presença de parteiras nas regiões Norte e Nordeste. A força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil expandiu e se diversificou na última década. Com relação aos trabalhadores com formação superior, o modelo médico centrado tem se deslocado gradualmente e timidamente para um modelo multiprofissional, a partir da atualização da Política de Nacional Atenção Básica (PNAB), com ênfase a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Embora a razão populacional entre os profissionais de nível superior apresente relativo equilíbrio regional, há evidente concentração geográfica de trabalhadores dos níveis médio e elementar, especialmente de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde na região Sudeste

Horário: 14.15 - 15.45 Sessões paralelas

Sessão 7

Sala 1

Tema: O trabalho como espaço de formação dos profissionais para o sistema de saúde (2)

Moderador:

Distribuição da oferta de formação na modalidade Residências Multiprofissionais em Saúde frente às desigualdades regionais brasileiras.

Lidiane de Freitas Sarmiento Tânia França e Kátia Rejane de Medeiros, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Brasil. lidianefsarmiento@gmail.com

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) constituem-se como programas de formação na modalidade pós-graduação *lato sensu* caracterizados por ensino em serviço. Instituídas no Brasil em 2005, têm como objetivo a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, baseada no trabalho em equipe interdisciplinar, na atenção integral à saúde e na adequação às necessidades locais regionais brasileiras (BRASIL, 2005; LOBATO, 2010). A fim de analisar a distribuição dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde nas diferentes regiões brasileiras, foi realizada uma pesquisa documental exploratória através de portarias de homologação publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) em conjunto com o Ministério da Educação (MEC). As portarias estudadas apresentam os programas de RMS aprovados para financiamento pelo MS no período de 2010 a 2015.

O cenário brasileiro atual caracteriza-se pelas extremas desigualdades na concentração e oferta de serviços de saúde, representadas pela saturação de profissionais de saúde nas grandes cidades e regiões mais ricas do país, e situações de extrema privação em regiões remotas, pobres e periféricas (CAMPOS, 2009). Outras situações além da oferta de profissionais, como os meios de transporte das regiões periféricas, os custos de deslocamento e adequação do perfil epidemiológico ao local, apresentam-se como fatores que influenciam o acesso da população aos serviços de saúde (MACIEL FILHO, 2007). A iniquidade na distribuição regional da oferta de cursos de graduação na área da saúde também contribui com este quadro. Em 2010, a região Sudeste era responsável por 46,5% dos cursos existente no país, e a região Norte por apenas 7,3%. Neste mesmo ano, a região Centro-Oeste ofertava 8,9% de cursos de graduação em saúde e as regiões Nordeste e Sul 18,5%. (INEP, 2012). Esta intensa concentração geográfica dos profissionais e dos serviços oferecidos dificulta a concretização dos princípios que regem o SUS, particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à descentralização (MACIEL FILHO, 2007).

A distribuição desigual da oferta de formação em saúde foi observada também nos cursos de residência. Através da análise das portarias pôde-se observar uma concentração de programas na região Sudeste, com 148 programas aprovados, representando 46,3% de todos os programas que foram selecionados no período estudado. Em todos os anos analisados esta região apresentou o maior número de projetos apresentados nas portarias.

Apesar das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste serem consideradas pelo MS como prioritárias para financiamento de RMS, apenas a região Nordeste apresentou um número expressivo de programas, logo atrás da região Sudeste, com 20,6% de todos os programas selecionados no período. A região Sul foi a terceira mais representativa com 18,8% dos programas de residência aprovados. As regiões Norte e Centro-Oeste foram as que menos tiveram projetos homologados, representando, respectivamente, apenas 10% e 4,4% de todos os programas ofertados no período.

A desconcentração de programas de residência multiprofissional no Norte, Centro-Oeste e Nordeste vai de encontro à disparidade entre oferta e demanda, tanto do setor educacional quanto do modelo assistencial, presente nessas regiões, realçando os desequilíbrios regionais tanto para a abertura de vagas para a formação como de postos de trabalho. Esta realidade, difícil de ser modificada a curto e médio prazo está diretamente relacionada ao perfil heterogêneo da conformação do país, decorrente de sua extensa área geográfica, da densidade populacional, das diferenças no desenvolvimento econômico, entre outros aspectos (PIERANTONI, 2003).

Diante desta conjuntura, as ações voltadas para o provimento e fixação de profissionais de saúde de forma a favorecer, para toda a população, o acesso com qualidade aos serviços de atenção à saúde tornam-se fundamentais (BRASIL, 2012). A formulação de políticas regulatórias visando aberturas de vagas para graduação e especialização que considerem as necessidades de saúde da população configura-se como uma dessas ações. Tendo como um de seus eixos norteadores a descentralização e a regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde, as RMS se apresentam como uma proposta de formação com potencial para fixação de profissionais em regiões onde há restrição de oferta de serviços de saúde, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades. Portanto, tal modalidade de formação pode constituir-se como potente estratégia desde que esta tenha uma distribuição espacial mais equânime (OLIVEIRA, 2009).

A Educação Permanente e o espaço do trabalho como possibilidade de transformação e ação profissional do trabalhador do SUS.

Maria Aparecida Dias, Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar e Hanany Silva de Oliveira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. cidaufn@gmail.com

Objetivos: Analisar a percepção dos trabalhadores da saúde sobre a Educação Permanente; Identificar os projetos de intervenção apresentados como TCC da Especialização de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde na região Centro-Oeste do Brasil, que apresentaram como foco a Educação Permanente (EP);

Analisar os projetos de intervenção direcionados a EP;

Contexto e descrição do problema: De acordo com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200, compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. A EP foi instituída pela Portaria GM/MS nº198 de 13 de fevereiro de 2004 e posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, a qual dispõe as diretrizes para a implementação da Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde. O Ministério da Saúde entende EP como sendo: “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EP se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2007). Nesta direção, consideramos o trabalho como um espaço de formação.

Assim, a partir do curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, protagonizado pela UFRN em parceria com o Ministério da Saúde, oferecido e executado na região Centro-Oeste do Brasil, desenvolvemos esta pesquisa delimitando não somente a importância da Educação Permanente para o trabalhador da Saúde, como também, procuramos identificar e analisar os Projetos de Intervenção.

Teorias, métodos, modelos, materiais utilizados: A tese sobre a EP e seus desdobramentos no ambiente profissional já é reconhecidamente importante para os profissionais da área da Saúde, em especial os que atuam no SUS, reconhecendo a importância da formação para a ação profissional. O tema da EP e o Projeto de intervenção apresentados como TCC, foram objetos de discussão, investigação e intervenção em curso já referendado anteriormente. Os dados que se referem à percepção dos alunos quanto a EP, foram coletados em um fórum de discussão que abordou esta temática. Os dados que favoreceram nossos questionamentos quanto aos projetos de intervenção, foram coletados no Ambiente Virtual do Curso para onde os projetos de intervenção foram enviados. No fórum foram postadas 237 falas sobre a temática em questão e a identificação e análise de 10 TCCs que trataram da EP. A interpretação das informações coletadas foi fundamentada na análise documental e na abordagem sociológica denominada de cartografia simbólica das representações sociais proposta pelo autor Boaventura de Souza Santos que possibilita o estudo de uma realidade, tendo como referência os mapas em sentido metafórico.

Resultados e discussões: Os resultados apontam que todos os participantes da discussão, no fórum, reconhecem a importância da EP para a ação do trabalhador no seu lócus de trabalho. Considerando que se faz necessário identificar as demandas existentes nos espaços de trabalho para que a proposta de EP dialogue com as necessidades reais e urgentes do trabalhador e por consequência, para o usuário do SUS. Nos projetos de intervenção, foi possível identificar um número significativo de trabalhos que apontavam para a necessidade de intervenções específicas que contribuíssem para a melhoria da atuação profissional. Detemo-nos, em 10 destes trabalhos que tiveram como proposta a EP, observando: construção metodológica da proposta; viabilidade de execução; a relação direta com a realidade de onde a proposta foi realizada. Os resultados das análises propostas em nosso trabalho fortalece a tese de que a aprendizagem no trabalho e pelo trabalho é norteadora, não somente para o trabalhador e sua formação pessoal, como, para a qualidade de atuação profissional nos mais diversos setores da saúde. Verificamos que nas falas e trabalhos apresentados a busca por parte do trabalhador em desenvolver competências e habilidades para sua ação profissional em seu lócus de atuação é recorrente.

Contribuições e interesse em relação às práticas atuais: A análise deste trabalho reforça a certeza de que o caminho formativo inerente à Educação Permanente e nesta, possibilidades metodológicas – como o trabalho de intervenção –, que possam dialogar com a realidade do trabalhador é definitivamente fundamental para que possamos pensar em propostas futuras para os trabalhadores do SUS.

A Conformação da Política de Educação Permanente em Saúde na Região Nordeste do Brasil.

Bruno De Macedo e Katia Rejane Medeiros, CPqAM/Fiocruz, Brasil. Brunomacedo85@yahoo.com.br

Objetivos de investigação: O presente estudo tem por objetivo avaliar o grau de institucionalização da Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na região Ne, a partir de seu caráter interfederativo, reafirmado pelo Pacto Pela Saúde - a regionalização e a hierarquização.

Contexto e a descrição do problema: “qual o grau de institucionalização da PNEPS na região?”. Partindo dos pressupostos de que a PNEPS tem baixo grau de institucionalização nos estados da região nordeste, em função da atuação predominantemente isolada entre os entes federado; e de que a maior parte das ações propostas pelos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) não são realizadas em função de dificuldades à operacionalização de políticas de saúde regionalizadas de condução colegiado.

Teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: o percurso metodológico será realizado através da revisão bibliográfica, da pesquisa documental e da aplicação de um questionário a atores chave da gestão da política de EPS.

Resultados e a Discussão: Através da análise documental foram selecionados apenas três estrados da região, frente a indisponibilidade de todos os PEEPS, uma vez que, foi possível identificar que ações de EPS são comuns às diversas áreas das SES, sem necessariamente estarem relacionada com a PNEPS, o que poderia induzir a superestimação do quantitativo de ações realizadas. Além disso, também, já é possível afirmar que: as estratégias de EP desenvolvidas nos estado selecionados consistem principalmente em cursos de curta duração, seguidos de eventos científicos e curso de longa duração; Não existem registros de domínio públicos que permitam uma análise aprofundada das ações de EPS; a análise documental não permite estabelecer relações consistentes entre as ações planejadas e realizadas; Os documentos analisados registram a criação/conformação/atuação das CIES; e Não existem documentos oficiais de domínio público de prestação de contas da PNEPS nas SES.

A Contribuição/O Interesse da Comunicação em Relação ao Estado da Arte e às Práticas Atuais: [Durante revisão bibliográfica acerca da referida política, foi possível observar a predominância trabalhos relativos a experiências, contrastando com trabalhos de avaliação ou monitoramento da política. Corroborando com a constatação de Trevisan e Bellen (2008) de que, no Brasil, a área de políticas públicas não é caracterizada pela baixa capacidade de sistematização e acúmulo de conhecimentos, devido a multiplicação horizontal de estudos de caso e da ausência de pesquisas, constituindo um importante problema à ser superado pela área.

Diante disso, faz-se fundamental o desenvolvimento de pesquisas destinadas a avaliação dessa política, que tem como finalidade a qualificação do trabalho, através da formação de profissionais, para o fortalecimento do SUS.

Interface entre formação e trabalho da enfermeira no Sistema Único de Saúde.

Nildo Batista Mascarenhas e Sara Gabrielle da Cruz Soares, Universidade do Estado da Bahia e Gerline Silva Carvalho-Universidade do Estado da Bahia, Brasil. isaquetz@gmail.com

No Brasil, o trabalho da enfermeira caracteriza-se pela pluralidade de atividades, que podem ser agrupadas em duas dimensões distintas e complementares: a assistencial e a gerencial. Embora essa seja uma característica central do trabalho da enfermeira brasileira, identifica-se no campo da enfermagem a negação da dimensão gerencial por parte das enfermeiras, fato que contribui para a geração de conflitos, a insatisfação no trabalho e pouca identidade com o trabalho desenvolvido. Cabe salientar que essa situação também permeia a formação da enfermeira. Diante disso, essa pesquisa teve como objetivo analisar a interface entre formação e trabalho da enfermeira no Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, construiu-se um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Os participantes foram discentes e docentes-enfermeiras do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do estado da Bahia, Brasil. Como critérios de inclusão, destaca-se: aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para todos); estar devidamente matriculado e cursando o componente curricular Estágio Curricular Supervisionado (para discentes); ser enfermeira-docente em atividade há no mínimo um ano (para docentes). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e transcritas com aquiescência, respeitando-se o sigilo e anonimato dos sujeitos. Os resultados foram analisados à luz do referencial teórico sobre o trabalho em saúde/enfermagem e organizados em duas categorias: Interface entre formação e trabalho da enfermeira no SUS: percepção de discentes” e “Interface entre formação e trabalho da enfermeira no SUS: percepção de docentes”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, tendo como número do parecer 821.560. Na primeira categoria, constatou-se que a interface entre a formação e o trabalho da enfermeira no SUS é frágil, dado que há dissociação entre o que as discentes aprendem nas salas de aula da universidade e o que elas aprendem nos campos de prática. Identificou-se também que embora as discentes assimilem uma vasta gama de conhecimentos na universidade, elas não conseguem manejar as dificuldades encontradas nos campos de prática e as que estão relacionadas à execução do trabalho da enfermeira no SUS. Além dessas evidências, constatou-se também que as discentes compreendem o trabalho da enfermeira tardiamente, nos últimos três semestres do curso de graduação, e que na universidade ensina-se que as dimensões assistencial e gerencial do processo de trabalho da enfermeira devem ser articuladas; já nos campos de prática, reforça-se a cisão entre essas duas dimensões e foca-se na execução de procedimentos técnicos assistenciais no corpo doente dos usuários. Essas constatações favorecem a não compreensão das discentes sobre o trabalho que executarão após a conclusão do curso, o que somado às condições de trabalhos adversas dos serviços de saúde pode gerar frustração, pouca identidade com a profissão e o aprofundamento da alienação nas futuras enfermeiras. Na segunda categoria, a maioria dos docentes identificou que há dissociação entre a formação acadêmica e o trabalho da enfermeira no SUS. Para as docentes, essa dissociação ocorre por causa da pouca articulação entre os componentes curriculares do curso; do ensino acrítico, com forte base tecnicista e dissociado do mundo do trabalho no SUS; e da postura pedagogicamente rígida dos docentes, que muitas vezes

restringem a formação da enfermeira ao conteúdo programático dos componentes curriculares. Para superar essa dissociação, a maioria das docentes relatou que busca estimular o pensamento crítico das discentes e uma docente afirmou que utiliza metodologias de ensino participativas. Diante disso, conclui-se que a formação de enfermeiras no local estudado foca-se na transmissão do conhecimento e não possibilita às discentes o desenvolvimento de habilidades e o pensamento crítico para o enfrentamento dos desafios que permeiam o mundo do trabalho no SUS. Conclui-se também que embora identifiquem-se mudanças na formação de enfermeiras, essa formação ainda não está devidamente articulada com as demandas do trabalho da enfermeira no Sistema Único de Saúde, já que a dissociação entre o ensino ofertado nas salas de aula da universidade e o desenvolvido nos campos de prática ainda é um entrave que permeia a formação da enfermeira. Essas conclusões sinalizam a necessidade de aprofundar a discussão sobre a formação da enfermeira na contemporaneidade e de se investigar como essa formação tem ocorrido em outros cenários do país, de modo a produzir conhecimentos que subsidiem a formulação de estratégias para aproximar a formação e do trabalho da enfermeira no âmbito do SUS.

Sessão 8

Sala 1

Tema: O uso do conhecimento na intervenção profissional

Moderador:

Avaliação do conhecimento de cirurgiões dentistas sobre manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em adultos, crianças e bebês.

Isaque Zimmermann, C. Verissimo, AT. Petta, CS. Caldas, RB Brito-Júnior, JC. Ramacciato e RHL. Motta, Faculdade e Centro de Pesquisas São Leopoldo Mandic, Brasil. isaquetz@gmail.com

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em adultos, crianças e bebês.

Contexto e descrição do problema: A evolução da medicina em busca de novas terapias e drogas para maior controle de doenças crônicas, e o consequente aumento da expectativa de vida da população, aponta para a possibilidade crescente de o cirurgião-dentista atender pacientes que necessitam de cuidados especiais. Um simples procedimento que cause estresse ou dor ao paciente pode resultar numa resposta indesejável e aparecimento de uma emergência médica.

Pesquisas demonstram que a aplicação dos protocolos de atendimento e o enfrentamento de situações clínicas de emergências no consultório odontológico provocam insegurança no profissional e dúvidas sobre como proceder, colocando em risco a vida dos pacientes.

Nesses momentos cada segundo desperdiçado pode levar à piora do prognóstico do quadro clínico, evidenciando a necessidade do cirurgião-dentista estar preparado para prevenir, reconhecer e tratar precocemente qualquer manifestação sistêmica que ameace a vida do paciente durante o atendimento odontológico.

A Resolução CFO-25/2002 do Conselho Federal de Odontologia, combinada com a Resolução CFO-040/2003, regulamenta a obrigatoriedade da Disciplina de Emergências Médicas em Odontologia. Espera-se, desta forma, que o especialista, que obrigatoriamente recebeu este conteúdo em seu curso, esteja mais bem preparado para lidar com situações de Emergências Médicas em Odontologia.

Metodologia: Foram avaliados 250 cirurgiões-dentistas que responderam a questionário contendo 16 questões relacionados ao tema, como o número correto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), número de compressões cardíacas e ventilação por ciclo de execução, ritmo de compressão cardíaca, dentre outros. Os questionários foram corrigidos de acordo com as diretrizes atuais da American Heart Association, e os resultados obtidos foram expressos em porcentagem.

Resultados e discussão: Os resultados demonstraram que 96% dos cirurgiões-dentistas avaliados não sabia a sequência correta de RCP, 25% não sabia o número correto para solicitar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 55% não sabia qual a proporção correta entre compressão e ventilação durante a RCP para adultos. Além disso, 80% dos entrevistados não sabia o ritmo correto das compressões cardíacas; 81% e 85% não sabia a proporção correta entre compressão e ventilação durante a RCP para crianças e bebês, respectivamente. Também foi observado que 69% não sabia a sequência correta da avaliação dos sinais vitais da vítima.

Concluiu-se que a maioria dos profissionais avaliados não está preparada para realizar manobras de RCP, demonstrando a necessidade de atualização sobre o tema para aumentar as chances de sobrevivência de uma vítima com uma parada cardiorrespiratória.

Apesar do grande avanço tecnológico na odontologia nas últimas décadas, este estudo demonstrou que o assunto relacionado à Emergências Médicas ainda necessita maior atenção por parte dos cirurgiões-dentistas.

A capacitação desses profissionais para esse tipo de ocorrência em consultório odontológico pode prevenir, reconhecer e tratar precocemente qualquer manifestação sistêmica que ameace a vida do paciente durante o atendimento odontológico, ou mesmo prevenir possíveis manifestações clínicas graves para o paciente.

E apesar de o Conselho Federal de Odontologia regulamentar a obrigatoriedade da Disciplina de Emergências Médicas em cursos de graduação em Odontologia, foi verificado nesta pesquisa um número significativo de cirurgiões-dentistas necessitados de capacitação.

Episódios de emergência clínica em consultórios odontológicos precisam ser solucionados por profissionais preparados.

Contribuição/o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais:

O conhecimento de técnicas de emergência e o preparo para realizar manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em adultos, crianças e bebês por parte de cirurgiões-dentistas podem salvar vidas. Nesse sentido, incentivar aulas teórico-práticas; incentivar o cumprimento da Lei em capacitar esse profissional, é algo que deve ser divulgado e apoiado nos segmentos da área de graduação e pós-graduação em odontologia.

Impacto da severidade da oclusopatia na qualidade de vida em escolares de 12 anos da rede estadual de ensino no município de Feira de Santana-Ba.

Mabel Cancio Hayne e Marcio Campos Oliveira, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil.
mahayne@hotmail.com

Objetivo. O estudo objetivou avaliar a associação entre severidade das oclusopatias e o impacto na qualidade de vida em escolares de 12 anos da rede estadual de ensino do município de Feira de Santana, Bahia.

Contexto e descrição do problema: As alterações de oclusão dentária são consideradas um problema de saúde pública, sendo referenciado por alguns autores como o terceiro maior agravamento em saúde bucal no Brasil. Há uma convergência entre a maioria dos estudos em admitir que as oclusopatias tenham consequências físicas, psicológicas e sociais que são capazes de causar um impacto negativo na qualidade de vida. Nesse contexto, importa saber de que maneira a severidade da oclusopatia pode influenciar na qualidade de vida em crianças de 12 anos, causando impactos negativos como: problemas psicológicos, sociais, estéticos e funcionais. A motivação pelo tema consiste na tentativa de evitar que alguns destes agravamentos, tratáveis nesta idade na atenção básica, evoluam para afecções mais graves na fase adulta, necessitando-se de tratamentos cirúrgicos com custo mais elevado. Além da busca por minimizar os possíveis problemas de interação social vivenciados por estas crianças. Esta pesquisa busca produzir informações que possam fundamentar a elaboração e implementação de medidas de saúde pública para promoção, prevenção e tratamento das oclusopatias, contribuindo para o direcionamento dos programas, serviços e políticas públicas. Visto que, a utilização de protocolos de assistência e o correto planejamento das ações ortodônticas tornam possível a realização de ações preventivas e interceptoras nas próprias Unidades Básicas de Saúde.

Material e Método. Após exame bucal através do Dental Aesthetic Index (DAI) e aplicação do questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14), numa amostra de 503 alunos de 12 anos das escolas estaduais do município de Feira de Santana, estimou-se a severidade das oclusopatias e a prevalência do impacto negativo da saúde oral na qualidade de vida, verificando também as possíveis associações entre essas variáveis e as condições sociodemográficas da população estudada. Para comparação das diferenças das variáveis quantitativas foi utilizado o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney, nos dados categóricos os testes de Fisher ou do qui-quadrado e suas variantes. A associação entre os parâmetros estudados foi expressa pela razão de prevalência. Intervalos de confiança de 95% foram empregados como medidas de precisão dos resultados. Valores de p menores que 0,05 ($p < 0,05$) foram considerados significativos. Foi utilizado o programa estatístico computacional GraphPad Prism, versão 6.0.3, GraphPad Software, San Diego-CA, USA.

Resultados e Discussão. A prevalência das oclusopatias 50,29% [45,98-54,60] IC95% e suas categorias: Leve (48,7%), Definida (27,8%), Severa (15,5%), Incapacitante (8%) tiveram associação estatística com o impacto negativo na

qualidade de vida, cuja prevalência foi de 62,23%[57,91-67,33%]IC95%(313/503). As características sociodemográficas não diferiram entre os grupos com e sem impacto na qualidade de vida. Não há associação entre as condições sociodemográficas e o impacto na qualidade de vida. A presença e a severidade das oclusopatias estão associadas ao impacto negativo na qualidade de vida. De acordo com o aumento do grau de severidade dos problemas oclusais, pior o impacto na qualidade de vida.

Contribuições. O diagnóstico precoce e o tratamento das oclusopatias são demandas existentes na população. A maioria desses agravos, tratáveis durante a infância na atenção básica, podem evoluir para afecções mais graves na fase adulta, necessitando de tratamentos de média e alta complexidade, além de ocasionar possíveis problemas de interação social vivenciados por estes indivíduos. Nesse sentido, considera-se urgente o planejamento de meios que garantam, de um lado, o acesso dos casos mais severos ao tratamento especializado corretivo e, do outro lado, a implementação de ações preventivas e interceptativas. Quanto à triagem para tratamento corretivo, entende-se que um índice que estratifique as oclusopatias em graus de severidade deva ser empregado em detrimento de análises subjetivas. Além disso, considerando-se que a presença associada de alterações funcionais é prejudicial à qualidade de vida de seus portadores, esta presença poderia ser utilizada como um critério adicional para o estabelecimento das referidas prioridades.

O profissional pedagogo em serviço de oftalmologia.

Anita Zimmermann, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Brasil. anitasdz@gmail.com

Objetivo: Verificar a colaboração do profissional pedagogo inserido em serviço de Oftalmologia.

Contexto e a descrição do problema: Educação e saúde são campos do desenvolvimento humano em sua globalidade. Práticas terapêuticas e educativas em saúde visam a qualidade de vida e requerem educação permanente na busca de processos de intervenção, manutenção e recuperação da saúde.

A Organização Mundial da Saúde relata que nos últimos trinta anos crianças com deficiência visual tiveram melhora no desempenho visual através de métodos educacionais e materiais específicos. Em 1992, a organização e o Conselho Internacional para Educação de Pessoas com Deficiência Visual (ICEVI), reuniram-se na cidade de Bangkok para discutir o atendimento das crianças com Baixa Visão, o que resultou no “Relatório de Bangkok”, cujo principal objetivo é o incentivo à criação de serviços de baixa visão para as crianças de todos os países. Este relatório é composto por informações quantitativas e qualitativas que definem a necessidade da avaliação educacional, juntamente com a avaliação clínica, para o diagnóstico da baixa visão. O mesmo recomenda serviços de baixa visão que incluam oftalmologistas e pedagogos especializados em atendimento da clientela infantil.

Acompanhamento pedagógico especializado, treinamentos para recursos ópticos, avaliação da visão funcional e possíveis condutas terapêuticas realizadas por educadores especializados em baixa visão compõem um conjunto de avaliações da criança deficiente visual, favorecendo planejamentos e direcionamentos terapêuticos positivos para seu desenvolvimento global.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica em base de dados científicos sobre o tema.

Resultados e discussão: Estudioso do desenvolvimento humano, o profissional pedagogo poderá acompanhar a criança desde o nascimento, observando suas qualidades comunicativas, facilitando a compreensão de suas respostas visuais, cooperando dessa maneira para a melhor conduta médica e terapêutica, pois a observação da criança e de seu desempenho visual realizada por este profissional favorece a compreensão de determinados comportamentos infantis, facilitando conclusões diagnósticas assertivas.

Contribuição/o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais: Em conjunto com o(a) médico(a) oftalmologista, o educador pode planejar e estabelecer programas de treinamento adequados a cada fase infantil, otimizando as possibilidades visuais da criança deficiente visual, favorecendo orientações quanto a oportunidades de experiências e ações sensorio-motoras e educacionais auxiliando-a nas aquisições conceituais, adquirindo significados e promovendo qualidade de vida.

Implementação de nova política pública de saúde para hepatite C no Brasil.

Melina Érica Santos¹; Marcelo Contardo Moscoso Naveira¹; Simone Monzani Vivaldini¹; Elisa Cattapan¹; José Nilton Gomes¹; Neide Fernandes¹; Barbara Graner¹; Leandro Soares Sereno²; Renato Girade Corrêa¹; Adele Benzaken¹; Fábio Mesquita¹.

1. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais/ Ministério da Saúde, Brasil;

2. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde, Brasil.

melina.santos@ids.gov.br

Objetivos de investigação: Descrever o sucesso da implementação do novo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções como política pública de saúde no Brasil.

Contexto e descrição do problema: O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, possibilita a oferta de serviços e programas de saúde gratuitos para os cidadãos. As recomendações clínicas nacionais representam a incorporação de políticas públicas de saúde no país na medida em que definem os critérios para o financiamento e atendimento das necessidades de saúde da população. O novo protocolo clínico para hepatite C foi implementado no Brasil em 2015 para promover melhorias no diagnóstico e na atenção aos pacientes portadores de hepatite C crônica e coinfeções.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados: O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Hepatites Virais e com o apoio do Comitê Técnico Assessor, desenvolveu a revisão completa da literatura e das recomendações internacionais para elaboração do novo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para hepatite C e coinfeções. O protocolo foi submetido à arguição e defesa em assembleia da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e consulta pública, que acrescentou evidências ao documento para posterior aprovação na CONITEC e incorporação como política pública de saúde no país.

Resultados e Discussão: O protocolo definiu os critérios para diagnóstico, as indicações terapêuticas e os parâmetros para acompanhamento dos pacientes no SUS, recomendando os tratamentos, exames e insumos financiados pelo governo federal e fornecidos a todos estados e municípios no Brasil. A construção do novo PCDT possibilitou a inclusão de tratamentos inovadores no SUS, ampliando a oferta de tratamento e o acesso dos pacientes, de modo a contemplar a demanda real e reprimida e permitindo a expansão do diagnóstico, sobretudo, em populações potencialmente mais expostas – maiores de 40 anos e submetidos à transfusão de sangue e hemoderivados antes dos anos 90, quando não havia exame diagnóstico disponível.

Contribuição da comunicação em relação às práticas atuais: O novo PCDT para hepatite C e coinfeções tornou-se o primeiro documento normativo para tratamento da hepatite C crônica com assistência inteiramente financiada por ente público nas Américas, e contribuindo enormemente para a visibilidade do agravo e construção de estratégias e políticas de saúde governamentais. A incorporação do novo protocolo clínico no SUS evidencia o sucesso da implementação de uma política pública de saúde no Brasil, como resultado da articulação técnico-política intersetorial, podendo ser exemplar para outros países no enfrentamento das hepatites virais como problema de saúde pública.

Sessão 9

Sala 2

Tema: Análise da tríplice epidemia de Dengue, Chikungunya e zika no Brasil

Sessão organizada: Erenilde Marques de Cerqueira – Brasil

Las recurrentes epidemias de dengue en Brasil son realidad desde la década de 1990 cuando el mosquito *Aedes aegypti*, el principal transmisor de la enfermedad reaparece en el territorio brasileño. Desde 2011, el Ministerio de Salud advierte sobre una nueva amenaza, el virus de chikungunya (CHIKV), también transmitida por mosquitos del género *Aedes*.

Desde entonces, el programa de control del dengue supervisará, a través de la vigilancia epidemiológica, casos atípicos de dengue con el fin de detectar la circulación del CHIKV y posibles casos de la enfermedad. En este sentido, a principios de septiembre de 2014, los técnicos de la vigilancia epidemiológica de la Municipalidad de

Feira de Santana encontraron casos sospechosos de dengue que no encaja en la descripción de la enfermedad. Después de realizar pruebas específicas para CHIKV realizó que él se enfrenta a una epidemia de Chikungunya.

El CHIKV es un Alphavirus de la familia *Togaviridae* y produce una enfermedad febril acompañada de la artralgia severa y debilitante situado en manos, muñecas, rodillas, pies y otras articulaciones y puede persistir por años y dejar que a los individuales discapacitados afectados temporalmente para su empleo y las actividades de la vida cotidiana.

Se cree que el origen del CHIKV es africano, donde el virus circula enzooticamente entre los primates y pequeños animales, habiendo ampliado a zonas urbanas, dando lugar a grandes epidemias. Actualmente se describen también las epidemias en el Caribe y Asia CHIKV^{1,2,3}.

Los vectores principales responsables de las epidemias urbanas son el *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. En Brasil, el control de *Aedes aegypti* se ha incrementado desde el año 2002 cuando fue creado el programa de Control del Dengue nacional (PNCD) de establecido en diez componentes de acción que van desde la lucha contra el vector a las acciones de movilización popular con miras a la participación de la sociedad en la reducción de la de los índices de infestación de mosquitos⁴.

Aunque la práctica tiene PNCD en todo el territorio brasileño, cada día resulta más difícil controlar el *Aedes aegypti*. Varios factores contribuyen a la falta de mantener al país libre del mosquito: el clima tropical en la mayoría de incidentes territorio brasileño promueve la proliferación de vectores; la ausencia de un suministro regular de agua potable en los hogares y la colección irregular de basura también son factores para mantener ciclos de mosquito. Estos factores, juntados con el flujo turístico enorme permite la circulación y difusión del virus del dengue y Chikungunya que aquí encuentran refugio en la densidad de mosquitos existentes en las principales ciudades brasileñas.

Los índices de infestación domiciliarios y adjudican de *Aedes aegypti* se consideran altos en la mayor parte de los municipios brasileños. Esta condición, que de ser sostenido por años, dejar que estos municipios en alerta por epidemias y, en la mayoría de ellos, el dengue ya es endémica situación⁵. Considerando que el mismo vector transmitir CHIKV, el riesgo de transmisión simultánea de endemidad y dos daña es real y preocupante.

META: El objetivo de este estudio es describir la ocurrencia de los primeros casos indígenas de CHIKV en Brasil.

MATERIAL Y MÉTODO: Es un estudio descriptivo, transversal, del informe del caso tipo. Los datos fueron recogidos desde el sistema de notificación de servicio de vigilancia epidemiológica de enfermedades de la Municipalidade de Feira de Santana.

El municipio, clasificado por el Ministerio de salud como una prioridad para las acciones de control del dengue es el segundo más grande de la población en el estado de Bahía, ubicado en la región noreste de Brasil. Son 600.000 habitantes, distribuidos en las áreas urbanas y rurales. Índices de infestación características del edificio (IIP) por *Aedes aegypti* de más del 1%.

Las acciones de control de este vector movilizan diariamente un efectivo aproximadamente 300 servidores. Las actividades incluyen visitas a la propiedad para la inspección y tratamiento focal con insecticidas en depósitos de agua, mosquitos posibles criaderos, además de las actividades educativas con los residentes de estos edificios.

Los datos se analizaron mediante las fichas de investigación epidemiológica y reportes del sistema de notificación de las enfermedades.

Resultados y discusión. Los primeros casos surgieron como una supuesta fiebre del dengue. Las personas con quejas de fiebre alta persistente, seguido de malicia con edema, artralgia y la erupción fueron asistidas en un clínica de la ciudad. Se procedió a las notificación y investigação epidemiológica casos. Se recolectaron muestras de sangre para serología y aislamiento viral en el Laboratorio Central del estado (LACEN), referencia a la vigilancia de las enfermedades. Se adoptó el método de Elisa para análisis serológico de las muestras y el NS1 para aislamiento viral. Los resultados fueron negativos para dengue.

De entonces encendido, fue sospechado de CHIKV, una vez individuos continuaron presentar los primeros síntomas de sospecha. Los casos se concentraron en un solo barrio de la ciudad, configurando un brote. La investigación epidemiológica más precisa encontrados han ido la posibilidad de transmisión a través de un barrio residente que trabaja en la construcción de Angola-África y estaba de vacaciones en puede 2014, visitando a la familia. Este tipo presentada fiebre alta y dolor en las articulaciones, siendo atendidos en la unidad de salud del distrito e investigado por Dengue y paludismo confirmado negativo para ambas enfermedades. Sus familiares y

vecinos también enfermó el mismo mes. Este individuo es considerado caso del índice de los brotes, sin embargo, no puedes decir, porque volvió a Angola sin haber sido probado por CHIKV.

Nuevos casos se registraron en la misma zona y fueron recoger y enviar muestras al laboratorio de referencia de enfermedades tropicales, el Instituto Evandro Chagas, donde tomó lugar los fragmentos de la detección de RNA mediante RT-PCR en tiempo real y la serología para detección de anticorpos IgM de CHIKV, siendo inicialmente 14 muestras confirmadas positivamente a CHIKV. Según los criterios del Ministerio de salud este porcentaje fue crucial para establecer la autoctonia de la enfermedad en territorio brasileño, que hasta entonces sólo había importado casos.

Los residentes de la zona del presunto caso índice continuada a presentar síntomas de CHIKV y a finales de septiembre ya habían sido notificados 307 sospecha de casos (82,1%) y 252 se confirma y 55 (17,9%) fueron desechados.

La enfermedad golpeó a personas de diferentes edades, concentrándose en las personas de 21 a 30 años, con un 21,5% de los casos. También se observó que los hombres eran los más afectados, 61,1%.

Con respecto a las manifestaciones clínicas, la fiebre alta estuvo presente en el 100% de los casos; artralgia en 91,7%; Mialgia en el 73,4% y erupción en sólo el 40% de los casos. Los resultados corroboran estudios internacionales sobre la ocurrencia de CHIKV en África, Asia y el Caribe^{1,2,3}.

CONCLUSIÓN: En respuesta a la introducción de CHIKV en territorio brasileño, el gobierno aprobó en las primeras acciones contingentes que incluyen un plan nacional para hacer frente con brotes de CHIKV. El desafío ahora es calificar los servicios para la detección de nuevos casos y seguimiento de los pacientes, considerando es una enfermedad que deja secuelas que pueden durar un par de años.

La llegada del virus chikungunya: un relato de los primeros casos de la enfermedad en Brasil.

Erenilde Marques de Cerqueira, Ilse Maria Tigre de Erenilde Marques de Cerqueira e Maricélia Maia de Lima, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

Epidemiology of Chikungunya Virus in Bahia, Brazil, 2014-2015 .

Carlos Junior Alcantara, N.Rodrigues Faria, J.Lourenço, E.Marques de Cerqueira, M.Maia de Lima, O.Pybus, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

Microcefalia e outras más formações em RN de mães com suspeita de Zika vírus na gestação: Relato de experiência.

Erenilde Marques de Cerqueira, Carlos Junior Alcântara Luiz Lima, Maricélia Maia e Falcão, Melissa Barreto, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

Atelier : « Le Café de la Responsabilité Populationnelle »

Moderadores: Manuel Salazar e Pierrette Chenevard, Suisse; François Lamy e Alexandre Bugelli, Canadá

Le World Café s'invite au congrès pour vivre une expérience interdisciplinaire différente, sans informatique ni beamer, avec Créativité pour penser le réseau de santé.

« Le 'World Café' est un processus créatif qui vise à faciliter le dialogue constructif et le partage de connaissances et d'idées, en vue de créer un réseau d'échanges et d'actions. Ce processus reproduit l'ambiance d'un café dans lequel les participants débattent d'une question ou d'un sujet en petits groupes autour de tables. À intervalles réguliers, les participants changent de table. Un hôte reste à la table et résume la conversation précédente aux nouveaux arrivés. Les conversations en cours sont alors 'fécondées' avec les idées issues des conversations précédentes avec les autres participants. »

(Document Fondation Roi Baudouin-Mars 2006)

Tema: A produção do cuidado em diferentes cenários

Moderador: Marie-Pierre Gagnon – Canadá

Monitorando as Redes de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa no Estado do Rio Grande do Sul: a Situação do Cuidado à Saúde da Pessoa Idosa.

Priscilla da Silva Lunardelli, Rebel Zambrano Machado, Carmen Luisa Bagatini e Maria Isabel Barros Bellini, Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil. priscilla-lunardelli@saude.rs.gov.br

Objetivo: Diante da acelerada transição demográfica que vive o estado do Rio Grande do Sul e dos dados e indicadores sobre acesso e cuidado a pessoa idosa nos serviços de saúde desenhou-se uma proposta de monitoramento das Redes de Atenção em Saúde do Idoso junto aos municípios do estado através de instrumento diagnóstico.

Contexto: Desde a década de 80 a população do estado cresce bem abaixo da média nacional, a transição demográfica também apresenta um quadro de aceleração da população idosa quando comparada ao resto do país, observa-se que nos últimos 25 anos a população maior de 65 anos cresceu em 40%. O grupo populacional que mais cresce no Rio Grande do Sul são os longevos (maiores de 80 anos) e o maior percentual de população idosa vive hoje em municípios com menos de 10.000 habitantes. Nos 497 municípios gaúchos vivem aproximadamente 1.500.000 de pessoas idosas o que tem demandado ampliação e qualificação da Atenção Primária (mais de 600.000 consultas médicas em APS no primeiro semestre de 2015), organização do programa de imunizações (mais de 1.200.000 doses de vacina da influenza aplicadas durante a campanha em 2015), ampliação de atenção de média complexidade (15 municípios gaúchos com produção contínua de consultas em geriatria) e suficiência em leitos clínicos para todas as regiões de saúde (mais de 237.000 internações hospitalares em 2014).

Método: O desenho da proposta de monitoramento das Redes de Atenção em Saúde do Idoso foi realizado através da construção de um instrumento diagnóstico. Este instrumento cruzava dados epidemiológicos, de produção e de acesso relativos à população idosa do Estado. As 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) operacionalizaram a coleta dos dados.

Resultados: Os dados são representativos das 7 Macrorregiões e das 30 Regiões de Saúde 23 participaram. As informações foram prestadas em sua maioria por Enfermeiros (as) dos municípios (68%). Apenas 30% dos municípios possuem Coordenação Municipal de Saúde do Idoso ou Técnico de Referência que tenha respondido as perguntas do levantamento. Nos municípios pesquisados haviam 526 Equipes de Estratégia de Saúde da Família em atividade, 47% implantaram a Caderneta de Saúde do Idoso, 526 Equipes correspondem a 36% do total de Equipes de Estratégia de Saúde da Família do Estado (n. 1460/CNES JAN2014). Nas 351 Equipes de Atenção Primária Convencional pesquisadas a implantação não ultrapassou 35%. Apenas 33% dos municípios gaúchos pesquisados utilizam como referência em cuidado do idoso na Atenção Primária o Caderno de Atenção Básica nº19 do Ministério da Saúde. O caderno apresenta rotinas para o cuidado da pessoa idosa neste nível de atenção apresentando inclusive protocolos e recomendações para o cuidado das situações mais prevalentes como por exemplo: hipertensão e diabetes. Embora 68% dos municípios pesquisados tenham aderido ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ) apenas 38% monitoram o indicador 4.30 do AMAQ que se refere especificamente ao cuidado de portadores de patologias crônicas e apenas 12% dos municípios utilizam instrumentos validados de classificação de fragilidade para pessoas idosas. Esses instrumentos de classificação de fragilidade são decisivos para o cuidado especializado secundário e ainda encontram-se em maior risco de complicações ou óbito em face do grupo das grandes síndromes geriátricas. Esses resultados demonstram que os profissionais não estão utilizando as ferramentas ofertadas para qualificar a prática do cuidado da população em questão.

Le parcours de soins des victimes d'AVC : les facteurs déterminants de la durée de la prise en charge aiguë.

Laure Com-Ruelle, Mathias Debals-Gonthier, Damien Bricard, Nelly Le Guen, Charlène Le Neindre, Véronique Lucas-Gabrielli e Clément Nestrigue, IRDES, France. comruelle@irdes.fr et nestrigue@irdes.fr

Objectif de la recherche: Le but de ce travail est de décrire les parcours de soins des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) en 2012 et d'identifier les facteurs déterminants de la durée de la prise en charge en phase aiguë, i.e. lors d'une primo hospitalisation pour AVC en court séjour (médecine-chirurgie MC).

Contexte et problématique: Avec une incidence de 1,6 % de la population adulte et près de 800 000 cas avec un antécédent, les AVC constituent un enjeu majeur de santé publique en France sur le plan médical et économique. C'est un grand pourvoyeur de décès (6,1 % de l'ensemble des décès) et d'invalidité. Les disparités géographiques demeurent importantes. La rapidité de leur prise en charge a un impact majeur sur le pronostic. Les chances de récupération dépendent de la capacité du système de santé à fournir le bon soin au bon moment, tant en phase aiguë qu'en phase de réadaptation ou de suivi à domicile. L'amélioration de la prise en charge représente donc un enjeu important pour réduire leur fréquence, leur gravité et leur coût.

Nos travaux se situent dans un contexte d'accompagnement du Plan d'actions national AVC 2010-2014 qui avait pour but, notamment, le développement des unités neuro-vasculaires (UNV) sur l'ensemble du territoire. Après 2014, l'effort porte sur la phase post-hospitalière de rééducation et réadaptation.

Matériel et méthodes: Une revue de littérature internationale a porté sur les parcours de soins des patients AVC, les recommandations de bonnes pratiques et un recensement des textes législatifs français dont le Plan d'actions national AVC 2010-2014.

Une cohorte de primo-hospitalisations pour AVC survenus en 2012 est constituée à partir des données individuelles du Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins aigus (PMSIMCO) des années 2010 à 2012. Ces données sont appariées avec celles des autres PMSI (soins de suite et réadaptation/SRR, hospitalisation à domicile/HAD, psychiatrie, etc.) et celles du Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) rassemblant l'ensemble des consommations médicales hospitalières et ambulatoires en amont et en aval de l'AVC. Des données d'offre de soins sont recueillies à partir d'autres bases de données administratives : services médicaux et médico-sociaux et professionnels de santé appelés à intervenir en cas d'AVC, données du recensement caractérisant les populations au niveau spatial fin.

Le modèle économétrique final choisi pour analyser la durée de séjour en MCO (variable continue) est un modèle de durée à temps accéléré utilisant la distribution log-normale, en contrôlant sur différents facteurs.

Résultats préliminaires et attendus, discussion: L'âge moyen des victimes d'AVC est de 73 ans [± 15], 51,4 % sont des femmes. De façon concordante avec les données de la littérature scientifique, les résultats préliminaires montrent que 18 % des AVC sont hémorragiques, 76 % sont ischémiques dont 27 % sont transitoires (AIT). Les cas graves (passage en réanimation) représentent 35 %, la comorbidité est forte chez 88 % (indice de Charlson ≥ 2). Si 56 % des patients sont pris en charge dans un établissement disposant d'une UNV, seuls 35 % l'ont été dans cette UNV. Les examens d'imagerie cérébrale requis ne sont pas réalisés chez 18 % des patients, représentant un critère de mauvaise qualité. A la sortie du MCO, 2/3 des patients retournent à leur domicile, seuls 19 % sont transférés en SSR et 11 % décèdent. La durée moyenne de séjour (DMS) était de 10,6 jours [± 12] et la médiane de 7 jours, avec une variabilité importante selon le lieu de résidence, les caractéristiques cliniques et les éléments du parcours de soins. Les facteurs d'allongement de la durée de séjour sont la gravité de l'AVC et de l'état de santé global du patient, résider dans l'est ou en Auvergne, être hospitalisé hors UNV, et bien plus encore le transfert vers un SSR ou l'HAD, reflétant un manque de places d'aval pouvant créer un phénomène de blocage des lits MCO. A l'opposé, une densité de neurologues plus grande raccourcit le séjour.

En termes d'évolution, depuis 2008, on observe cependant une amélioration des taux de passage en UNV et de réalisation d'IRM mais il nous manque des données inobservables pour mieux juger de la qualité de la prise en charge, tels que la thrombolyse. Certains biais de codage dans le PMSI constituent aussi une limite.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique: Le travail présenté ici met à jour des données anciennes et, surtout, apporte des éléments d'explication de la durée de séjour en MCO très variable. Il confirme l'amélioration de la prise en charge des AVC en MCO liée au déploiement encore insuffisant des UNV en 2012. Il offre des pistes d'amélioration de la prise en charge des AVC différentes selon le territoire de soins. Première étape d'une analyse de plusieurs cohortes sur dix années successives avant et après la

mise en place du plan AVC, il démontre la nécessité de faire porter l'effort des politiques, après le Plan AVC 2010-2014, sur l'aval de la phase aiguë, à savoir notamment sur l'offre de soins SSR.

A rede de cuidados à pessoa com deficiência: da garantia de direitos à realidade.

Ana Paula Almeida Aragão, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Brasil. aragao_hc@hotmail.com

A pesquisa propõe uma reflexão acerca da atuação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e sua relação com a garantia de direitos, considerando que pessoas com deficiência são mais vulneráveis à terem direitos violados. O objetivo principal da pesquisa é identificar o perfil das pessoas com deficiência no município de São Sebastião e investigar como se dá a garantia de seus direitos por meio de seu acesso aos serviços que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. São objetivos específicos conhecer a realidade social e identificar as vulnerabilidades das pessoas com deficiência, conhecer os serviços que compõem Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, identificar a ocorrência de violências e violação de direitos direcionadas às pessoas com deficiência, identificar a contribuição do setor de saúde para o acesso aos demais direitos garantidos às pessoas com deficiência e detectar a existência de ações de saúde com foco na prevenção da violência e proteção dos direitos no município de São Sebastião. Para realização deste trabalho faz-se necessário discutir a complexidade do conceito de pessoa com deficiência, as mudanças que vem ocorrendo durante o processo de construção deste conceito, apropriando-se do que foi produzido a partir da abordagem do modelo médico e da alternativa trazida pela abordagem a partir do modelo social, passando a deficiência a ser vista para além da lesão que causa uma limitação e sendo discutida a partir das diversas barreiras sociais impostas a este grupo de pessoas. Essa mesma mudança de perspectiva e apropriação da abordagem trazida pelo modelo social pode ser observada no documento da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas de 2006 e no Relatório Mundial sobre Deficiência da Organização Mundial de Saúde de 2012. A construção da legislação e das políticas públicas no Brasil tem se apropriado desses conceitos em sua formulação, como é o caso da estratégia de atenção em saúde proposta pelo Ministério da Saúde, com a instituição da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, que será o foco de estudo para essa pesquisa. A composição da chamada Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência se dá pela por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência, tendo como objetivo geral a ampliação do acesso e qualificação do atendimento, promoção do vínculo dos usuários e familiares aos serviços e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. A instituição da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência pelo Ministério da Saúde, com a previsão de aporte de recursos para custeio dos pontos de atenção especializados trouxe um alento às equipes técnicas e uma expectativa de que poderão investir na qualificação e ampliação da rede de atendimento já ofertado pelo município. No município de São Sebastião, a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência encontra-se em processo de construção e muitos desafios são percebidos para sua efetivação no cotidiano dos serviços. A predominância do conceito de pessoa com deficiência a partir da abordagem oferecida pelo modelo médico ainda é hegemônica na maioria dos serviços de saúde, demais serviços públicos e em nossa sociedade. Esse fator pode ser um desafio para construção da rede de saúde e para o acesso aos direitos garantidos, pois a pessoa com deficiência muitas vezes tem seu atendimento, assim como sua participação na sociedade cerceada, permanecendo confinada aos serviços especializados, não circulando nos demais serviços de saúde e de outras políticas públicas, onde poderiam acessar e garantir seus direitos assegurados pela lei atual do Estatuto da Pessoa com Deficiência. A pesquisa constará de duas fases, uma primeira fase preliminar, de caráter exploratório para levantamento de informações referentes às pessoas com deficiência no município de São Sebastião, assim como para constituição do perfil dos sujeitos da pesquisa. A segunda fase direcionada à coleta de dados com fontes primárias. O tipo de pesquisa utilizada será de natureza quantitativa e qualitativa, compreendendo que a utilização de ambos os métodos poderá contribuir para o alcance dos objetivos. A coleta de dados se dará por meio de utilização de questionário e entrevista semiestruturada. Os dados obtidos serão analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. O conceitos e reflexões apresentados são recentes em nossa sociedade, percebemos a existência de um longo caminho a ser trilhado, essa pesquisa deseja construir alguns passos nesse caminho que sejam passos na direção da desconstrução das barreiras e construção de uma rede de saúde capaz de promover, em condições de igualdade, o acesso aos direitos das pessoas com deficiência.

Cuidado Farmacêutico na farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: da modelagem à reorganização do processo de trabalho.

Ediane de Assis Bastos, Roberto Eduardo Schneiders, Rodrigo Fernandes Alexandre, Deise Regina Sprada Pontaroli, Kelly Cristiane Gusso Braga, José Miguel do Nascimento Júnior, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil; Departamento de Assistência Farmacêutica, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, Brasil.
ediane.bastos@saude.gov.br

Com os dados do diagnóstico foi realizada a reestruturação dos processos de trabalho, considerando-se a capacidade instalada, o número de farmacêuticos e demais técnicos que atuam na farmácia, o número de consultórios e de horários disponíveis na agenda. A modelagem do serviço foi realizada a partir da experiência da Atenção Básica e envolveu a definição da população alvo, o fluxo de trabalho, a agenda de capacitações e a adaptação dos instrumentos e formulários. A implementação do serviço ocorreu entre setembro e dezembro de 2015, após um piloto do modelo realizado em agosto de 2015.

Resultados e Discussão: Verificou-se, por meio do diagnóstico do processo de trabalho na farmácia do CEAF, que as atividades administrativas e a dispensação demandavam o maior tempo dos farmacêuticos. A inserção do cuidado farmacêutico foi possível pelo desenvolvimento de um plano participativo de reestruturação dos processos de trabalho sem que prejudicasse o acesso ao medicamento para os usuários. Considerando-se a capacidade da farmácia, foram definidos os critérios de seleção de pacientes, e desenvolvidos formulários específicos para serem empregados aos usuários portadores de artrite reumatoide ou artrite psoríaca. Definiu-se que após a primeira consulta farmacêutica, alguns pacientes receberiam alta do serviço, outros seriam contrarreferenciados para a Atenção Básica e, os demais seriam acompanhados na própria farmácia do CEAF. Utilizando-se da técnica da capacitação em serviço, seis farmacêuticos foram treinados em relação ao método clínico, aos PCDT e a aplicação dos diferentes instrumentos, tanto aqueles adaptados da Atenção Básica, quanto aos novos desenvolvidos. A divisão das tarefas e a delegação de atividades administrativas a outros profissionais permitiram o desenvolvimento da clínica farmacêutica aos pacientes selecionados e a supervisão e dispensação dos medicamentos aos demais usuários. Após validação, o novo modelo de serviço foi implantado, com a realização de 199 consultas farmacêuticas, sendo 122 primeiras consultas aos pacientes selecionados e as demais, consultas de retornos. A maioria dos usuários atendidos é do sexo feminino (71,3%), com média de idade de 52 anos (Intervalo interquartil 25–75%= 41 - 64). Cada usuário relatou ter na primeira consulta, em média, 4,2 problemas de saúde e fazer uso de aproximadamente 7,3 medicamentos. Foram identificados 279 problemas relacionados à farmacoterapia e realizadas 669 intervenções farmacêuticas no período.

Contribuições: A experiência vivida com o cuidado farmacêutico no CEAF permitiu aos farmacêuticos e ao serviço: a) reorganização do processo de trabalho em que as atividades específicas do cuidado farmacêutico poderiam ser desenvolvidas sem prejudicar as demais atividades da farmácia; b) desenvolvimento de um pensar diferenciado de cuidado em saúde, passando de uma percepção centrada no medicamento, para uma visão mais ampla, em que cada usuário é visto como um indivíduo complexo e inserido num contexto sócio, cultural e econômico diferente; c) desenvolvimento de uma cultura clínica em que a intervenção dos profissionais farmacêuticos pode melhorar a farmacoterapia, a relação com os outros profissionais de saúde e, com isso, contribuir para a maximização dos resultados em saúde.

Horário: 15.45 - 16.15



Horário: 16.15 - 17.30 **Sessões paralelas**

Sessão 12

Sala 5

Tema: *Gestão e organização do trabalho*

Moderador:

Estratégias para a promoção das relações socioprofissionais em unidades de Atenção Primária à Saúde: percepções dos gestores e profissionais sobre a influência das condições e organização dos processos de trabalho.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Maria Salete Bessa Jorge;UECE, Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos; UECE, Jamine Borges de Moraes; UECE, Indara Cavalcante Bezerra;UECE e Fernando Sergio Pereira de Souza: UFPI, Brasil. ilsetigre@hotmail.com

OBJETIVOS: Analisar estratégias para a construção das relações de trabalho na perspectiva dos gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-CE-BRASIL.

INTRODUÇÃO: O bem-estar no trabalho está relacionado às condições de trabalho, aos benefícios sociais do trabalho, à segurança e à saúde do trabalhador e à experiência de expressividade pessoal e de autorrealização. O bem-estar no trabalho, segundo Daniels (2000), consiste em uma experiência cumulativa de afetos relativa a domínios específicos da vida e, portanto, pode ser considerado em relação ao trabalho. Para Albuquerque e Tróccoli (2004), o estudo do bem-estar refere-se à produção acadêmica de investigações acerca da felicidade. No que tange ao bem-estar geral, pode-se dividi-lo em duas correntes: a do bem-estar subjetivo e a do bem-estar psicológico, sendo a principal diferença a concepção de felicidade adotada. No âmbito nacional, a literatura se desenvolve com Paz (2004) apresentando uma proposta para o construto mais voltada para o contexto organizacional, considerando aspectos situacionais que seriam indissociáveis do construto. Paz (2004) passa a trabalhar com dois pontos principais: gratificação e desgosto. O primeiro contempla a percepção do colaborador a respeito da valorização do trabalho (percepção de que o trabalho é importante para si mesmo, para a organização e para a sociedade); reconhecimento pessoal (ser admirado e recompensado por sua competência); autonomia (liberdade para executar o trabalho no seu estilo pessoal); expectativa de crescimento (possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional); suporte ambiental (percepção de segurança, apoio material, tecnológico e social); recursos financeiros (justa relação de troca entre trabalho realizado e salário recebido) e; orgulho de pertencer à organização.

MÉTODO: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, recorte de pesquisa sobre gestão de pessoas na Atenção Primária de Saúde, desenvolvido no município de Fortaleza - CE, no período de janeiro a dezembro de 2015. Como critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa, consideraram-se: tempo de atividade na instituição de, pelo menos, um ano. Ao final, o estudo contou com a participação de 30 participantes, sendo 12 gestores e 18 enfermeiros, quantitativo estabelecido pelo desenho do mapa temático, configurado previamente em torno da dimensões bem-estar no trabalho, encontradas nas entrevistas realizadas. A coleta de dados foi realizada nas unidades de Atenção Básica das 6 Regionais de Saúde de Fortaleza (SERES), sendo os profissionais e gestores convidados a participar da pesquisa através de uma entrevista com a questão norteadora: que estratégias você identifica na unidade como promotora do bem-estar no trabalho? As entrevistas foram gravadas com anuência dos profissionais, a fim de garantir maior fluência, fidelidade e agilidade ao processo, bem como melhor interação entre entrevistador e entrevistado. Os registros foram transcritos na íntegra e, após esta etapa, passaram por processo analítico e descritivo a partir do referencial da Análise Temática, considerada uma das técnicas que melhor se adequam à investigação qualitativa (ASSIS, JORGE, 2010) em que foram identificadas as percepções sobre as estratégias de promoção de bem-estar no trabalho pelos gestores e profissionais.

RESULTADOS: As dificuldades encontradas no local de trabalho (falta de recursos, a mudança dos horários, a falta de profissionais, precarização da situação de emprego, ausência de educação permanente, e outros), acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral das equipes, dada a complexidade desta prática dificultando o bem-estar no trabalho.

Paz (2004) pressupõe que as características pessoais medem o impacto da organização sobre os indivíduos que nela trabalham, afetando assim o bem-estar destes seres, a depender da subjetividade de cada um.

Em uma perspectiva integradora, as evidências mais recentes defendem que o bem-estar no trabalho pode ser conceituado como um fenômeno multidimensional, constituído e compreendido por competência individuais para lidar com situações concretas da vida laboral, onde sofre impactos de variáveis individuais e do ambiente, e suas interações (FERREIRA; SOUZA & SILVA, 2012).

Não foi mencionada nenhuma ação gerencial que focasse na dimensão do bem-estar no trabalho, embora a adoção de estratégias que visassem essa dimensão poderia facilitar aos gestores compreenderem as relações dos profissionais com as atividades que executam e a preverem o efeito dessas reações sobre o comportamento organizacional e suas relações interpessoais.

As percepções de clima organizacional possuem características multifacetada que vão desde uma descrição individual da experiência organizacional até a reações afetivas ou avaliativas as quais têm sido experienciadas

pelos os profissionais. Embora as descrições não possam ser completamente separadas de suas evoluções, as distinções entre reações descritivas e avaliativas das experiências organizacionais fazem a distinção do clima organizacional quando visualizado pela satisfação no trabalho e possibilitam a ampliação desta análise, quando compartilhadas pelos membros da organização.

Os profissionais de saúde, além de estarem expostos a cargas de trabalho significativas, que solicitam um treinamento e uma capacitação contínua e adequada como também um suporte para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas, ainda enfrentam condições de trabalho inadequados a nível de estrutura física, de escassez de materiais e medicamentos e, diante disso, ficam expostos a situações nas quais a manutenção de sua identidade, de comprometimento fica prejudicada e interferem na sua saúde de forma negativa, trazendo inclusive danos à saúde do profissional.

O bem-estar na percepção tanto dos gestores como dos profissionais tem forte associação com a dimensão desenvolvimento e oportunidade de carreira quando retrata a relevância social do trabalho, e a oportunidade de crescimento, na percepção de profissionais e gestores que enfatizam nas ações intersetoriais o desenvolvimento do senso da responsabilidade social e a importância que essa ação tem em seu âmago a sensação de bem-estar ligado ao reconhecimento da comunidade e na motivação que os impulsiona para a ação de novos projetos.

Foi mencionado pelos gestores a ideia de que o contexto de trabalho, suas condições, organização e suas relações socioprofissionais, se apresentam como um lugar excepcional para a possibilidade de realização pessoal e coletiva e da construção do bem-estar no trabalho.

Foi lembrado nas entrevistas pelos profissionais que o Bem-estar no Trabalho vem tangenciado por temáticas como saúde do trabalhador, segurança nos processos de trabalho, mapa de risco, burnout, resiliência, gerenciamento de conflitos, falta de feedback, entre outros. Quando se agrega valor ao ato de comunicar e do uso eficaz da tecnologia, pode-se observar que o desenvolvimento nas relações das pessoas torna-se efetiva.

Como estratégia percebida pelos profissionais há necessidades de apreciação do seu trabalho pela equipe de saúde e pelo gestor e as possibilidades de atuar criativamente na solução de problemas do trabalho, desenvolvendo competências e habilidades, sendo desafiado pelo trabalho inovador que foram questões expostas nas entrevistas com os profissionais como elemento de bem-estar

Considerações finais: O fortalecimento das relações socioprofissionais, quer seja entre os membros da equipe, quer seja com seus coordenadores/gestores, se estabelece a integração, e dá suporte em períodos de mudanças e novas conjunturas, na manutenção ou adaptação a novas situações, na realização de novos processos de trabalho, valorizando cada atividade, realizada no individual e mais ainda no coletivo, o que, muitas vezes, pode produzir um resultado terapêutico, permitindo às pessoas descobrirem suas próprias fragilidades e fortalezas

Encontramos a necessidade de implantação de um conjunto abrangente de investimentos que irão influenciar o bem-estar e a produtividade dos indivíduos. Numa posição horizontal, identificaram-se profissionais, representados por componentes da equipe de saúde da família, e gestores, pessoas responsáveis por atividades de coordenação das unidades de Atenção Primária, representando uma relação que deve buscar a horizontalidade, podendo ser efetivada pelo diálogo e reconhecimento do trabalho um do outro.

A gestão participativa do trabalho na região centro-oeste do Brasil: fragilidades e potencialidades.

Rosana Lúcia Alves de Vilar, Janete Lima de Castro, Maria Aparecida Dias e Hylarina Montenegro Diniz, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. rosanaalvesrn@gmail.com

Objetivos: Analisar a percepção dos trabalhadores sobre a gestão participativa no trabalho;

Mapear as potencialidades e fragilidades da gestão participativa no trabalho conforme a vivência dos trabalhadores

Contexto e descrição do problema: A Política Nacional de Humanização foi instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil no ano de 2003, com propósito de contribuir para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários no processo de trabalho. O documento base que a instituiu, justificando a sua necessidade, considera a persistência de problemas relacionados ao acesso dos serviços de saúde; à desvalorização dos trabalhadores de saúde; ao baixo investimento em processos educativos, tendo em vista a forma de gestão centralizada dos serviços e o frágil vínculo com os usuários como fortes determinantes da desumanização. As diretrizes dessa política traduzem um conjunto de orientações importantes e se revestem de um eixo discursivo que abrange múltiplas intenções, destacaremos aqui a gestão participativa do trabalho no SUS como modelo pautado na democracia e no trabalho

em equipe, que considera os trabalhadores como sujeitos co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem, considerada de grande importância para humanização da gestão e da atenção nos serviços de saúde.

Teorias, métodos, modelos, materiais utilizados: A tese sobre democracia de alta intensidade preconizada pelo autor português Boaventura de Souza Santos, embasa os pressupostos da gestão participativa no trabalho na qual o protagonismo dos sujeitos reinventa e reconstrói o modo de fazer no processo de trabalho. O tema da gestão participativa foi objeto de discussão e investigação em um curso sobre gestão do trabalho e educação na saúde, realizado para trabalhadores do SUS para estados da região centro-oeste do Brasil. Os dados foram coletados em um fórum de discussão que abordou as potencialidades e as fragilidades da gestão participativa no trabalho conforme a vivência dos trabalhadores. No fórum foram postadas 392 falas sobre a temática em questão. A interpretação das informações coletadas foi fundamentada na análise documental e na abordagem sociológica denominada de cartografia simbólica das representações sociais proposta pelo autor Boaventura de Souza Santos que possibilita o estudo de uma realidade, tendo como referência os mapas em sentido metafórico.

Resultados e discussões: Os resultados apontam que todos os participantes da discussão reconhecem a importância da gestão participativa no trabalho para a abertura de espaços de exercício da democracia, possibilitando o protagonismo e o reconhecimento de todos que vivenciam o processo de trabalho no serviço de saúde. Tal posicionamento fortalece a tese de Boaventura de Souza Santos no que concerne ao caminho da democracia participativa para ampliação do cânone democrático, no qual podem ser instituídas novas gramáticas sociais internalizando uma democracia de alta intensidade. Foram evidenciadas como fragilidades para a gestão participativa no trabalho em saúde no SUS: postura corporativa dos trabalhadores; desresponsabilização dos trabalhadores transferindo a responsabilidade da gestão para outras instâncias superiores; apatia dos trabalhadores e usuários; descrédito dos trabalhadores e gestores nas práticas de gestão participativa; falta de autonomia do gestor secretário municipal de saúde; rotatividade do gestor e descontinuidades da gestão; desconhecimento e despreparo dos trabalhadores e usuários e falhas na comunicação. E como potencialidades: criação de alguns coletivos de co-gestão nos serviços destacando-se: mesa de negociação coletiva do trabalho, grupos de colegiados e comitês gestores e ouvidoria; apoio institucional como estratégia para construção de caminhos e soluções; atuação das ouvidorias e do Ministério Público; processos educativos em andamento; divulgação de experiências exitosas.

Contribuições e interesse em relação às práticas atuais: A análise dos processos participativos no trabalho mostraram que aconteceram mudanças no SUS, a partir de uma legislação instituidora e da implementação de práticas que apesar das contradições e limites, têm criado as possibilidades de emergências de novos atores, de novas práticas sociais e de um novo tipo de relação Estado-sociedade.

Uma discussão sobre intersetorialidade e gestão no campo das políticas sociais públicas.

Camília Susana Faler, Michele Gaboardi Lucas, Rafaela Bederiva, Fernanda da Cruz Bertan, Karine Schwaab Brustolin, Francine Cristine Garghetti e Sayonara de Fátima Teston, UNOESC Chapeco/SC, Brasil. camilafaler@yahoo.com.br

A gestão pública é que trata as funções de gerência pública dos interesses do governo (Santos, 2006). No entanto, a gestão pública brasileira apresenta caminhos tortuosos, pois é afetada por processos históricos e estruturais, tais como, a modernização conservadora, a recorrência de surtos autoritários, o clientelismo, a corrupção institucionalizada, um Estado precocemente atrofiado e multifacetado cujas ligações com os interesses da sociedade basicamente foram permeadas por duas orientações –uma racional-legal e outra patrimonialista–uma máquina administrativa desigual e desequilibrada que se caracteriza pelas tensões e dissociações entre a administração direta e indireta (WANDERLEY, RAICHELIS, 2001, p. 167). A partir das últimas décadas se observa que a gestão administrativa nos vários níveis de governo e entes federados, trouxe a pauta da Intersetorialidade. Pressupõe que esta discussão tenha ocorrido considerando o avanço e expansão dos programas, serviços e benefícios vinculados as políticas sociais públicas especialmente a política de Saúde, tais como: Estratégia Saúde Família (ESF/1994), Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF/2008) Bolsa Família(2003), Saúde na Escola(PSE/2009) etc. Nascimento (2010) corrobora que a intersetorialidade nas políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas. Assim, a gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado

território(JUNQUEIRA, 1999).O objetivo deste artigo foi de compreender a Intersetorialidadenos espaços de gestão das políticas sociais públicas. Esta pesquisa trata-se de um estudo documental realizadas em portarias, planos, resoluções, leis brasileiras que fundamentama política de saúdedisponível em site oficiais do governo no período de 1988 a 2013, tendo sidoincluídas as palavras chaves: intersetorialidade, políticas públicas e gestão pública. A análise realizada foi de conteúdo(Bardin, 2002). Os resultados apresentam que a gestão pública traz em seus documentos legais e oficiais um vínculo esustentaçãoa partir da intersetorialidade, e sugere que gestores e demais responsáveis tenham uma visão intersetorial. Existe uma relação intrínseca com a categoria gestão ea intersetorialidade, nas produções legais. Conclusões: A Gestão pública e a intersetorialidade parecem se conjugarem, designando-se como um novo paradigma, uma vez que o objetivo é promover uma maior articulação entre os setores,otimizando recursos públicos e ampliando acesso de serviços numa ótica intersetorial.

Itinerário terapêutico de usuários de medicamentos do SUS na atenção básica: as idas e vindas para o acesso integral.

Luciane Cristina Feltrin Oliveira, Annyelle Antonia Braga e Maria Angela Alves do Nascimento, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil. feltrinlc@yahoo.com.br

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: A Assistência Farmacêutica (AF) é definida como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, estando aí incluso o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da RENAME; conservação e o controle de qualidade, segurança e a eficácia terapêutica; acompanhamento e avaliação da utilização; educação permanente para assegurar o uso racional de medicamentos. No entanto, a realidade mostrada por diversos estudos sobre a AF na atenção básica mostra que problemas como o desabastecimento de medicamentos e o uso irracional são frequentes e muitos são os desafios que os usuários enfrentam para ter acesso aos medicamentos necessários á sua terapêutica (BRASIL, 1998; GUERIN G. D, ROSSONI, E.; BUENO, D. 2012). Assim, este estudo teve como objeto analisar o itinerário terapêutico de usuários de medicamentos do SUS na Atenção Básica de um município de grande porte localizado na região do semiárido baiano, a partir dos dispositivos acesso e acolhimento.

METODOLOGIA: trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativo, realizado em Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte localizado na região do semiárido baiano. Os participaram do estudo foram classificados em dois grupos: Grupo 1 – Usuários cadastrados nas USF a mais de 6 meses, maiores de 18 anos (n=20); Grupo 2 - trabalhadores das equipes de saúde da família com experiência de no mínimo seis (6) meses na USF (n=15). As técnicas de coleta de dados empregadas foram a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. O método de análise de dados foi a análise de conteúdo. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, esta obedeceu à Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO: de maneira geral, no cenário estudado, todos os usuários entrevistados se depararam, em algum momento da assistência, com a não disponibilidade de medicamentos nas USF. A Política Nacional de Medicamentos foi instituída para assegurar que a população tivesse acesso aos medicamentos considerados essenciais. No entanto, mesmo com a criação da PMN e a reorientação da AF através da descentralização e municipalização da gestão, o acesso e o uso racional de medicamentos ainda não são realidades na localidade estudada. De fato, nas USF estudadas percebemos a falta dos medicamentos considerados essenciais e que são distribuídos na atenção básica. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população e devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade. Logo, é possível notar um descompasso entre o que está instituído legalmente e a realidade estudada. As falhas no âmbito gerencial e assistencial são perceptíveis através, principalmente, da indisponibilidade de alguns medicamentos essenciais prescritos nas unidades de saúde. Esse problema pode ser resultado de diversos fatores, entre eles falhas no ciclo da AF, como, por exemplo, nas etapas de seleção e programação dos medicamentos. Através do uso dos itinerários terapêuticos, uma ferramenta útil para subsidiar o conhecimento acerca de como ocorre a busca dos sujeitos pela saúde, construída através de hábitos e crenças populares, identificamos que os participantes do estudo mostraram que a maioria não consegue adquirir todos os medicamentos prescritos gratuitamente no SUS e poucos recebem informações sobre alternativas de como conseguir este medicamento, ouvindo apenas “infelizmente não tem ou veio pouco e já acabou”; “volta daqui uns dez dias que chega novamente, mas vem cedo que pode acabar”. Alguns usuários, através de informações obtidas de parentes e amigos procuram alternativas como a farmácia popular, porém poucos tem acesso a essa informação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar do avanço proporcionado pela criação de um sistema de saúde público de acesso universal, estamos um pouco distantes dessa universalidade. Em relação à AF, o acesso a medicamentos considerados essenciais de forma gratuita não é integral, é fragmentado e parcial, o que compromete a

resolubilidade do sistema e obriga os usuários a construir caminhos alternativos na tentativa de obter seus medicamentos. Apontar e compreender quais os fatores contribuem para a não resolubilidade da atenção à saúde nas USF é uma forma de contribuir para a melhoria do sistema e do cuidado à saúde.

Pesquisas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde: aplicabilidade dos resultados nos processos de trabalho.

Jamiré Moraes, Maria Salete Bessa Jorge e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Sessão 13

Sala 6

Tema: L'amélioration de la santé des populations : un enjeu intersectoriel.

Sessão organizada: Lise Lamothe, Fernando Neves Hugo, Département de la dentisterie préventive et sociale, Faculté de médecine dentaire, Université du Rio Grande do Sul, Alexandre Bugelli et François Lamy, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Brasil/Québec. lise.lamothe@umontreal.ca

Pour concrétiser l'utilisation des déterminants de la santé pour l'amélioration de la santé des populations, la santé doit être un bien collectif, un potentiel pour augmenter les conditions de vie citoyenne, pour mieux contrôler les conditions systémiques de ceux qui vont devenir malades. Dans cette perspective, la santé est une affaire de tous, qui nécessite un engagement de l'ensemble des secteurs de la société qui peuvent avoir un impact sur la santé. Le but de cette session est de parler des défis et des enjeux d'implanter des mesures qui font intervenir des déterminants de la santé et qui rassemblent des acteurs de différents secteurs de la société, qui peuvent avoir des buts différents, des enjeux qui ne cadrent pas dans une perspective de la santé.

Les impacts des politiques macroéconomiques et des politiques sociales sur les déterminants sociaux de la santé : le cas du Programa Bolsa Família au Brésil.

Alexandre Bugelli, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Québec

La responsabilité populationnelle : Des enjeux qui défient les pratiques de gestion d'acteurs intersectoriels d'un territoire socio sanitaire.

François Lamy, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Québec. francois.lamy@umontreal.ca

La réponse aux besoins d'une population (approche populationnelle) nécessite un partage de responsabilités qui dépasse les cadres habituels du système de santé. Pour avoir un impact et améliorer la santé d'une population, le système de santé doit intervenir sur les facteurs environnementaux qui agissent sur la santé et le bien-être. (Déterminants de la santé) Dans cette perspective, le système de santé ne peut agir seul, et les actions pour améliorer la santé d'une population doivent se retrouver dans un cadre où l'action sur les déterminants de la santé n'est pas une responsabilité exclusive du système de santé, mais une responsabilité qu'il partage avec différents partenaires de la société. (Éducation, municipal, emploi, économie). Ces pratiques de gestion centrées sur le développement de partenariats sont fondées dans une approche que l'on définit comme intersectorielle. Le but de cette présentation est d'explorer les aptitudes et les pratiques de gestion nécessaires à une approche intersectorielle et le développement de partenariats.

Les défis de l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de base

Fernando Neves Hugo, Département de la dentisterie préventive et sociale, Faculté de médecine dentaire, Université du Rio Grande do Sul, Brasil

Sessão 14

Sala 7

Tema: Estratégias de gestão participativa no trabalho dos profissionais de saúde

Moderador: Mônica Vieira – Brasil

(Ri-)organizzare la collaborazione: interazioni di cura nell'esperienza dei volontari attivi in leniterapia.

Giulia Mascagni, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali (DSPS). Università degli Studi di Firenze, Italia. giulia.mascagni@unifi.it

Resumen

Contexto y descripción del problema: Esta comunicación presenta los primeros resultados de una investigación realizada entre profesionales activos en el ámbito sanitario (médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, operadores sociosanitarios) y entre voluntarios formados (pero no especializados), unidos por el empeño en actividades de voluntariado para la *FILe Fondazione Italiana di Leniterapia*, organización no lucrativa que desarrolla su actividad en el ámbito de los cuidados paliativos (o terapia del dolor): ofreciendo tanto asistencia a enfermos oncológicos o crónicos en fase terminal, como desarrollando actividades de promoción de la investigación, divulgación, formación, actualización.

El sistema sanitario nacional italiano en su actual estructura organizativa prevé como es sabido la atención y el cuidado de la persona-paciente. Esta acción, con demasiada frecuencia y de forma contradictoria, difiere del imperativo del ahorro y de relativas prioridades y protocolos. Comenzando por los tiempos dedicados a la comunicación y a la escucha recíproca entre los miembros de los equipos sanitarios, así como al espacio y a la atención dirigidas a la promoción, recogida y valoración de las narraciones de enfermedades manifestadas por los pacientes y hasta ahora sólo implementadas raramente en las prácticas clínicas.

En este escenario, la presencia de voluntarios puede representar un elemento de rotura de las precedentes y consolidadas dinámicas de relación. Esta rotura que puede traducirse a su vez en mayores niveles de desencuentro y conflictualidad entre los actores involucrados; incluso en una nueva ocasión para desplazar el barómetro del clima del hospital de una situación de prevalente discordancia emocional (Abraham 1998) a una de resonancia (Elias 1982): resultado de la promoción de procesos de valorización del diálogo, de construcción de relaciones de confianza, de armonización entre las peticiones de la organización y el sentir más íntimo de los individuos.

Objetivos: Teniendo en cuenta la lista de exigencias manifestada por la misma Fundación FILE, hacer más sinérgica y eficaz la acción de todos sus voluntarios en los hospitales florentinos y por esodos han sido los objetivos compartidos. Primero: observar las dinámicas de interacción internas en los equipos “mixtos” de profesionales-voluntarios y voluntarios formados y entre equipos, ingresados y familiares que cuidan. Segundo; pero no de menor importancia: remarcar y analizar las emociones dominantes entre los voluntarios de cada grupo profesional, teniendo en cuenta la imprescindible unión que une las mismas emociones y las formas de interacción de los sujetos implicados.

Teorías, métodos, modelos, materiales: El estudio ha sido realizado en el arco de 4 meses entre noviembre de 2014 y febrero de 2015 y ha involucrado a los tres hospitales gestionados por la Empresa Sanitaria de Florencia situados en el área urbana de la ciudad. La metodología utilizada se ha basado en una serie de coloquios preliminares con interlocutores privilegiados y en la administración de breves cuestionarios con respuestas abiertas. La muestra de referencia tomada entre unas 80 personas-voluntarios formados y operadores voluntarios que ofrecen asistencia cualificada y gratuita en las estructuras hospitalarias- por un total de 67 cuestionarios recogidos: 32 entre los voluntarios, 35 entre los operadores.

Resultados: La experiencia de investigación reconstruyendo y analizando las dinámicas de acciones y de reacciones interrelacionadas entre las diferentes figuras presentes e interagentes en hospitales especializados, ha sido el estímulo y - en fase de restitución de los primeros resultados - ha ofrecido material para: a) una reflexión común sobre las criticidades y para delinear las prioridades de cambio y las posibles direcciones; b) poner en evidencia y leer aspectos cotidianos inéditos e inaccesibles y una mirada sólo “al interior”; c) individuar mejor las eventuales dinámicas y líneas de conflicto. En los lugares en las que éstas se han encontrado se ha intentado plantear una acción de posible “desactivación”, de organizar una intervención capaz de volver a dar sinergia y fluidez al “sistema” FILE, a través de la promoción de encuentros directos, intercambios y confrontación entre todos los voluntarios.

Los procedimientos de interpretación de los textos coleccionados han llevado a identificar también/incluso entre los voluntarios activos en la FILE la crucialidad del *reconocimiento de una finalidad compartida* y de la *interdependencia de las tareas*. Estos conocimientos de los hechos provocan una reacción en cadena de dinámicas virtuosas, incentivando la sinergia entre los actores, incluso cuando originariamente tienes posiciones diferentes; además, promueven un bienestar que es un bienestar colectivo en el sentido más amplio: no sólo de quien trabaja en la asociación - y está por eso “dentro del grupo” - sino sobre todo de quien entra en contacto con el grupo tanto

por interacciones de tipo operativo/laborales (otros voluntarios) como por relaciones de ayuda y cuidado (hospitalizados y familiares).

Contribución: Los resultados que se manifiestan ponen en evidencia dos áreas diferentes de potencial criticidad: desde la parte de los voluntarios y operadores voluntarios la de la conflictualidad en las interacciones en hospitales especializados; desde la parte de los voluntarios (todos) y los pacientes la del desconcierto emotivo en el desarrollo de las prácticas cotidianas. Nuevos esfuerzos en términos de formación, una renegociación más cuidada de las tareas y del desarrollo de competencias de escucha y de expresiones con la finalidad de construir un diálogo eficaz son las palancas más importantes para superar las eventuales falacias del actual sistema de cooperación y para eliminar o reducir tanto el nivel de conflictualidad entre voluntarios (pero también entre voluntarios y otros cuidadores) como para construir un clima relacional lo más sereno posible, garantizar a los asistidos una ayuda acorde con sus expectativas y necesidades, esquivando los riesgos más graves de los procesos estresantes.

Riassunti

Contesto e descrizione del problema: Questa comunicazione presenta i primi risultati di una ricerca condotta tra professionisti attivi in ambito sanitario (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, operatori sociosanitari) e tra volontari formati (ma non specializzati), accomunati dall'impegno in attività di volontariato per *FILe Fondazione Italiana di Leniterapia*, ente non profit che opera nell'ambito delle cure palliative (o leniterapia): sia offrendo assistenza a malati oncologici o cronici in fase terminale, sia con attività di promozione della ricerca, divulgazione, formazione, aggiornamento.

Il sistema sanitario nazionale italiano nella sua attuale declinazione organizzativa prevede come è noto la presa in carico e in cura della persona-paziente. Questa azione troppo spesso e contraddittoriamente si trova a divergere con l'imperativo dell'economicismo e relative priorità e protocolli. A cominciare dai tempi dedicati alla comunicazione e al reciproco ascolto tra membri delle équipe sanitarie, così come allo spazio e all'attenzione rivolte alla promozione, raccolta e valutazione delle narrazioni di malattia espresse dai pazienti e ancora solo raramente implementate nella prassi clinica.

In questo scenario, la presenza dei volontari può rappresentare un elemento di rottura delle precedenti e consolidate dinamiche relazionali. Rottura che può a sua volta tradursi in maggiori livelli di attrito e conflittualità tra attori coinvolti; ma anche in una nuova occasione per spostare il barometro del clima ospedaliero da una situazione di prevalente dissonanza emotiva (Abraham 1998) ad una di risonanza (Elias 1982): esito della promozione di percorsi di valorizzazione del dialogo, di costruzione di rapporti di fiducia, di armonizzazione tra le richieste dell'organizzazione e il sentire più intimo dei singoli.

Obiettivi : Sulla scorta dell'esigenza espressa dalla stessa Fondazione FILe di rendere più sinergica ed efficace l'azione di tutti i suoi volontari negli hospice fiorentini, due sono stati gli obiettivi condivisi. Primo: osservare le dinamiche di interazione interne alle équipe "miste" di professionisti volontari e volontari formati e tra équipe, degenti e familiari accudenti. Secondo ma non di secondaria importanza: rilevare e analizzare le emozioni dominanti tra i volontari di ogni appartenenza professionale, proprio tenendo conto dell'imprescindibile intreccio che lega insieme le emozioni stesse e le forme di interazione dei soggetti coinvolti.

Teorie, metodi, modelli, materiali : Lo studio è stato condotto nell'arco di 4 mesi tra novembre 2014 e febbraio 2015 e ha coinvolto i tre hospice gestiti dall'Azienda Sanitaria di Firenze presenti nell'area urbana. La metodologia utilizzata si è basata su una serie di colloqui preliminari ad interlocutori privilegiati e sulla somministrazione di brevi questionari a risposta aperta. Il campione di riferimento è stato costituito dai circa 80 tra volontari formati e operatori volontari che prestano assistenza qualificata e gratuita presso i presidi ospedalieri, per un totale di 67 questionari raccolti: 32 fra i volontari, 35 fra gli operatori.

Risultati: L'esperienza di ricerca, ricostruendo e analizzando le dinamiche di azioni e di reazioni intercorrenti tra le diverse figure presenti in hospice e interagenti, è stata lo stimolo e - in fase di restituzione dei primi risultati - ha offerto materiale per: a) una comune riflessione sulle criticità e per delineare le priorità di cambiamento e le possibili direzioni; b) porre in evidenza e leggere aspetti quotidiani inediti e inaccessibili ad uno sguardo solo "interno"; c) individuare meglio le eventuali dinamiche e linee di conflitto. Là dove queste sono state riscontrate si è infine tentato di impostare una azione di possibile "disinnesco", di organizzare un intervento capace di ridare

sinergia e fluidità al “sistema” FILE, attraverso la promozione di incontri diretti, scambi e confronti tra tutti i volontari.

Le procedure di interpretazione dei testi collezionati hanno portato ad individuare anche tra i volontari attivi in FILE la crucialità del *riconoscimento di un fine condiviso* e dell'*interdipendenza dei compiti*. Queste consapevolezze innescano dinamiche virtuose, incoraggiando la sinergia tra attori, anche quando originariamente su posizioni differenti; promuovono inoltre un benessere che è benessere collettivo nel senso più ampio: non solo di chi opera nella associazione - ed è dunque “dentro al gruppo” - ma innanzitutto di chi entra a contatto con il gruppo sia per interazioni di tipo operativo/lavorativo (altri volontari) sia per relazioni di supporto e cura (degenti e familiari).

Contributo : Le risultanze che si delineano pongono in evidenza due diverse aree di potenziale criticità: sul fronte volontari e operatori volontari quella della conflittualità nelle interazioni in hospice; sul fronte volontari (tutti) e pazienti quella del turbamento emotivo nello svolgimento delle pratiche quotidiane. Nuovi sforzi in termini di formazione, una più attenta rinegoziazione dei compiti e lo sviluppo di competenze di ascolto e di espressione finalizzate alla costruzione di un dialogo efficace sono le leve più preziose per superare le eventuali fallacie dell’attuale sistema di cooperazione e per eliminare o ridurre tanto il livello di conflittualità tra volontari (ma anche tra volontari e altri curanti) quanto per costruire un clima relazionale il più possibile sereno, garantire agli assistiti un supporto in linea con le loro aspettative e bisogni, scongiurare i più gravi rischi dei processi stressogeni.

Gestão Participativa no Trabalho em Saúde: Uma análise comparada entre Brasil e Cuba.

Rosane Machado Rollo, Adriana Roese e Cristianne Maria Famer Rocha, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. rollo@portoweb.bom.br

Várias tendências sociodemográficas estão acionando a promoção de mudanças nos sistemas de saúde. A carência global de profissionais de saúde, a maior complexidade das necessidades de saúde e a importância da garantia ao acesso e à cobertura universal exigem estratégias inovadoras de organização de trabalho na atenção à saúde. Neste sentido, conhecer e vivenciar os modos de organização dos mais diversos sistemas de saúde, a fim de identificar as melhores práticas de organização, para a melhoria e ampliação da atenção à saúde, é um movimento importante na formação dos profissionais da saúde. O ingresso no mestrado e a participação no Curso em Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar em Cuba, organizado e promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSAP) de Cuba, de 19 a 30 de janeiro de 2015, permitiram refletir criticamente sobre a ideia de que apenas trabalhadores da área da saúde podem promover ações e realizar atividades sanitárias. Nesse artigo, buscou-se trazer os resultados de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, onde a coleta de dados foi realizada por meio de visita in loco, pesquisa documental e observações em diário de campo. Sabe-se que Brasil e Cuba possuem sistemas universais de saúde, entretanto, em que pese suas origens estarem centradas em noções de direitos sociais e humanistas à saúde, as estratégias implementadas, decorrentes das grandes diferenças demográficas, territoriais, culturais, econômicas e sociais, dentre outras, foram distintas em cada país. Em Cuba, o SNS vincula todos os serviços de saúde do país à esfera nacional de administração, dando certa homogeneidade na prestação de serviços no país. No Brasil, um país de grande extensão territorial e pluralidade cultural e demográfica, optou-se com a criação de um Sistema Único, porém descentralizado. Então, os municípios, que são a menor unidade administrativa, possuem autonomia para a organização da saúde em seu território, seguindo diretrizes organizativas e programáticas das unidades administrativas superiores. Diferentemente de Cuba, no Brasil, é possível observar diversos padrões de prestação de serviço em todo território. Diante da autonomia de gestão dos municípios, a saúde emerge como questão da cidadania e participação política, como condição de seu exercício assegurada no princípio constitucional de participação da comunidade, através dos Conselhos de Saúde, formado por gestores, trabalhadores e usuários na definição de políticas de saúde em suas localidades. Este movimento de democratização das relações da sociedade com o Estado é um acontecimento de grande avanço nas políticas sociais do país, entretanto, em razão da grande diversidade dos contextos específicos e do caráter recente da história, ainda possui limites para uma concretização mais efetiva do controle e da participação social. Já em Cuba, desde a criação do Sistema Nacional de Saúde Cubano, o aumento da cobertura, a acessibilidade e a participação social foram seus principais pilares. E as transformações ocorridas no país, ao longo das últimas quatro décadas, não teriam sido possíveis se não fosse a ativa participação da comunidade, um dos princípios mais importantes para a implementação de mudanças, mas sobretudo para a manutenção e fortalecimento delas. A comunidade cubana está presente em todas as esferas do governo (local, regional, nacional), através de diferentes associações (de mulheres, de jovens, de estudantes, de velhos, etc), mas sobretudo através dos “Comitês de Defesa da Revolução” (CDR), organizados localmente pelos habitantes de uma

determinada área geográfica, comunidade rural ou urbana, que são responsáveis, junto com as associações, por discutir e analisar as decisões tomadas nas cidades e no país, em todas as instâncias e sobre os mais diversos temas. A participação social, tão importante em ambos os sistemas de saúde, tem uma importante distinção: em Cuba, tanto as associações quanto os CDRs são instrumentos de participação não setoriais, ou seja, neles são discutidos todos os temas que envolvem a comunidade, e não apenas aqueles relativos à área da saúde. No Brasil, por outro lado, estes mecanismos de participação (conselhos e conferências) são utilizados, quase que exclusivamente, para as questões relativas à saúde, ainda que, dada a ampliação de seu conceito, cada vez fique mais difícil delimitar a precisão de seus contornos. Por isto, é possível afirmar que os movimentos sociais são a base do Sistema de Saúde Cubano, por sua manutenção, pelas conquistas realizadas e pelas mudanças que certamente virão. Caminhos diversos onde a gestão participativa reflete diretamente no trabalho em saúde e que nos faz pensar, frente a tantos desafios, como esta gestão contribui para a formulação de políticas públicas mais efetivas e cuidado diferenciado em saúde.

Os ativistas, os gestores e os profissionais de saúde/pesquisadores: desafios para a inclusão e a inovação - um estudo de caso sobre a participação comunitária em acompanhamento de pesquisa em tuberculose no Brasil.

Ezio Távora dos Santos Filho, Afrânio Lineu Kritski, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Anete Trajman, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Karen Bissell, University of Auckland e Fatima Teresinha Scarparo Cunha, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. tbhiv@eziocon.net

Objetivo desta comunicação é problematizar a relação e as percepções entre o profissional da saúde os gestores e o atores comunitários (os ativistas) em saúde, a partir dos achados da pesquisa de doutoramento de abordagem qualitativa sobre a contribuição de membros do movimento social em tuberculose nos processos para as mudanças das políticas em tuberculose verificadas nos últimos anos no país. O objetivo do estudo foi verificar se há contribuição comunitária para a mudança de políticas de tuberculose no Brasil. Trata-se de um estudo de caso dos Comitês Comunitários de Acompanhamento em Pesquisa (CCAP) criados para o estudo "Validação de resultados relevantes do impacto do Line Probe Assay (PROVE IT) e teste MTB/RIF para diagnóstico presuntivo de TB resistente no Brasil". Este estudo busca trazer um aprofundamento da análise iniciada em estudo anterior do pesquisador, "Políticas de TB no Brasil", sobre as influências provocadas pelos membros do movimento social em tuberculose nas políticas públicas para o enfrentamento da doença no país. O estudo apresenta o produto de 38 entrevistas a 58 sujeitos que compõem uma amostra intencional ligada ao movimento social e aos formuladores de políticas de enfrentamento da tuberculose. Os dados foram analisados por meio dos referenciais teóricos de Análise de Políticas em Saúde, da Ciência Política e das Relações Internacionais considerando os códigos e métodos da Análise do Discurso. Foi elaborado um modelo de análise para este estudo utilizando os referenciais teóricos e os respectivos códigos. Nas entrevistas observou-se que há percepção comunitária de benefício pessoal e social na participação em pesquisa; revelou também as dificuldades de comunicação dentro da estrutura do sistema de saúde e a resistência – especificamente dos profissionais de saúde (pesquisadores) e dos gestores – em incluir ou reconhecer a participação de novos atores no processo de definição de políticas públicas e das inovações e incorporações tecnológicas. Além disso evidenciou percepções sobre a identidade dos atores, os meios de acompanhamento comunitário em pesquisa, o engajamento comunitário em intervenções práticas, e as condições de produção comunitárias para a mudança de políticas. Constatou-se que os ativistas contribuem no processo de legitimação de políticas públicas em tuberculose e que exercem função de supervisão das condições do sistema de saúde; por vezes também cumprem as funções de técnicos e profissionais de saúde e em diversas situações servem de ponte entre profissionais e unidades de saúde, bem como entre a saúde e outros setores. Concluiu-se que os atores do movimento social em tuberculose contribuem nos processos políticos mas têm pouca relevância para definir as políticas de tuberculose em si. O estudo recomenda a prática dos CCAP como meio de capacitação dos ativistas para as discussões de incorporação de tecnologias em saúde e a prática da análise de políticas como meio de planejamento de ações em saúde.

Esta comunicação pretende contribuir para ampliar as perspectivas dos profissionais de saúde sobre os atores comunitários enquanto meio de inovação pela gestão compartilhada e pela incorporação de novas tecnologias.

Tema: Saúde, informação e avaliação 1

Moderador: Marieta Iradier – Espanha

Avaliação da Efetividade e a Qualidade da APS na assistência à criança.

Estela Márcia Saraiva Campos, Marcela Melquiades de Melo¹, Paloma Regina Inocêncio¹, Diana Cupertino Milagres¹, Maria Teresa Bustamante Teixeira¹, Arlinda Barbosa Moreno², Ronaldo Ocha Bastos¹, INATES e Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva /Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2 Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, Brasil. estela.marcia.campos@gmail.com

Objetivo: Avaliar a efetividade e a qualidade da APS na população infantil de 0 a 9 anos em município de médio porte de Minas Gerais de 2010 a 2012.

Contexto e descrição do problema: No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se a priorização da Atenção Primária à Saúde como forma de combate às iniquidades e ampliação do acesso. Tal priorização se deu com a implantação da estratégia de Saúde de Família (ESF), a qual encontra-se em processo de transição do modelo assistencial tornando-se relevante avaliar a efetividade e a qualidade das ações e serviços ofertados. Uma das formas de avaliação do desempenho da APS é a monitorização do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que identifica internações por causas que poderiam ser evitadas ou reduzidas com a prestação de cuidados primários de saúde oportunos e de boa qualidade. Analisar as ICSAP isoladamente, não permite identificar aspectos da estrutura e do processo, os quais também estão associados à qualidade da atenção. Portanto, torna-se relevante associar instrumentos avaliativos que contemplem a avaliação da qualidade nesta perspectiva.

Métodos: Estudo transversal que avaliou a APS tomando como referência ICSAP na população de 0 a 9 anos no período de 2010 a 2012. As ICSAP foram identificadas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS utilizando como referência a listagem de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006). Para análise da qualidade foi selecionada uma amostra representativa para aplicação do PCATool (Brasil, 2008).

Resultados e Discussão: Ocorreram 12.412 hospitalizações na população infantil residente, 4.117 ICSAP (33,2%). Sexo masculino e menores de 1 ano as mais frequentes (54,1% e 49,9%, respectivamente). Estudo desenvolvido na Espanha sobre ICSAP aponta relação inversa entre o padrão etário e hospitalizações, ou seja, entre as crianças, quando menor a idade maior a taxa de internação (CAMINAL et al, 2001). Principais causas: pneumonias bacterianas (40%), bronquite aguda (18,4%), gastroenterites infecciosas (11,6%) e epilepsias (7,6%). Moura et al (2010) em estudo das tendências e padrões das principais causas de ICSAP no Brasil, em 2006, também identificaram que na faixa etária de 0 a 9 anos as três principais causas de internação foram gastroenterites infecciosas, asma e pneumonias bacterianas. Em relação à qualidade foram entrevistados 104 cuidadores (37 referenciaram UAPS-SF, 20 UAPS-Tradicional e 47 Outros Serviços). O Grau de Afiliação, atributo que identifica o serviço ou profissional de saúde que é de referência para os cuidados de saúde da criança, obteve resultado satisfatório em relação a UAPS-SF em 73% dos cuidadores, a UAPS-Tradicional em 65% e Outros Serviços 55,3%. Assim, verifica-se a maior presença e extensão de tal atributo na UAPS-SF, demonstrando uma vinculação do usuário mais forte a este tipo de serviço. O atributo Longitudinalidade apresentou resultado satisfatório somente entre os cuidadores que referenciaram vínculo com a APS (UAPS-SF e UAPS-Tradicional). Ter o atributo Longitudinalidade satisfatório é um destaque, pois conforme entendimento de Cunha e Giovanella (2011) a Longitudinalidade é uma característica central e exclusiva da APS. O atributo Integralidade - componente Serviços Disponíveis apresentou resultado insatisfatório nos três grupos. Destaque para tal resultado em relação a UAPS uma vez que o componente identifica se o usuário tem conhecimento dos serviços e orientações disponíveis. Tal resultado nos leva a pensar se o usuário não sabe/conhece ou se os serviços não ofertam de maneira contínua determinadas ações. As unidades com ou sem Saúde da Família obtiveram melhor escore no atributo Coordenação - Sistema de Informações, com diferença significativa para o grupo Outros Serviços (p=0,040). Apesar dos bons resultados, Ferrer (2013), em estudo que utilizou o PCATool, pondera que elementos importantes relacionados ao

sistema de informação, como o registro adequado em prontuário e o fluxo de dados sobre o paciente entre profissionais e diferentes serviços, não podem ser julgados adequadamente pelo visor do usuário, devendo tal avaliação ser menos valorizada. Piores resultados nos três grupos foi no atributo Orientação Comunitária, com pior resultado Outros Serviços ($p < 0,001$). Tal achado foi também observado por outros estudos (INOCÊNCIO, 2014; ARAÚJO et al, 2014), o que sugere que ainda não é dada a devida relevância a incorporação pelos profissionais do conhecimento da situação social, aspecto que interfere na identificação de necessidades e demandas de saúde dos indivíduos, em especial das crianças, faixa etária mais vulnerável. Identificar potencialidades e fragilidades do modelo de atenção primária em serviços referenciados pelo usuário é relevante para melhor compreender a ocorrência de intonações que deveriam ser evitadas neste nível de atenção.

Contribuição: Ampliar o olhar sobre a avaliação da APS ao articular as abordagens de avaliação de efetividade e de qualidade permite identificar aspectos da estrutura, do processo e do resultado alcançando uma dimensão mais ampliada da avaliação ao relacionar um resultado (ICAPS) que pode ou deveria estar intimamente relacionado ao modelo que organiza a APS.

La evaluación del programa de estudios de la Licenciatura en Educación para la Salud.

Georgina Contreras Landgrave, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Esteban Jaime Camacho Ruiz, Brenda Yoltzin Apolinar Velasco, Diego Fernando Velasco Cañas e Adriana Ivett Macías Martínez, Universidad Autónoma del Estado de México. gcontrerasl@uamex.mx

Objetivo de la investigación. Presentar los resultados de la evaluación al programa de estudios de la Licenciatura en Educación para la Salud

Contexto y descripción del problema. El costo de la educación superior y las necesidades en salud de la sociedad cada vez van más en aumento, ante esto se ha incorporado en la Universidad Autónoma del Estado de México la estrategia de evaluar los programas de estudios que ofrece y se ha estipulado dentro de la misma reglamentación universitaria para lograr su cumplimiento. En el año de 2007 esta universidad ofertó por primera ocasión la Licenciatura de Educación para la Salud. Si se considera que las principales enfermedades que afectan México, tienen indicadas una serie de actividades preventivas como lo es la educación para la salud, entonces se fundamenta realizar la evaluación del programa educativo.

Teoría, método modelo y material utilizado. La investigación es documental y para su desarrollo utiliza las diferentes evidencias como programa de estudio de la licenciatura, los programas de las Unidades de Aprendizaje, los informes emitidos de las diversas actividades realizadas.

Las variables consideradas fueron: el modelo educativo, fundamentos del programa, estructura del programa, el cumplimiento temático, su actualización, el perfil de ingreso y egreso, los métodos de enseñanza aprendizaje, su evaluación, la utilización de las tecnologías educativas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el servicio social y las prácticas profesionales.

Los resultados y la discusión sobre lo expuesto. *Los principales resultados obtenidos son:* el Programa de Estudios de la Licenciatura de Educación para la Salud tiene claridad en el modelo educativo, en él existe la flexibilidad para cursar el plan de estudios, en donde se centra la atención en la generación y fortalecimiento de Competencias. Así mismo, la licenciatura se sustenta en la normatividad institucional para su óptimo desarrollo. El plan de estudios de la licenciatura mantiene una vinculación estrecha con el entorno social atendiendo las principales problemáticas en salud, a través del desarrollo de las Unidades de Aprendizaje pertenecientes al Núcleo Integral y cumplimiento de Servicio Social; en donde para diseñar las acciones en comunidad, se inicia con la realización de un Diagnóstico que permite detectar las necesidades de la población a la cual están dirigidas las acciones. El cumplimiento del Servicio Social y Prácticas Profesionales por parte de los alumnos, se realizan en espacios que promueven el desarrollo de las competencias adquiridas, así como su vinculación con entornos sociales en donde existe la problemática social. No existe una adecuada ubicación de Unidades de Aprendizaje. No existe una coherencia de los objetivos de las UA, así como entre las diferentes áreas curriculares del programa de Estudios de la licenciatura. El nombre de algunas Unidades de Aprendizaje no corresponde con el nombre del Programa de Estudios y el perfil de egreso.

Se considera necesario continuar respetando la normatividad universitaria y el cumplimiento del modelo educativo planteado en el Programa de Estudios de la Licenciatura de Educación para la Salud el cual está centrado

en el estudiante, generando y fortaleciendo Competencias propias del LES; con la vinculación estrecha con el entorno social para identificar las problemáticas en salud y relacionarlas con las actividades diarias en salón; fortalecer el cumplimiento del Servicio Social y Prácticas Profesionales en entornos en los cuales se fortalezcan las competencias de los estudiantes y se retribuya a la población con la solución de sus problemas; ampliando la firma de convenios de colaboración. Proponer ante la Secretaría de Docencia la adecuación del programa de estudios, mediante la reorganización de la trayectoria de las Unidades de Aprendizaje, adecuaciones a los objetivos de las UA para que exista coherencia entre las diferentes áreas curriculares y adecuaciones al nombre de UA. Otros resultados registrados son que no se cuenta con una bolsa de trabajo propia, se ha presentado un incremento en el número de embarazos en las estudiantes y los alumnos que ingresan no tienen el nivel de conocimiento necesario para cursar C1 y C2 en los primeros ciclos escolares. Ante esto se considera necesario fortalecer los vínculos con el Sector Laboral de la región para contar con la Bolsa de Trabajo, fortalecer el programa de Salud Sexual e incrementar la oferta de cursos de nivelación en los cuales los alumnos alcancen el nivel B2 de conocimiento.

Relato de Experiência: Desafios para o acompanhamento da Comissão Coordenadora Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e Projeto Mais Médicos – CCE PROVAB/Mais Médicos no Ceará.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Fernando Sérgio Pereira de Souza, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Maria Salete Bessa Jorge, Universidade Estadual do Ceará, Brasil. apcrbrilhante@gmail.com

OBJETIVO: Relatar experiência da implantação e das atividades desenvolvidas pela Comissão Coordenadora Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e Projeto Mais Médicos – CCE PROVAB/Mais Médicos no estado do Ceará.

CONTEXTO E A DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: A distribuição desigual e a dificuldade de fixação de profissionais de saúde no Brasil, principalmente de médicos na atenção primária, têm sido um dos principais desafios para melhoria do acesso e da qualidade na atenção à saúde. Diante dessa dificuldade o governo federal no ano de 2011 implantou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e em 2013 o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM). Portanto, o número de médicos por mil habitantes no Brasil, configura como uma das dificuldades para atingir a cobertura universal da Atenção Primária. Verifica-se o agravamento dessa situação quando se estuda a distribuição dos médicos no território nacional. O Programa Mais Médicos (PMM) foi implantado a partir da solicitação dos prefeitos quanto a necessidade de apoio do governo federal no enfrentamento da dificuldade de contratação do profissional médico, sobretudo nos pequenos municípios do interior e nas periferias de grandes cidades do país. Ainda no ano de 2013, o governo federal por meio do Ministério da Saúde criou as Comissões de Coordenação Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e Com o Mais Médicos para o Brasil, o Ceará optou por uma comissão única para os dois programas, com representação do Ministério da Saúde e da Educação; Secretaria Estadual de Saúde; Conselho de Secretários Municipais de Saúde; e instituições supervisoras.

METODOLOGIA: foram realizados inicialmente encontros para implantação da Comissão Coordenadora Estadual do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, com envolvimento dos diferentes atores inseridos no Programa, e posteriormente com a inclusão do Projeto Mais Médicos, novos parceiros foram incorporados. Realizaram-se seminários, visitas técnicas de acompanhamento aos municípios envolvidos, elaboração de fluxogramas das demandas/rotinas, oficinas de planejamento e avaliação anual. No ano de 2015 diferentes instrumentos foram implantados pelas instituições supervisoras para contribuir na avaliação e no monitoramento da comissão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: No ano de 2014, 88% dos municípios do Ceará apresentavam status de adesão ativo no PROVAB e 85% no Mais Médicos, providos por 1.386 (mil trezentos e oitenta e seis) profissionais médicos, sendo 442 (quatrocentos e quarenta e dois) oriundos do PROVAB e 944 (novecentos e quarenta e quatro) do Mais Médicos. A partir da necessidade da comissão, foi ampliada a CCE, contribuindo de forma mais efetiva as ações desenvolvidas pela comissão. Devido a necessidade de maior agilidade nos processos, no ano de 2014 criou-se uma Câmara Técnica, com reuniões semanais, onde delibera-se com maior rapidez os processos, e os mais complexos são pautados na CCE mensalmente. Durante o ano de 2014 e o início de 2015 foram realizadas 67

(sessenta e sete) visitas técnicas aos municípios participantes dos programas, 62 reuniões e analisados cerca de 60 processos.

CONTRIBUIÇÕES: Necessário maior reflexão sobre a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Brasil, em especial aos Programas implantados pelo governo federal para o enfrentamento das situações limites enfrentadas pelos municípios brasileiros em relação a deficiência de profissionais de saúde, principalmente de médico. Nesse sentido, é necessário acompanhamento permanente da CCE PROVAB/Mais Médicos junto aos municípios, independente de problemas apresentadas, contribuição de seus membros na reorganização do processo de trabalho das unidades por meio de oficinas e outros junto aos profissionais, gestores e comunidade. Recomenda-se educação permanente para os membros da comissão, supervisores das instituições de ensino, técnicos das regionais de saúde para maior fortalecimento das ações desenvolvidas.

Las TIC'S en la atención de necesidades en salud . Para población no derechohabiente de la región centro norte de México.

Gerardo García Zamora Pascual, Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez (UAZ), Rosalina Gutiérrez (UAZ), Cristina Almeida Perales (UAZ), Adriana Dávalos Pérez (Universidad de Guanajuato, México. ggaza2000@yahoo.com.mx

Objetivo: Identificar y valorar el uso de las Tecnologías de información y comunicación en la atención de salud-enfermedad en población no derechohabiente de la región centro norte de México

En las dos últimas décadas la globalización ha propiciado cambios en diversos campos de la vida cotidiana, desde la económica, abriendo las fronteras para el ingreso de capitales y mercancías, además el desarrollo de productos en el área de las tecnologías de la información y comunicación (TIC's), como generadoras de capital y dinamizando la economía. La globalización lleva implícito su intento de homogenizar estilos de vida y por lo tanto consumidores, para ello, las innovaciones tecnológicas se constituyen en la estrategia fundamental en la integración de los individuos, comunidades y países a este mundo globalizado.

El paciente ha sido tradicionalmente considerado como un receptor pasivo de información filtrada, adecuada a su capacidad de entendimiento, carente de conceptos y de terminología científica y orientada únicamente a una correcta administración y seguimiento del tratamiento prescrito por el médico. Sin poder alguno para decidir, el paciente se ha limitado, durante décadas, a adquirir y consumir los medicamentos prescritos, sin interesarse por obtener información adicional sobre su patología y las opciones de tratamiento. En los últimos años, la información relacionada con la salud se ha convertido en una demanda cada vez más exigida por los ciudadanos que desean un mayor nivel de salud, bienestar y calidad de vida y se muestran interesados en acceder a información relativa a sus padecimientos e información general sobre las opciones terapéuticas que ofrece el mercado que en última instancia, deberá valorar y prescribir el médico. Estos flujos de información que se prevé van a incrementar en los próximos años gracias, sobre todo, a la generalización del uso de Internet como fuente de información científica y de salud, han dado lugar al denominado "paciente informado" (epaciente), un nuevo modelo de paciente que aporta beneficios a todos los sujetos implicados en el proceso de la enfermedad porque colabora mejor en el cumplimiento de los tratamientos, afronta con más conocimiento de causa su patología, entiende mejor la información que le proporciona el médico y porque, en su interés por la salud y por mantener su calidad de vida, el paciente informado muestra una mayor sensibilización hacia la importancia de la prevención de enfermedades, colaborando así en el proceso de diagnóstico precoz de las mismas que, en muchos casos, determina el éxito del tratamiento posterior. En los últimos años, se ha producido un notable avance en la cooperación, fruto de las relaciones entre los elementos que participan, directa o indirectamente, en el proceso de prescripción del medicamento, y que configuran el triángulo: enfermo/familia/profesional de la salud y laboratorios farmacéuticos.

Las tecnologías de la información y comunicación han transformado la práctica médica, es lo que hoy se denomina Telemedicina de acuerdo con González y Herrera (2007). La Telemedicina, es la utilización de recursos de Informática y Telemática (redes de computadoras conectadas por medios de Telecomunicación) para la transmisión remota de datos biomédicos y para el control de equipamientos biomédicos a distancia. Su utilización promete convertirse en una herramienta que apoyará la solución de algunas problemáticas de salud existentes en el mundo actual. González y Herrera (2007)

En el caso de México, donde es necesario mejorar la cobertura de los servicios de salud, la ciber salud ya tiene un camino andado que, sin embargo, puede mejorar. Baste mencionar que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ya cuenta con programas piloto y experiencias exitosas en la

materia y la utilidad de la cibersalud está fuera de toda discusión. Ahora bien, considérese lo siguiente: según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de cada 10 consultas del primer nivel de atención proporcionada, siete corresponden a personas de la tercera edad, situación que remite al envejecimiento de la población mexicana y a los retos que esto supone para el sistema de salud. Esta situación se puede solventar a través de apoyos tecnológicos, de manera que las personas que padecen distintas afecciones que limitan su movilidad u otras capacidades, podrían contar, ellos y sus cuidadores, con apoyos médicos.

Conclusión: El uso de las Tics en la práctica cotidiana del curar pueden coadyuvar en disminuir las brechas en el acceso a los servicios de salud y a la calidad de los mismo para las poblaciones más vulnerables principalmente de las regiones semidesérticas del centro norte del país.

Sessão 16

Sala 2

Tema: Saúde, informação e avaliação 2

Moderador: Marie-Pierre Gagnon – Canadá

Analyse séquentielle du parcours de soins des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC).
Clément Nestrigue, Damien Bricard, Laure Com-Ruelle, Nelly Le Guen, Charlene Le Neindre e Véronique Lucas-Gabrielli, IRDES, France. nestrigue@irdes.fr

Objectif de la recherche: Ce travail propose une analyse exploratoire des parcours de soins des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC) sur une période de trois mois suivant l'AVC. Le but est de décrire et d'analyser ces trajectoires à travers une méthodologie d'analyse des séquences permettant d'appréhender de façon globale la prise en charge hospitalière et post-hospitalière. Les parcours observés seront comparés aux parcours de référence décrits dans les recommandations de bonnes pratiques.

Contexte et problématique: Avec une incidence de 1,6 % de la population adulte et 800 000 cas prévalents, les AVC constituent un enjeu majeur de santé publique en France sur le plan médical et économique. Ils causent 6,1 % de l'ensemble des décès et peuvent générer de lourdes invalidités. Les disparités géographiques demeurent importantes. Les chances de récupération dépendent de la capacité du système de santé à fournir le bon soin au bon moment, lors de la phase aiguë comme des phases de réadaptation ou de suivi à domicile. L'amélioration de leur prise en charge représente donc un enjeu important pour réduire leur fréquence, leur gravité et leur coût. Nos travaux se situent dans un contexte de politique de santé visant une meilleure prise en charge des AVC. Le Plan d'actions national AVC 2010-2014a pour but, notamment, le développement des unités neuro-vasculaires (UNV) sur l'ensemble du territoire. Après 2014, l'effort porte sur la phase post-hospitalière de rééducation et réadaptation.

Matériel et méthodes: Les données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins aigus (PMSIMCO) des années 2010 à 2012 sont mobilisées pour identifier et caractériser les primo-hospitalisations pour AVC en 2012. L'appariement de cette cohorte 2012 avec, d'une part, les données des autres PMSI (soins de suite et réadaptation/SRR, hospitalisation à domicile/HAD, psychiatrie, etc.) et, d'autre part, les bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, appelées Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), permet de récolter les informations sur leurs parcours de soins hospitaliers et ambulatoires en aval de façon quotidienne sur les 3 mois étudiés.

Plusieurs méthodes ont été développées pour analyser les trajectoires individuelles, que ce soient les méthodes d'analyse des transitions ou des durées mais aussi les méthodes d'analyse plus globales telles que l'analyse factorielle et l'analyse des séquences. Nous proposons d'utiliser la méthode d'analyse des séquences pour décrire de manière globale le parcours de soins après un AVC en considérant ce dernier comme une séquence d'éléments ordonnés. Dans notre cas, les éléments sont constitués par le recours aux différents services de soins qui interviennent dans la prise en charge de l'AVC. La constitution de parcours sur la base de recommandations de bonnes pratiques permet de mesurer la dissemblance entre les parcours théoriques (séquences de référence) et les parcours réels (séquences individuelles).

Résultats préliminaires et attendus, discussion: La construction des séquences selon les modalités de prise en charge des patients après un AVC permet de visualiser la dynamique du parcours de soins de plus de 130 000

patients hospitalisés en 2012 pour un AVC. Les algorithmes d'Optimal Matching permettent ensuite de regrouper et de classer les différentes trajectoires individuelles afin d'en faire une typologie et de les comparer aux trajectoires théoriques.

De façon concordante avec les données de la littérature scientifique, les résultats préliminaires montrent que 18 % des AVC sont hémorragiques et 76 % sont ischémiques. Si 56 % des patients sont pris en charge en phase aiguë dans un établissement de santé disposant d'une UNV, seuls 35 % l'ont été dans cette UNV. Les examens d'imagerie cérébrale requis ne sont pas réalisés chez 18 % des patients. Les résultats attendus couvriront également la période de moyen terme correspondant à la phase précoce de rééducation des patients. L'analyse précisera notamment les proportions de patients transférés vers des services de SSR, d'HAD ou autres ou, *a contrario*, vers leur domicile, ceux réadmis en soins aigus et ceux combinant ces divers modes de prise en charge.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique: Le travail proposé ici est le premier du genre mené en France avec l'ensemble des données de consommation médicale relative aux AVC. Il permettra de constater et d'expliquer les écarts aux recommandations de bonnes pratiques. Les résultats seront mis en perspective avec l'offre de soins afin d'expliquer les disparités géographiques de prise en charge. Ce travail est la première étape d'une analyse de plusieurs cohortes sur dix années successives avant et après la mise en place du plan AVC.

Cartografia como instrumento para levantamento demográfico, epidemiológico e ambiental: relato de experiencia.

Elizabeth Leite Barbosa, Ricardo Goes de Aguiar, Neidimila Aparecida Silveira e Guilherme Rodrigues Barbosa, Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto, Brasil

Objetivos da investigação: O objetivo geral do estudo foi realizar o mapeamento de parte do município de Lagarto-SE com foco no reconhecimento das necessidades de saúde e potencialidades no território. Já os específicos foram: realizar o levantamento epidemiológico e demográfico dos grupos prioritários; e construir a cartografia de dez microáreas vinculadas a duas unidades de saúde.

Contexto e descrição do problema: O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, ela apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. Diante do exposto tornou-se necessário a realização do mapeamento das áreas devido a carência de dados ambientais, epidemiológicos, demográficos e do levantamento dos equipamentos sociais disponíveis no meio para o desenvolvimento de possíveis ações. Além disso, a cartografia facilita a visualização espacial do território. Dessa forma, esse estudo buscou conhecer melhor a realidade da população adscrita às unidades de saúde para a partir das demandas realizar um planejamento em saúde mais eficaz.

As teorias, os Métodos, os modelos e os materiais utilizados: A cartografia, diferentemente do mapa, é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem. O processo de construção da cartografia nesse estudo foi conduzido por estudantes do 2º ao 4º ano de um curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe sob orientação de professores e auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, durante os meses de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Cada grupo com cerca de 10 estudantes ficou responsável por construir a cartografia de uma microárea. Para tal, inicialmente foi realizada a capacitação dos estudantes, incluindo momentos com discussões sobre o tema. Seguidas de visitas de reconhecimento ao território; levantamento de dados de grupos prioritários com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais utilizaram dados das fichas e-SUS; a construção de esboço e, posteriormente, a confecção da cartografia utilizando o programa *Auto Cad* e *Google Earth*.

Relato/resultado e discussão: Foram confeccionadas 10 cartografias, sendo uma para cada microárea, distribuídas em duas unidades de saúde. Essas foram apresentadas na oficina de socialização para todo o grupo, possibilitando que fossem sugeridos ajustes. E, finalmente, foram utilizadas para o planejamento inicial das ações em saúde no território. Com a indicação nos mapas da localização das casas onde residem indivíduos de grupos prioritários (gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças menores de 2 anos, usuários com transtorno mental, acamados e ou restritos ao lar, pessoas com tuberculose, pessoas com hanseníase, idosos, pessoas com deficiência e pessoas com

problemas respiratórios). Além disso, foram observados aspectos ambientais como terrenos baldios, pavimentação de vias, saneamento, coleta e acúmulo de lixo nas ruas e a presença de equipamentos sociais. Dessa forma, pudemos observar nesses espaços a alta prevalência de pessoas hipertensas e diabéticas, corroborando com estudos sobre o perfil da sociedade brasileira, que representa um problema de saúde pública. Outra observação foi a quantidade de ruas não pavimentadas, com esgoto a céu aberto e muito lixo, o que pode contribuir para o surgimento de doenças na população. Portanto, a análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções.

Conclusão/ contribuição/ o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais:

A cartografia é uma ferramenta poderosa visto que por meio da microlocalização dos problemas de saúde potencializa-se a escolha de ações mais adequadas apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de diagnóstico, para melhor as operacionalizarem e viabilizarem no território. A territorialização foi de extrema importância para a organização e planejamento da equipe, pois permitiu conhecer de forma verdadeira o território pontuando os determinantes do processo saúde-doença e contribuindo para os estudantes observarem os potenciais da área para trabalhar tanto na prevenção de agravos e promoção da saúde quanto na reabilitação voltada à fisioterapia. Além disso, também proporcionou o aprofundamento do vínculo entre os Agentes Comunitários de Saúde, estudantes e profissionais da saúde com a comunidade.

Évaluation et suivi d'un programme de bourses pour la rétention des professionnels de la santé dans les communautés d'expression anglaise du Québec.

Marie-Pierre Gagnon e Amélie Lampron, Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Québec.
marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectifs : Cette étude visait à évaluer l'impact du programme de bourses pour le maintien en poste des professionnels de la santé dans les communautés d'expression anglaise du Québec initié par l'Université McGill. Pour ce faire, trois objectifs étaient poursuivis : décrire le fonctionnement du programme, explorer l'expérience des bénéficiaires et des réseaux communautaires impliqués et soumettre des recommandations aux responsables du programme de bourses. À la suite du partage des résultats avec les responsables du programme, nous avons également développé un outil de suivi qui est en cours d'implantation.

Contexte et problématique : De nombreux changements sociodémographiques survenus au cours des dernières années ont affecté les communautés d'expression anglaise au Québec. La régionalisation des services de santé a entraîné une réduction des services de santé pour les communautés linguistiques minoritaires, notamment dans les régions rurales et éloignées, priorisant ainsi l'accès aux services dans les régions à forte concentration démographique. Les communautés d'expression anglaise situées dans les régions éloignées du Québec se voient alors confrontées aux diverses problématiques engendrées par la régionalisation des services. Non seulement l'accès aux services de santé est-il réduit, mais l'effectif des professionnels de la santé l'est également.

Approche : Dans le cadre de cette étude évaluative, une approche mixte a été priorisée, alliant un volet qualitatif et quantitatif. D'abord, 16 entrevues semi-dirigées ont été réalisées, dont neuf avec des bénéficiaires de la bourse ayant gradué depuis un minimum de six mois, et sept avec des réseaux communautaires impliqués dans le programme de bourses. Par la suite, tous les bénéficiaires du programme de bourses ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne dont les analyses statistiques visaient à apporter un complément d'information aux analyses qualitatives ayant découlé des entrevues précédemment réalisées.

Résultats : Tous les bénéficiaires qui travaillaient dans l'une des régions visées par le programme ont respecté et même dépassé le délai imposé. De plus, la majorité d'entre eux prévoyait y rester encore longtemps. Bien que l'incitatif financier reçu ait pu jouer un rôle dans la décision des professionnels de retourner en région à la fin de leurs études, le fait d'être originaire du milieu et d'y avoir des liens familiaux avait davantage d'importance. Les conditions établies par le programme de bourses étaient jugées adéquates et réalistes par les bénéficiaires. Jusqu'à maintenant, peu d'étudiants ont eu à rembourser la bourse versée en raison de conditions non respectées. Nos résultats font également ressortir qu'il n'existe aucun mécanisme formel pour assurer les suivis auprès des

récipiendaires de bourses que les réseaux communautaires participants doivent effectuer. Pour cette raison, nous avons proposé de développer un tel mécanisme de suivi et de l'implanter auprès des réseaux communautaires.

Conclusion : Le programme de bourses évalué semble avoir eu l'impact souhaité, tel que le démontre la forte proportion des récipiendaires ayant respecté leur engagement et qui poursuivent leur travail en région au-delà de la période d'un an imposée. Le rôle des réseaux communautaires est central au succès de ce programme, mais la charge de travail peut sembler lourde pour ces derniers. Aussi, afin d'assurer une évaluation continue des activités du programme de bourses ainsi qu'un suivi systématique des boursiers, nous avons développé des outils pouvant soutenir le travail des réseaux communautaires.

Análise do erro profissional em enfermagem divulgado no jornalismo online.

Handerson Silva Santos, Tatiane Araújo dos Santos, Heloniza Oliveira Gonçalves Costa e Cristina Maria Meira de Melo, Escola de Enfermagem da UFBA, Brasil. handerson_bahia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO Considerado inerente à natureza humana, o erro é produto das circunstâncias em que as ações planejadas não alcançam o resultado desejado. O erro é um ato não planejado, portanto não intencional, dado que a ação intencional de causar dano a outrem se reverte de dolo e se configura como crime. No ano de 2012 tornaram-se recorrentes reportagens em jornais, televisão e em portais eletrônicos ou blogs locais cujo tema abordava a ocorrência de erros cometidos por trabalhadoras da enfermagem, sobretudo com auxiliares e técnicas de enfermagem. Nos argumentos das reportagens busca-se apontar uma pessoa culpada ou a responsabilização da formação dessas profissionais, que segundo as reportagens estava prejudicada pela proliferação de cursos e pela baixa qualidade dos mesmos, seja no nível técnico profissionalizante ou superior. As investidas midiáticas negativas sobre as trabalhadoras da enfermagem soma-se ao aprofundamento do conjunto de mecanismos de flexibilização do trabalho no interior do campo da enfermagem, agravado pela histórica desarticulação política e pela invisibilidade social das categorias profissionais que compõe este campo de trabalho. Este estudo tem por **OBJETIVO** desenvolver uma análise crítica sobre a relação entre a ocorrência do erro e o processo de trabalho em enfermagem através da produção jornalística *online* acerca do erro cometido por trabalhadoras da enfermagem.

METODOLOGIA: Estudo do tipo histórico-documental e descritivo, tendo sido utilizadas como fontes primárias as notícias publicadas nas mídias *online*, coletadas entre os dias 04 e 05 de março de 2015, com recorte temporal compreendido entre 2010 e 2015, utilizando o buscador Google e as seguintes palavras-chave: erros; profissionais de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: ser matéria *online*, disponível na íntegra, ter sido publicada entre 2010 e 2015 e que abordasse o tema objeto deste estudo. Foram excluídas as matérias sobre o mesmo caso que apareceram em diferentes sites. Foram selecionadas 14 matérias e uma foi excluída, totalizando 13 matérias analisadas. As matérias foram agrupadas de acordo com a data, título da notícia, veículo de divulgação, a unidade da federação em que foi veiculada e o peso do veículo em que a informação aparece. Em relação ao peso do veículo adotou-se a numeração 1 e 2 para relacionar os veículos de amplitude regional/local e nacional, respectivamente. Após leitura exaustiva foram selecionados e agrupados: os erros cometidos, a categoria do profissional e o fator contextual presente, quando possível de ser identificado. A análise deu-se à luz do referencial sociológico e sobre o erro humano.

RESULTADOS: Das matérias analisadas 8 foram publicadas em sites de alcance nacional e 5 em sites de alcance regional/local. 5 matérias foram publicadas em 2013 e 2012, 2 matérias em 2011 e 1 matéria foi publicada em 2010. Como algumas matérias tratavam de mais de um caso, para fins deste estudo foi levado em consideração a ocorrência do fato, totalizando 20 fatos noticiados. Segundo as reportagens, os erros cometidos por profissionais da enfermagem foram: troca de medicação (50%), troca de via de alimentação (20%), troca de via de medicação (15%), administração de dose errada de medicação (10%) e iatrogenia física (5%). De acordo com os dados, 75%

das ocorrências de erros têm algum tipo de relação com medicação, seja por administração de dose ou via erradas ou mesmo, como ocorre na maioria dos casos, por troca de medicação, expondo os pacientes ao risco de dano de gravidade variada inclusive ao óbito. Ao relacionar as justificativas das profissionais de enfermagem envolvidas nos erros noticiados ou os argumentos utilizados por advogados, representantes sindicais e do sistema Conselho Federal de Enfermagem / Conselhos Regionais que foram entrevistados em algumas matérias, observou-se que o subdimensionamento foi o fator que mais figurou no contexto dos erros noticiados. As notícias sobre os erros cometidos pelas trabalhadoras em enfermagem veiculadas na mídia apontam as técnicas e auxiliares como

responsáveis pelo erro. Destaca-se que algumas notícias veiculadas na mídia relatam a demissão das trabalhadoras por justa causa, o que permite afirmar, nesses casos, que predomina a abordagem pessoal do erro (REASON, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O acúmulo e intensidade da jornada de trabalho, os baixos salários, o subdimensionamento de pessoal de enfermagem, a ausência de ações de educação permanente ou o treinamento inadequado, a superlotação dos serviços de saúde, a disposição inadequada de insumos são elementos da precarização do trabalho que têm impacto direto no processo de trabalho, na gestão do trabalho e aparecem como contexto na ocorrência de erros. Tais informações aparecem nas matérias como elementos de defesa das próprias trabalhadoras. Ao não abordarem os elementos contextuais do trabalho para explicar a ocorrência do erro, as matérias analisadas contribuem para a manutenção da abordagem punitiva do erro, favorecendo a cultura do medo nas organizações de saúde.

Horario: 18.00-19.15

Cocktail de boas vindas

Sexta-feira 22 Julho

Horario: 08.30 - 08.45 Abertura do Secretariado

Horario: 08.45 - 10.15 SESSÕES PARALELAS

Sessão 17

Sala 1

Tema: Trabalho e criatividade

Moderador: Magda Scherer – Brasil

La Caravane de l'AP un dispositif ergologique de lutte contre les violences à l'hôpital : cas d'une réanimation

Marie-Hélène Galindo Dassa, Ropert Lidwine, Patrick Sangau, Sophie Marchand, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, France. Mariehelene.dassa@free.fr

L'augmentation des conflits interpersonnels et de la violence à l'hôpital peuvent parfois étonner. Pourtant, il est facile de constater combien le fonctionnement hospitalier a été profondément modifié au cours de ces dernières années. La collaboration entre les personnes a toujours été indispensable, du fait du caractère pluridisciplinaire de la prise en charge d'un patient. Mais le tissu relationnel s'est largement distendu. Le turn-over des équipes, l'intensification du travail, le brassage des personnels, la réduction ou la quasi disparition des temps d'échanges, traits saillants des organisations actuelles du travail, conduisent à une communication insuffisante qui affaiblit les collectifs de travail simplement par incompréhension des contraintes des uns et des autres. Les conflits interpersonnels qui en résultent ont souvent une incidence sur la relation thérapeutique. La Caravane de l'AP est le fruit d'une co-construction qui est née à la suite de cette rencontre.

Le problème de la gestion de la violence en milieu hospitalier a toujours été particulièrement prégnant en psychiatrie. Les infirmiers de psychiatrie aguerris disposent ainsi d'une expertise, qu'ils peuvent mettre à la disposition des autres spécialités (pertinence collective, gestion de la violence en équipe et transmission de savoirs d'expérience)

La Caravane de l'AP est un dispositif ergologique pluridisciplinaire mobile qui peut intervenir dans tous les secteurs en difficulté. Elle est destinée à venir en aide à toutes les catégories de personnels. Elle peut intervenir sur des situations de violences internes ou externes. Elle peut intégrer dans ces rangs les personnes ressources du terrain : infirmiers experts en psychiatrie, psychologues, membre des cellules d'écoute, médecins, ...

- Elle est déclenchée selon les besoins par le coordonnateur de la prévention des RPS, La Direction, le CHSCT, la Médecine du travail, les Cellules d'écoute, l'Encadrement,

Elle vise à :

- ✓ Inscrire les situations de violence et d'agressivité dans une démarche d'analyse clinique et ergologique ;
- ✓ Développer la prise en charge en équipe des manifestations de violence, en mettent en débat les savoirs issus de l'activité des acteurs de terrain ;
- ✓ Améliorer la qualité de l'interrelation par le repérage du langage non verbal, et repérer les signes non verbaux précurseurs de passages à l'acte violents ;
- ✓ Transmettre les savoirs d'expériences des infirmiers de psychiatrie, experts dans les domaines de la violence externe et de la gestion des relations interprofessionnelles, dans l'objectif de maintenir la cohérence des équipes,
- ✓ Faire émerger des recommandations sur la conduite à tenir avant, pendant et après un acte de violence ou d'agression, interne ou externe,
- ✓ Renforcer le collectif de travail par l'intégration de l'encadrement dans les délibérations en fin de formation.

Deux outils principaux sont mis en œuvre à ce niveau :

Des observations¹ de l'activité, avec repérage des situations de violence et interrogation des arbitrages;

- Un accompagnement de la montée en compétences des agents dans ce domaine (identification des signes avant-coureurs, transmission de savoirs d'expérience,...), grâce à la capitalisation des outils et méthodes issus des Groupes de Rencontres du Travail (GRT).

Concernant la gestion de la violence externe la réponse hospitalière a souvent été essentiellement sécuritaire. Si cela reste en effet une nécessité, la réponse soignante en constitue une complémentarité essentielle. Elle consiste à replacer la violence comme l'expression d'un dysfonctionnement lié à un trouble transitoire ou à un contexte anxiogène, et pas uniquement à un dysfonctionnement social. En effet, même en dehors de toute pathologie mentale, la violence impacte fortement le corps-soi et peut-être l'expression :

- d'un mal être, d'une angoisse;
- d'une intolérance à la frustration;
- d'une peur panique (peur de mourir.....);

d'une défaillance de la communication en lien avec l'environnement, la situation médicale, voire la maladie elle-même.

Processo de cuidar na estratégia saúde da família (ESF): potência criativa e fluxos conectivos.

Marluce Maria Araújo Assis, Maria Angela Alves do Nascimento, Universidade Estadual de Feira de Santana, Márlon Vinícius Gama Almeida, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Simone Santana Silva, Universidade do Estado da Bahia e Washington Luiz Abreu de Jesus, Universidade Federal da Bahia, Brasil

OBJETIVO: Analisar o processo de cuidar na Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando o fluxo do atendimento e suas interfaces com a rede pública de saúde em dois municípios da Bahia, Brasil.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: Este trabalho recorta o processo de cuidar como objeto de estudo, necessário para avançarmos na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e em especial na "porta de entrada", por meio da ESF. O trabalho em saúde tem como finalidade última a produção do cuidado individual e/ou coletivo, operado por saberes tecnológicos que valorizem o campo relacional e intersubjetivo, numa lógica usuário-centrada, operando, deste modo, o encontro com o mundo das necessidades das pessoas e coletividades. Assim, o cuidado é entendido enquanto uma ação que busca resolver as necessidades das pessoas com ferramentas que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados, mas que também se apropriam do campo subjetivo, marcados pela capacidade de ouvir o que o outro tem a dizer, de enxergá-lo em sua totalidade. Para isso, é fundamental o estabelecimento de interfaces com a rede em seus diferentes níveis de densidade tecnológica, para dar conta do processo saúde doença.

O objeto aqui apresentado é parte do Projeto RSOLUBILIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA, BRASIL: processo de cuidar *versus* responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS, financiado pelo CNPq e coordenado pela primeira autora.

TEORIAS E MÉTODOS: O cuidado constitui-se no modo como o trabalho em saúde é desenvolvido no cotidiano, retratado nas vivências das pessoas com suas singularidades e diferenças. A valorização da heterogeneidade em sua construção histórica (HELLER, 1972, 1975). Isso se traduz no encontro da equipe com o usuário. É o "trabalho vivo em ato" (MERHY, 2002, 2005), tecnologia leve dependente, e operada numa perspectiva dialógica, marcada pela intersubjetividade. Um cuidado usuário-centrado, em que o indivíduo passa a ser encarado como sujeito e não objeto das práticas a serem desenvolvidas e, ainda, totalizadoras, na medida em que considera as dimensões biológicas, psicológicas, culturais e sociais que compõem o ser humano. O cuidado é colocado como símbolo da essência do campo da saúde que deveria ser um lugar que cuida.

O método de pesquisa é de natureza qualitativa, cujo estudo foi realizado em 2 municípios na Região do Recôncavo da Bahia, Brasil em 11 Unidades de Saúde da Família (USF), 07 em um município e 04 em outro. Os participantes do estudo constituíram de 66 sujeitos sociais, organizados em 03 grupos de representação: 14 dirigentes 14; 31 trabalhadores e 19 usuários. As estratégias de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação do processo de produção do cuidado. A análise de explicação da realidade empírica foi fundamentada

na Hermenêutica-Dialética (HABERMAS, 1987) e retraduzida por Assis & Jorge (2010). Este método busca compreender a especificidade histórica e as subjetividades dos fenômenos sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: O material empírico revela que no processo de cuidar, o trabalhador exerce seu trabalho de forma pontual e fragmentada, ainda centrado na queixa-conduta, não conseguindo colocar-se no lugar do usuário. Em algumas situações, demonstrando pouca sensibilidade com as necessidades de quem demanda cuidado. O trabalho não é pautado na articulação de saberes e práticas. Ainda que se tenha observado, esforços no sentido de estabelecer conexões e discussão de casos de usuários que necessitam de encaminhamentos na rede de atenção. Situações pontuais em algumas unidades revelam práticas mais articuladas e inovadoras como grupos terapêuticos, clínica centrada no sujeito (CAMPOS, 2003) e salas de espera com envolvimento da comunidade, porém organizados em linhas temáticas específicas, como saúde da mulher e doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão.

Em relação ao fluxo de atendimento na rede, de uma maneira geral, o usuário percorre de forma solitária, entre o nível central da Secretaria de Saúde, no setor de regulação e os outros níveis de complexidade tecnológica. No entanto, observou-se nos espaços micropolíticos de intervenção nos dois municípios pesquisados que há uma multiplicidade de redes informais, construindo linhas de produção do cuidado, mostrando a potência criativa dos trabalhadores, na tentativa de resolver os problemas demandados pelos usuários e famílias. As relações se dão a partir de pactuações que ocorrem entre pessoas que tem vínculo de amizade em outros níveis de atenção. Pode-se dizer que existem pactos relacionais que operam no micropolítico como fluxos conectivos, simbólicos e subjetivos.

Enfim, as potências estão sendo construídas na adversidade, diferenças e heterogeneidades no modo de produzir o cuidado. Evidencia-se o cuidado pontual e centrado em problemas específicos e alternativas de projetos terapêuticos, responsivos e integradores.

CONTRIBUIÇÕES: O estudo busca refletir sobre a produção do cuidado e suas conexões com a rede de atenção, abrindo-se para novas re-significações no modo de mediar os processos de atenção no SUS, em especial na ESF, buscando penetrar no complexo mundo do usuário, que é marcado por desejos, vontades e necessidades complexas e dinâmicas.

Centro de Convivência de Afásicos (CCA): o trabalho com a linguagem em uma perspectiva interdisciplinar.

*Rosana Novaes e Arnaldo Rodrigues de Lima, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil.
ronovaes@terra.com.br, arnaldolimanetto@gmail.com*

Riassunto

Questo articolo presenta il lavoro svolto nel CCA, inserito nella Neurolinguistica enunciativo-discorsiva, fondata sugli approcci storici- socioculturali del funzionamento del cervello e del linguaggio. Tra gli oggetti di studio della Neurolinguistica c'è l'afasia, che provoca cambiamenti linguistici derivanti da lesioni cerebrali focali (ictus, tumori e traumatismi craniali). L'attuazione interdisciplinare si fa attraverso l'interazione tra linguisti, logopedisti, educatori ed artisti. Il lavoro si sta dimostrando molto efficiente, presentando "effetti terapeutici", aiutando gli afasici ad affrontare le loro difficoltà di comunicazione e, soprattutto, per migliorare la qualità della loro vita.

Resumo

Este artigo apresenta o trabalho desenvolvido no CCA, inserido na Neurolinguística enunciativo-discursiva, fundada na abordagem sócio-histórico-cultural do funcionamento do cérebro e da linguagem. Entre os objetos de estudo da Neurolinguística está a afasia, que provoca alterações linguísticas decorrentes de lesões cerebrais focais (derrames, tumores e traumatismos cranianos). A atuação interdisciplinar se faz pela interação entre linguistas, fonoaudiólogos, educadores e artistas. O trabalho está se mostrando muito eficiente e apresentando "efeitos terapêuticos", ajudando os afásicos a enfrentarem suas dificuldades de comunicação e, sobretudo, para melhorar a qualidade de suas vidas.

A dimensão do trabalho na Atenção Básica à Saúde na universalização do acesso – um olhar a partir da bioética e da ergologia.

Erica Lima Costa Menezes e Marta Verdi, UFSC e Magda Duarte dos Anjos Scherer, UnB, Brasil.
ericalcmenezes@gmail.com

A Universalidade do Acesso como um dos princípios ético/doutrinários do Sistema Único de Saúde, pode ser analisada, segundo a literatura, a partir de quatro diferentes dimensões: técnica, econômica, política e simbólica. A ampliação da cobertura da Atenção Básica à saúde (ABS), por meio da Estratégia de Saúde da Família na década de 90 do século passado, bem como um conjunto de políticas implantadas nacionalmente contribuíram para um maior acesso aos serviços de saúde no Brasil. O País possui hoje mais de 39 mil equipes de saúde da família, implantadas em 5463 municípios, com uma cobertura de 63,12% da população brasileira, compostas por diferentes profissionais de saúde, responsáveis, no âmbito da sua atuação, pela consolidação e efetivação da universalidade, em seu componente final que é o acesso às ações de saúde. O modo como o trabalho dos profissionais é realizado, e em quais condições, bem como os valores que o norteia, influencia na efetividade do acesso universal. Isto nos coloca uma quinta dimensão de análise relacionada a como os trabalhadores fazem a gestão do que está prescrito pelas normas numa relação dialética com o contexto para ter eficácia no trabalho. É esta dimensão de análise, da universalidade do acesso, o foco da pesquisa de doutorado da organizadora da oficina, desenvolvida pelo Núcleo de estudos sobre Bioética da UFSC e o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o trabalho em saúde da UnB que tem como um dos referenciais teóricos a ergologia e a bioética cotidiana. Giovanni Berlinguer afirma para além das situações limite ou de fronteira, a bioética deve se ocupar das questões morais que orientam as escolhas na vida cotidiana. O autor reforça a necessidade de se considerar todo o processo de cuidado envolvido e quais valores presentes neste contato entre trabalhador e usuário, bem como os valores fortalecidos por meio das políticas públicas implantadas. A Ergologia mostra que o trabalho efetuado jamais corresponde ao trabalho esperado. Assim, ao se deparar com a tarefa, o trabalhador se vê diante de imprevistos, muitas vezes impossíveis de se determinar com precisão previamente e as renormalizações acontecem permanentemente na atividade em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir. Agir orientado por normas e valores capazes de influenciar o acesso universal. A comunicação tem como objetivo geral refletir sobre o cotidiano do trabalho na atenção primária a saúde identificando elementos que influenciam no acesso universal aos serviços de saúde. A autora pretende ainda apresentar os resultados preliminares da revisão de literatura que fez acerca do tema, bem como discutir as contribuições da ergologia e da bioética como referenciais de análise para o trabalho em saúde. O trabalho surge como parte de um movimento de aposta na produção de conhecimento a partir da prática cotidiana dos trabalhadores da atenção primária e que entende que é fundamental a reflexão sobre a prática para mudança no modo de produzir cuidado em saúde e para consolidação do SUS.

Sessão 18

Sala 2

Tema: O Acesso a medicamentos frente a crise de sustentabilidade dos sistemas de saúde

Sessão organizada: Luiz Henrique Costa – Brasil

Aspectos econômicos da introdução dos medicamentos de dose fixa combinada no cenário da produção pública brasileira de antirretrovirais.

Raíssa Allan Santos Dominguez, Luiz Henrique Costa e José Miguel do Nascimento Júnior, Brasil.
raissa.domingues@saude.gov.br

O Brasil foi um dos primeiros países, dentre os de baixa e média renda, a fornecer tratamento gratuito para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVAH) pelo SUS, desde a introdução da Lei nº 9.313, de 13/11/1996, que responsabiliza a União pela disponibilização de tratamento antirretroviral (TARV). Em consequência desta política de acesso universal, o Brasil teve uma queda acentuada na taxa de mortalidade associada à AIDS. Apesar dos avanços de acesso e cobertura da TARV no Brasil, muitos pacientes ainda apresentam falha terapêutica, causada principalmente por baixa adesão ao tratamento. As DFC referem-se a associações de classes variadas de fármacos em diversas combinações associados numa única forma farmacêutica. As vantagens dessa associação são: baixo custo; eficácia e tolerabilidade semelhantes a outros esquemas terapêuticos; melhor adesão ao tratamento;

menor número de comprimidos/cápsulas ingeridos; além do melhoramento de solubilidade e permeabilidade dos fármacos envolvidos. Sempre que disponíveis, os medicamentos em DFC são uma melhor opção terapêutica, principalmente por aumentar a adesão à terapia, diminuindo a resistência viral, sendo esta uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para fortalecer o controle da infecção pelo HIV. A fim de melhorar a conveniência do tratamento, formulações multidrogas na forma de dose fixa combinada (DFC) estão sendo amplamente promovidas como regime de primeira linha em programas de acesso ao TARV. Considerando a introdução de dois medicamentos de DFC: fumarato de tenofovir desopoxila 300mg associado a lamivudina 300mg “2 em 1” e tenofovir 300mg associado a lamivudina 300mg e efavirenz 300mg “3 em 1”, na aquisição do programa de DST/AIDS, este trabalho pretende analisar a economicidade da aquisição para o Ministério da Saúde (MS), comparando os cenários de aquisição da produção pública de antirretrovirais com e sem os medicamentos de DFC. Foram definidos como variáveis o princípio ativo, a apresentação, a quantidade de unidades farmacêuticas adquiridas, o fornecedor, o preço unitário e o gasto total. Em 2014, foi realizada a última alteração no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) que ampliou o número de pacientes com indicação de TARV e introduziu na programação do MS a aquisição dos medicamentos em DFC “3 em 1” e “2 em 1”. Este novo cenário na programação de ARV representou uma redução significativa na aquisição dos medicamentos com apresentação em monodrogas (Lamivudina 150mg, Tenofovir 300mg, Efavirenz 600mg), junto aos laboratórios oficiais. Ao se comparar o quantitativo adquirido dos medicamentos das monodrogas com a aquisição de DFC na programação de 2016, nota-se que houve redução de 78.450.160 UF adquiridas e 113.767.407,00 reais gastos, comparado a programação de 2015. Considerando que cerca de 133.000 pacientes estão em primeira linha de TARV em uso dos princípios ativos Efavirenz, Lamivudina e Tenofovir nas apresentações apontadas, pode-se comparar o custo do tratamento durante um ano e a economia que a introdução do “3 em 1” representa para o MS. Enquanto o tratamento com as monodrogas requer a administração de 4 comprimidos diários a um custo total de 5,8966 e representa um gasto de 2.152,26 reais por paciente, o tratamento com o “3 em 1” com a administração de apenas um comprimido a um custo de 1,32 reais representa um gasto de 481,80 reais por paciente. Considerando todos os pacientes que requerem o tratamento. O custo total passa de 286.250.447,00 para 64.079.400,00 reais, representando uma economia de 222.171.047,00 por ano para o MS. A aquisição do DFC “3 em 1” por intermédio da OPAS, representa uma economia substancial para o programa de aids, no entanto, evidencia uma demanda não alocada aos laboratórios nacionais dos medicamentos isolados e a internacionalização do recurso. Encontra-se em desenvolvimento no âmbito deste MS, parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP) de DFC “3 em 1”, com laboratórios oficiais e privados. Dessa forma, enquanto não são firmadas as PDP deste medicamento, deixa-se de investir no complexo industrial farmoquímico e farmacêutico brasileiro. Com isso, conclui-se que a disponibilidade do “3 em 1” é uma importante estratégia e permite uma boa adesão ao tratamento e durabilidade do esquema terapêutico. Ao analisar as consequências do PCDT em relação ao incremento no número de pacientes em TARV e melhora na adesão, considera-se vantajoso a introdução de medicamentos em DFC para os pacientes, no entanto, considerando o impacto da introdução desses dois DFC no cenário de alocação e produção pública de ARV para os próximos anos e na cadeia produtiva dos fornecedores de insumos farmacêuticos ativos, entende-se que a PDP, o complexo produtivo nacional e o investimento no parque industrial brasileiro devem ser considerados prioritários, bem como o desenvolvimento de tecnologias farmacêuticas nacionais, pois a aquisição via organismos internacionais aloca o recurso para o mercado externo, desfavorecendo a economia brasileira e o complexo farmacêutico produtivo do país.

Análise comparativa das aquisições de medicamentos antirretrovirais junto aos laboratórios públicos e privados no período de 2007 a 2014 no Brasil

Gustavo Laine Araújo de Oliveira, Raíssa Allan Santos Domingues, Andressa Veras de Oliveira, Luiz Henrique Costa e José Miguel do Nascimento Júnior, Brasil. gustavo.oliveira@saude.gov.br

No Brasil, a saúde é direito social dos seus cidadãos. Compreendida pela Seguridade Social, deve ser garantida por meio de um conjunto integrado de ações dos Entes Federados e da sociedade. Devem ser executadas ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. De acordo com a Lei Brasileira nº 9.313/1996, no âmbito do SUS, é responsabilidade da União a disponibilização de medicamentos antirretrovirais (ARV) gratuitamente às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA). Conforme estabelecida na Política Nacional de Medicamentos (PNM) e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a produção de medicamentos para atendimento aos usuários do SUS deve ser direcionada, na medida da capacidade técnica possível, aos laboratórios públicos. Este trabalho pretende analisar comparativamente as aquisições de medicamentos ARV de laboratórios públicos e privados entre os anos de 2007 e 2014 no sistema único de saúde (SUS) do Brasil. Para isso, foi realizado um estudo descritivo e analítico envolvendo os dados de aquisições de ARV pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2007 e 2014. Foram definidos como variáveis o princípio ativo, a forma farmacêutica, a apresentação, a quantidade de

unidades farmacêuticas adquiridas, o fornecedor, o preço unitário e o gasto total. A comparação de quantidades e custo das aquisições foi estratificada de acordo com o tipo de fornecedor. Para avaliar a evolução no período de estudo, foi calculada linha de tendência e as equações das retas. Com isso, foi determinada a taxa de crescimento médio anual para os quantitativos adquiridos e para os montantes investidos. No período entre 2007 e 2014 foram adquiridas 45 apresentações distintas de ARV incluindo 22 princípios ativos em cinco formas farmacêuticas. Nos últimos oito anos, o SUS adquiriu cerca de três bilhões de unidades farmacêuticas (UF) de ARV e foram investidos cerca de R\$ 5,8 bilhões no tratamento medicamentoso de PVHA. Em 2014 foram adquiridas 483.933.749 UF de ARV, que representam aumento de 116,8% em relação à quantidade adquirida em 2007. Observou-se que em 2014, a proporção de fornecimento de UF pelos laboratórios públicos e privados foi de, respectivamente, 59,1% e 40,9%. O fornecimento de ARV por laboratórios públicos entre 2007 e 2014 foi 44,7% maior que por laboratórios privados. Em termos absolutos, houve maior aumento no fornecimento de ARV por meio de laboratórios públicos. Comparando as aquisições de 2014 em relação às de 2007, observou-se aumento de 229.153.550 UF nas aquisições junto a estes laboratórios, correspondendo a uma ampliação de 211,2%. Em relação aos laboratórios privados, houve aumento de 31.515.421 UF, o que corresponde a 27,5% de incremento. Considerando o montante investido nas aquisições de ARV no período, a predominância foi dos laboratórios privados em relação aos públicos. A proporção do investimento foi de, respectivamente, 59,7% e 40,3%. No entanto, percebe-se que a evolução do investimento no período foi maior para os Laboratórios Oficiais. Considerando a evolução média entre laboratórios públicos e privados, observa-se que houve maior crescimento médio ao ano na aquisição de UF fornecidas por laboratórios públicos em relação aos privados. Enquanto o crescimento médio anual foi de aproximadamente 3,0 milhões de UF para os laboratórios privados, a taxa foi de aproximadamente 30,5 milhões para os laboratórios públicos. Entre 2007 e 2014, houve crescimento médio anual de aproximadamente R\$ 56,4 milhões no investimento em laboratórios públicos. No mesmo período, houve queda de aproximadamente R\$ 26,5 milhões ao ano nas aquisições junto a laboratórios privados. Na avaliação de investimento em ARV no período, observa-se tendência para incremento do investimento em laboratórios públicos e decréscimo em laboratórios privados. Dessa forma, pode-se observar o crescimento dos recursos empregados pelo SUS na aquisição de medicamentos ARV. Sobre a assistência farmacêutica às PVHA entre 2007 e 2014 no Brasil, o Ministério da Saúde considerou as deliberações do controle social e orientou suas ações para a ampliação da participação dos laboratórios públicos no fornecimento de ARV. Com isso, observou-se o incremento do investimento nesses laboratórios, proporcionando o desenvolvimento técnico-científico e a inovação no país. As aquisições destes medicamentos junto aos laboratórios públicos contribuem para a efetivação da PNM e PNAF, uma vez que, em linhas gerais, há fortalecimento do SUS e diminuição de sua dependência tecnológica.

Monitoramento da incorporação de tecnologia baseada em evidências : o caso de medicamentos biológicos para artrite reumatoide no Brasil 2010-2014

Andressa Veras de Oliveira, Walter Massa Ramalho e Everton Nunes da Silva, Brasil. andressa.veras@saude.gov.br

Introdução: Devido ao impacto que algumas doenças têm no orçamento Ministério da Saúde do Brasil, torna-se necessário conduzir pesquisas de avaliação e monitoramento das incorporações, verificando se ampliaram o acesso e foram acessíveis em termos financeiros. Neste contexto, este trabalho analisou a incorporação, em 2013, de cinco medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCD-biológicos) para a artrite reumatoide no Brasil, sendo eles golimumabe, certolizumabe pegol, rituximabe, abatacepte e tocilizumabe. A artrite reumatoide foi utilizada com estudo de caso devido ao seu elevado custo e à sua prevalência de 0,46% da população brasileira, representando aproximadamente um milhão de pessoas acometidas pela doença [5,6].

Objetivo: Avaliar o impacto da incorporação dos medicamentos para a artrite reumatoide no Brasil em termos de pacientes tratados e de gastos.

Métodos: Foram utilizados dados de medicamentos dispensados exclusivamente pelo Ministério da Saúde no período de 2010-2014. A informação sobre as dispensações dos medicamentos foi obtida através da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade. Analisou-se as dispensações segundo classe de medicamentos, regiões e market share. A estimativa do número de pacientes foi baseada no protocolo clínico e diretriz terapêutica da artrite reumatoide.

Resultados: O tratamento medicamentoso da artrite reumatoide gerou gasto de US\$ 438,7 milhões. A classe de medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCD-biológicos) correspondeu a 99,14% dos gastos, e representou 30,27% de dispensação. O gasto médio dos MMCD-biológicos apresentou redução de 40% e

aumento de 120% no número de tratamentos completos. Dos 40.361 tratamentos completos, 60% foram na região Sudeste, e 3% na região Norte. O golimumabe apresentou maior market share, passando de 1,35% (2013) para 11,65% (2014), o adalimumabe representava 59,62% (2013) caindo para 49,21% (2014).

Discussão: Este estudo apontou que os cinco medicamentos modificadores do curso da doença biológicos incorporados em 2013 geraram impacto positivo para o sistema público de saúde, em termos da estimativa de crescimento do número de tratamentos completos e da redução dos gastos médios com o tratamento medicamentoso. Tomando como base o último ano antes da incorporação dos novos medicamentos (2012), houve um aumento de 48,6% no número de tratamentos completos no sistema público de saúde em 2014, ao passo que os gastos totais apresentaram um crescimento menor, de 7,5%, no mesmo período. Em termos de gasto médio por tratamento, verificou-se uma redução de 27,5% entre 2012 e 2014.

Conclusão: A incorporação de cinco novos MMCD-biológicos contribuiu para aumentar o acesso ao tratamento medicamentoso sem comprometer de forma significativa o orçamento do Ministério da Saúde. Dois fatores foram primordiais para obter este resultado positivo: uso de evidências científicas por meio de estudos de avaliação de tecnologias em saúde e compra centralizada em âmbito nacional.

Sessão 19

Sala 3

Tema: Gestão e a organização do trabalho em contexto hospitalar

Moderadora: Ana Maria Malik – Brasil

Caracterização do processo de trabalho das enfermeiras nos hospitais públicos da rede estadual na Bahia.

Karolline Santos Macedo, Cristina Maria Meira de Melo e Tatiane Araújo dos Santos, Universidade Federal da Bahia, Brasil. karollsantos@yahoo.com.br

Com o intuito de reduzir custos e simultaneamente expandir a rede de serviços de saúde foram adotadas novas formas de gestão nas organizações hospitalares públicas. Essa mudança, reflexo da reestruturação produtiva, não se restringiu à forma como a força de trabalho se vincula às organizações de saúde, mas também transforma o trabalho que aí se realiza. O objetivo deste estudo é analisar as características do processo de trabalho das enfermeiras em hospitais de gestão direta e indireta da rede estadual do Sistema Único de Saúde na Bahia. Trata-se de um recorte da pesquisa denominada Análise do Processo de Trabalho em Enfermagem na Rede Estadual do SUS/Bahia, financiado pelo FAPESB, e aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem da UFBA. É um estudo descritivo exploratório realizado através de coleta de dados com aplicação de questionários estruturados a uma amostra de 256 enfermeiras alocadas proporcionalmente para os 15 hospitais de gestão direta e 7 de gestão indireta que fizeram parte da amostra. Foi realizada a compilação de dados e criado um banco de dados no programa STATA v. 12.0. A análise de dados deu-se através de medidas estatísticas como frequência, moda, média e desvio padrão. Como resultados, observou-se que a maior parte das enfermeiras de organização direta (72,3%) e indireta (84,0%) cursaram especialização, ainda que haja maior percentual de níveis maiores de pós-graduação dentre as enfermeiras em serviços de administração direta (14,6% contra 6% em serviços de administração indireta). A limitação da escolaridade à especialização pode indicar a preferência pela aprendizagem técnica, mais diretamente relacionada a atividade assistencial, ou ausência e/ou não cumprimento de progressão de carreira nestes serviços. No que se refere à qualificação para o exercício das atividades, 57,2% das trabalhadoras em hospitais de gestão direta e 66% em hospitais de gestão indireta referem que nunca ou raramente fazem atividades para as quais não foram qualificadas, contudo apenas 22,3% das enfermeiras em hospitais de gestão direta afirmam ter acesso frequente a atividades de educação permanente, enquanto na gestão indireta esse número sobe para 60%, sugerindo que a qualificação para o trabalho na gestão direta pode estar ocorrendo por iniciativa da própria trabalhadora ou que a mesma recusa-se a realizar atividades para as quais não desenvolveu competência. Quanto ao tempo de trabalho na profissão, 80,0% das enfermeiras em hospitais de administração indireta possuem 10 anos ou menos, enquanto 53,4% das enfermeiras em organização direta possuem 11 anos ou mais de experiência como enfermeiras. A maior parcela das enfermeiras, 80,5% em hospitais sob administração direta e 98% em hospitais sob administração indireta, trabalha entre 1 a 10 anos nas organizações hospitalares estudadas, ainda que nos hospitais de gestão direta haja um maior percentual 9 vezes maior de enfermeiras

(18,6%) trabalhando no local de estudo há 11 anos ou mais. Observa-se, portanto, que as enfermeiras que trabalham nos hospitais sob administração direta são mais experientes na profissão e possuem maior tempo de serviço, o que pode refletir no poder decisório e no relacionamento com a equipe de trabalho. Ainda que a quase totalidade das enfermeiras afirmem trabalhar em conjunto com outros trabalhadores, apenas 43,7% em gestão direta e 60% em gestão indireta participam da tomada de decisão com outros trabalhadores sobre as atividades a serem realizadas, mesmo que 62,1% das sob gestão direta e 52% das sob gestão indireta afirmem ter liberdade para fazer as próprias tarefas com grande frequência. O percentual de enfermeiras que refere nunca ou raramente poder participar de reuniões para organização das atividades é 2,5 vezes maior entre as trabalhadoras sob gestão direta em relação às sob gestão indireta (49,0% e 20,0% respectivamente). Confirma-se, portanto, que apesar do trabalho em saúde se realizar coletivamente, esse se dá por atos fragmentados entre os diversos profissionais de saúde, com um grau limitado de autonomia que não pode se ampliar pela própria natureza do trabalho em saúde. Neste estudo revelamos a instrumentalização intelectual para o trabalho das enfermeiras em hospitais públicos de gestão direta e indireta, instrumentos esses que se interpõem entre o agente e o objeto, que permitem a apreensão deste último e influenciam a sua transformação. Evidenciamos também elementos que sinalizam a forma como se processa o trabalho coletivo nas organizações estudadas. Esses resultados podem favorecer o planejamento de intervenções que promovam condições favoráveis ao desenvolvimento do processo de trabalho da enfermeira no SUS, consequentemente, impactar nas condições de assistência à saúde dos usuários.

Analyse pluridisciplinaire des situations de travail; le cas d'un service hospitalo-universitaire à l'ouest Algérien.

Abdesselam Taleb, R. Di Ruzza e Y. Schawrtz, Institut d'Ergologie, CEPERC, Université d'Aix Marseille, Algérie e France

Por que pacientes de alta permanecem dentro do hospital?

Fabio Yoshito Ajimura e Ana Maria Malik, EAESP-FGV, Brasil

A Evolução da oferta de serviços da Terapia Renal Substitutiva na regiões de saúde do Estado de São Paulo durante os anos de 2008 a 2015.

Antonio Pescuma Junior e Aylene Emilia Moraes Bousquat, Faculdade de Saúde Pública da USP, Brasil.
antonioescuma@usp.br; aylenebousquat@gmail.com

Riassunto

Neste estudo, foi realizada uma breve caracterização das medidas adotadas recentemente pelo governo federal, intensificando o subfinanciamento do SUS. Mostrou-se uma análise da direção do gasto efetuado pela média e alta complexidade, identificando que a Terapia Renal Substitutiva (TRS) concentra a maior parte dos seus recursos financeiros. Em seguida, foi desenvolvido um modelo representado por uma Função de Produção para a TRS, baseado nas 64 regiões de saúde no Estado de São Paulo, evidenciando a evolução das principais variáveis estruturais para o setor durante os anos de 2008 a 2015. Com relação ao método, utilizou o instrumental da Teoria Microeconômica para a análise dos dados secundários obtidos na plataforma DATASUS. A bibliografia utilizada foi consultada na base da USP, Pubmed e Lilacs. Como uma das principais conclusões, verificou-se que não se conseguiu alterar o modelo de saúde pretendido pelo SUS, diminuindo o peso de um modelo apoiado na atenção hospitalar, com destinação de recursos superior para as regiões brasileiras de maior capacidade instalada, como a sudeste, onde o Estado de São Paulo está presente.

Resumen

Este estudio, una breve descripción de las medidas adoptadas recientemente por el gobierno federal se llevó a cabo mediante el aumento de la financiación insuficiente SUS. Se demostró que es un gasto en la dirección del análisis realizado por la complejidad media y alta, la identificación de la Terapia de Reemplazo Renal (TSR) se concentra la mayor parte de sus recursos financieros. A continuación, hemos desarrollado un modelo representado por una función de producción para TRS, basado en 64 regiones de salud en el Estado de São Paulo, que muestra la evolución de las principales variables estructurales para el sector durante los años 2008 a 2015. En cuanto a la método, utilizado el instrumental de Microeconomic Teoría para el análisis de datos secundarios obtenidos a partir de la plataforma DATASUS. La bibliografía utilizada fue consultado sobre la base de la USP, Pubmed y Lilacs. Como una de las principales conclusiones, se encontró que no podía cambiar el modelo deseado para la salud por el SUS, lo que reduce el peso de un modelo compatible para la atención hospitalaria, con la

asignación de mayores recursos para las regiones de Brasil con la más alta capacidad, como el sureste, donde está presente el estado de São Paulo.

Sessão 20

Sala 6

Tema: Saúde mundial, cooperação, responsabilidade, direito à saúde

Moderador: Carolina Tetelboin Henrion – México

América Latina: los límites de las políticas sociales ante la hegemonía del mercado.

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

Objetivo de la propuesta: En la región latinoamericana, las características del desarrollo han afectado decisivamente tanto la definición de economía como al papel del Estado y en esa medida gravitan 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, puede encontrarse profundas diferencias en sus contenidos y en sus propósitos. El propósito de la ponencia, inscrito en la trayectoria de una investigación mayor, establece su objetivo en la importancia de estudiar el contexto en que se producen las políticas. Se postula que las transformaciones de la política social en América Latina son expresión de los cambios estructurales que desde la década de 1980 vienen pautando la formulación de sus contenidos como correlato de las tendencias hegemónicas. Tras la crisis de la deuda y la llamada “década perdida” para el desarrollo, la región ingresa decididamente a una fase de desarrollo 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, los mecanismos de reguladoras vinculados a la globalización neoliberal.

El contexto: Bajo estas coordenadas y en el escenario de crisis actual se puede observar cómo la reproducción de las condiciones requeridas por una sociedad de mercado impone límites a la democratización desde la reproducción de desigualdad distributiva y la concentración de la riqueza. Encarar esta cuestión abre importantes interrogantes sobre el carácter de la ciudadanía y la problemática de los derechos sociales que comprende también los de salud. La hipótesis de trabajo estriba en que los males que produce este modelo de desarrollo no alcanzan a erradicarse con sus políticas sociales. El neoliberalismo como modelo de desarrollo no admite políticas que obstaculicen la concentración de la riqueza ni la modificación del patrón distributivo. La política social bajo sus rigurosos parámetros de referencia apenas alcanza a instrumentar ciertas correcciones sobre los factores que busca impactar. El peso de la estructura socioeconómica neoliberal es mucho más determinante que el impacto de sus políticas.

Cooperação internacional em saúde no Mercosul: Argentina, Brasil e Uruguai.

Ana Angélica Martins da Trindade, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
angelica.ana@gmail.com

Objetivo: Analisar as diretrizes e os rumos da cooperação internacional, no sentido de implementar políticas convergentes de saúde para o desenvolvimento regional de países partes do Mercado Comum do Sul (Mercosul): Argentina, Brasil e Uruguai. Discutiui-se, por um lado, o que constitui a cooperação internacional para valorização de um bem público, a saúde, que se viabiliza nacionalmente; e, por outro lado, porque essa cooperação pode contribuir para melhorar a integração regional entre países. Foram consideradas quatro iniciativas de cooperação em saúde no sentido Sul-Sul: o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), o Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA), o Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS) e a Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT).

Contexto e descrição do problema: A cooperação internacional é relevante para políticas regionais de desenvolvimento e integração, como forma de contrabalancear as consequências da globalização econômica. São apresentadas reflexões teóricas, analíticas e sócio-históricas em torno dos esforços das sociedades

contemporâneas que, através da cooperação, buscam equilibrar desafios globais e necessidades locais, visando o desenvolvimento regional. Contempla-se a saúde como uma questão de política pública situada em um universo de dificuldades e necessária para estabelecer, de fato, condições de acesso universal e igualitário, visando ao bem-estar e à qualidade de vida, como forma de garantir a cidadania e de atender as demandas de expressivas parcelas das populações sul-americanas.

Materiais e métodos: Estudo qualitativo que utilizou revisão sistemática da literatura e de documentos em meio eletrônico e em campo de estudo, bem como entrevistas semi-estruturadas com gestores do Mercosul e pesquisadores da área.

Resultados e discussão: A análise do tema sugere que a cooperação tem progredido no Mercosul em termos de iniciativas, tais como: (i) a institucionalização do direito regional à saúde; e (ii) proposições de governabilidade regional em saúde com exercício de convergência política e, a longo prazo, promoção de justiça social nos países estudados.

Contribuição da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais: Estudar a cooperação internacional em saúde, neste trabalho, proporcionou entendimentos críticos sobre a intensificação das questões sociais, a partir das políticas neoliberais trazidas pela globalização, no que dizem respeito ao aumento da concentração de riqueza e renda e das iniquidades em saúde, bem como à importância de se considerar a dinâmica política de uma democracia efetiva que consiga equilibrar justiça e igualdade. A integração em saúde no Mercosul estimula políticas de cooperação internacional, tendo como marco a integração regional e a consolidação de identidades sul-americanas, num mundo que sofre constantes fragmentações na política internacional.

La santé mondiale comme levier de la responsabilité sociale: un rôle clé pour le milieu académique dans la formation médicale face à la globalisation et la transformation des pratiques professionnelles

Jacques E. Girard e Julien Poitras, Université de Laval, Québec. jacques.girard@fmed.ulaval.ca

Objectif visé: L'objectif de la communication sera desituer les enjeux du milieu académique face à la mondialisation et à son cortège d'impacts sur la santé des groupes les plus exposés, due au modèle économique qui la façonne depuis les dernières années, où les habitudes de vie sont conditionnées par de puissantes forces opérantes qui ne connaissent aucune frontière.

Contexte et problématique: En terme de contexte, il suffit de souligner quelques exemples de cette problématique complexe, où :

- nous faisons face à une épidémie d'obésité, alimentée dans une large part par l'industrie agroalimentaire, accroissant le syndrome métabolique à des proportions jamais vues;
- les cancers dépassent maintenant les maladies cardio-vasculaires en terme de fardeau de mortalité, où des liens se font des plus évidents avec l'environnement;
- les troubles mentaux sont en voie de déclasser les maladies du système musculo-squelettique au chapitre des maladies chroniques, en lien avec les milieux de travail, générant des coûts exorbitants.

Le modèle d'intervention pour répondre à ces problèmes de santé doit évoluer et faire appel davantage aux déterminants sociaux de la santé au sein de pratiques professionnelles innovantes.

Modèle académique proposé: Dans une faculté de médecine, alors que les cohortes d'étudiantes et d'étudiants ne reflètent pas toujours la société dans sa diversité socioéconomique et culturelle, l'enjeu est de taille. Si des mesures visant à incorporer davantage de candidats en provenance des nouvelles générations pour viser toujours plus de diversité font du sens, une nouvelle vision en santé mondiale, qui transformerait le modèle de formation, pourrait générer un nouveau leadership pour le milieu académique. Il deviendrait ainsi incontournable de forger des compétences adaptées auprès de ces étudiants face à ces nouvelles réalités.

Résultats de la démarche entreprise: En effet, la priorité se déclina dans l'importance d'une relève professionnelle qui devra accompagner les personnes et les groupes qui vivent au quotidien les effets de ces inégalités sociales de santé. Dans cet esprit, la Faculté de médecine de l'Université Laval vient de se doter d'un vice-décanat à la responsabilité sociale pour mieux structurer ses priorités stratégiques en 2015. La santé mondiale devient ainsi l'un

de ces leviers pour actualiser la responsabilité sociale. Après avoir lancé une politique-cadre en santé mondiale, une articulation d'initiatives structurantes est envisagée sur trois axes principaux :

- Les milieux en contexte de vulnérabilité à Québec à travers une clinique communautaire et d'enseignement de santé (SPOT) dans les quartiers les plus défavorisés de la ville;
- Les communautés autochtones, en lien avec des collectifs étudiants/professeurs et la Commission de Santé et de Services Sociaux des Premières Nations Québec Labrador;
- Les expériences internationales avec des partenaires en provenance de d'autres pays pour enrichir la mission universitaire sur la formation, la recherche et les services aux collectivités.

Intérêt de la communication: Nous pourrions conclure que cette voie empruntée par l'Université Laval est une piste intéressante pour travailler sur la culture académique avec une visée de changement tout en lui donnant une assise pour un réel engagement institutionnel avec des orientations, des balises et des critères en toute légitimité.

Direito à saúde na fronteira MERCOSUL – 2003-2013 – a percepção dos gestores e trabalhadores de saúde.

Vera Maria Ribeiro Nogueira, Helenara Silveira Fagundes, Universidade Federal de Santa Catarina, Maria Geusina da Silva, Universidade da Integração Latino-americana, Elias de Sousa Oliveira, Universidade da Integração Latino-americana, Brasil, Juliana Domingues - Universidade Católica de Pelotas – Brasil, Stella Maris Garcia Agüero – Universidade Nacional de Assunção – Paraguai, Carmen Garcia - Universidade Nacional de Assunção, Elisabeth Cerchiaro Ortega – Universidade de la Republica – Uruguai, Celmira Bentura - Universidade de la Republica – Uruguai, Nora Margarita Jacquier – Universidade Nacional de Misiones – Argentina, Jorge Hugo Centeno - Universidade Nacional de Misiones – Argentina. veramrn@gmail.com

Objetivos da investigação – 1. Comparar a concepção de direito à saúde enquanto um discurso, prática e valor, encontrados em 2003, com a dominante em 2013, identificando as alterações no plano ético-político, jurídico-administrativo e programático na linha de fronteira entre Argentina, Brasil, Uruguai e Paraguai. 2. Caracterizar o perfil da demanda para as ações e serviços de saúde em relação à tipologia, localização e respostas oferecidas pelos sistemas locais de saúde na área fronteiriça, evidenciando as distinções entre 2003 e 2013.

Contexto e a descrição do problema – Em 2003 foi realizado um estudo abordando o direito à saúde e cujos resultados apontaram para a diversidade de entendimento entre os gestores e as distinções quanto à esta percepção nas fronteiras de cada um dos países. A esta época o tema da atenção à saúde em áreas de fronteira se torna relevante e ingressa na agenda pública dos países do MERCOSUL. Assim, entre 2003 e 2013 houve um grande investimento financeiro e técnico dos governos nacionais com vistas a ampliar a cooperação transfronteiriça entre os sistemas locais de saúde na área de fronteira. A questão atual é se com estas ações governamentais houve ou não uma alteração na atenção e na garantia do acesso aos bens e serviços de saúde garantindo a fruição do direito à saúde.

As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados – O corpo teórico que subsidiou a análise foi centrado em cinco aspectos centrais - fronteiras, políticas públicas, cooperação transfronteiriça, direito à saúde e organização dos serviços. A pesquisa teve uma dimensão qualitativa com entrevistas abertas e os sujeitos foram os gestores dos sistemas locais das cidades gêmeas com mais de 5000 habitantes. A dimensão quantitativa abordou os recursos e programas desenvolvidos e o acesso aos mesmos. Para análise utilizou-se da análise de conteúdo e organização dos dados através do programa sphinx.

Os resultados e a discussão – Os resultados foram de três ordens – um sobre o direito à saúde, sendo gestores e profissionais persistem em um discurso favorável à garantia de direitos, similar ao verificado em 2003. Ao se passar para a fruição do direito há a reiteração de exigência de documentos pessoais em todas as situações. A partir desta exigência, há uma contradição, pois alguns municípios os utilizam para cercear o ingresso e outros apenas para preenchimento correto de guias e fichas de consulta. Nos municípios menores, principalmente entre Brasil/Uruguai se observa uma alteração em busca real de garantia de direitos. A busca da garantia de direito leva a gestantes e parturientes buscarem os serviços em países com assistência considerada melhor, caso mencionado do Brasil e Argentina, fronteira com Paraguai. Destacam-se algumas referências sobre o direito a partir da cédula do MERCOSUL. Quanto às demandas e acesso aos sistemas de saúde se mantém praticamente as mesmas de 2003, com um único diferencial referente a acidentes de moto e de trânsito. Persistem as desigualdades no acesso aos serviços de média e alta complexidade, não sendo alterado o panorama anterior. O pagamento para estes serviços em clínicas privadas é observação recorrente, não ocorrendo iniciativas para encaminhamentos mais solidários. Nos municípios da Argentina há referências ao atendimento deste nível pelo setor público, mas com

pagamento, sendo que emitem fatura sobre o serviço prestado. Como identificado no estudo anterior persiste a busca pelo serviço em razão da proximidade, da consideração de melhor qualidade do atendimento e ponte para acesso a outros benefícios. O discurso sobre o direito à saúde predominante permanece pautado em dois elementos – o primeiro vinculado a uma ideia genérica e subsidiária do direito formal, de uma igualdade discursiva, herança de uma tradição colonialista e desprovida do sentido de nação. O segundo aponta para a dissociação entre direito à saúde e sua operacionalização enquanto política pública. O acesso aos bens e serviços de média e alta complexidade permanece atrelado à ordem econômica, expressando a lógica da mercantilização da saúde e não como um bem público. Esta percepção pode estar relacionada ao pouco apoio dos governos nacionais com as áreas fronteiriças, ficando igualmente mais a nível discursivo.

As contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais – Aportar novos elementos para estudar a atenção à saúde em relação às fronteiras propondo ampliar as análises a partir da articulação entre o enfoque territorial de desenvolvimento, de sujeitos políticos (processos de governança e mecanismos institucionais estruturados em torno do desenho das políticas) (Acosta, 2015). Para a fruição do direito à saúde pela população, os resultados podem se constituir em subsídios para gestão e ação política. Porque entendemos que as noções de nacionalidade, cidadania e modernidade se desenrolam em “tempos e imaginários heterogêneos” (Chatterjee, 2011: 200).

Derecho a la salud en México: desarrollo de un modelo de justiciabilidad.

Sergio Lopez Moreno, *Universidad Autónoma Metropolitana, México*

Sessão 21

Sala 7

Tema: *Administration des soins infirmiers au Québec: défis et enjeux*

Sessão organizada: Roxane Borgès Da Silva, Jolianne Bolduc, Nicolac Cliquennois, Marianne Thériault, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec

Le rôle et les activités des infirmières selon leur type de formation au Québec et les effets de la composition des équipes sur la qualité et la sécurité des soins en illustrant avec le cas des unités de soins critiques dans les hopitaux.

Jolianne Bolduc, *Université de Montréal, Québec*. jolianne.bolduc@umontreal.ca

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une recension critique des écrits sur les liens entre la composition des équipes de soins et la sécurité et la qualité des soins.

Contexte et problématique : Les systèmes de santé doivent s'adapter au vieillissement de la population et à l'augmentation de la complexité des soins. Afin de répondre à ces changements, divers pays comme le Brésil, la France, l'Irlande, l'Australie et certaines parties du Canada ont rehaussé la formation minimale en exigeant un diplôme de premier cycle universitaire pour exercer comme infirmière (SIDIEF, 2010). Au Canada, la seule province n'exigeant pas ce niveau est le Québec, où un diplôme d'études collégiales est suffisant pour exercer la profession infirmière. Depuis 2007, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) réclame que le diplôme de premier cycle universitaire devienne obligatoire pour la profession infirmière. Les unités de soins critiques sont des unités où la complexité des soins requis par les patients nécessite que les infirmières aient les connaissances et les compétences appropriées pour y travailler de façon sécuritaire et optimale. Dans ce contexte, il était important de faire une recension des écrits sur les liens entre la composition des équipes de soins et la qualité et sécurité des soins. But : Réaliser une recension critique des écrits sur les liens entre la composition des équipes de soins et la sécurité et la qualité des soins, avec un regard particulier sur les écrits portants sur les soins critiques.

Méthode : Une recherche des écrits a été réalisée à partir des moteurs de recherches MEDLINE, Cochrane, CINAHL et PubMed en utilisant les mots clés suivants : *Nursing et Education, Nursing, Baccalaureate, critical care, skills mix*.

Les critères de sélection étaient les articles publiés entre l'année 2000 et 2016, de langue française et anglaise. Une quinzaine d'articles scientifiques pertinents ont été sélectionnés et analysés.

Résultats : Plusieurs articles ont démontré les avantages d'avoir un grand ratio d'infirmière ayant un diplôme d'étude universitaire. Ces avantages se voient autant au niveau des compétences de ces infirmières qu'au niveau de l'effet sur la qualité et la sécurité des soins reçus par les patients. Cette revue de littérature a aussi permis de démontrer les différentes façons d'évaluer la qualité et la sécurité des soins, et ce, à travers plusieurs pays.

Conclusion : Cette étude a permis de dresser un portrait des études ayant évalué les liens entre la composition des équipes de soins et la qualité et sécurité des soins. Le questionnaire joue un rôle important dans la composition de son équipe et ses décisions par rapport à celle-ci peuvent influencer la qualité des soins.

Dans un contexte de réforme du réseau de la santé où l'efficacité et la qualité des soins sont les priorités du gouvernement, il est plus important que jamais de s'assurer que les soins reçus dans les unités de soins critiques, unités engendrant les coûts les plus importants dans les budgets hospitaliers, soient sécuritaires et de qualité.

Au Québec, la composition des équipes de soins critiques n'est pas uniforme d'un établissement à l'autre. Aucune étude n'a été menée pour examiner la relation entre cette variable et la qualité et sécurité des soins. De plus, alors que le Québec se démarque des autres provinces et des autres pays par sa composition des équipes et l'organisation du travail de celle-ci, il est primordial d'étudier ce phénomène spécifiquement dans les unités de soins critiques.

Modèles de dotation en personnel infirmier dans les unités d'hospitalisation de courte durée .

M. Theriault, Québec. marianne.theriault.1@umontreal.ca

Contexte : Le système de santé québécois fait face à de grands défis de dotation en personnel infirmier, entre autre puisqu'il doit répondre à des demandes croissantes de services, tout en composant avec une diminution de la main-d'œuvre qui dispense ces services. Le problème de dotation diminue de manière alarmante la qualité et de la sécurité des soins offerts aux patients. De plus, ce problème entraîne des coûts exorbitants pour les organisations de santé. Bien que la dotation soit une pierre angulaire de la gestion des ressources humaines, il n'y a pas encore de meilleures pratiques claires et établies pour assurer une dotation en personnel infirmier réaliste, optimale et efficace. Plusieurs études abordent le problème de la dotation avec un angle directeur unique, omettant ainsi d'autres dimensions importantes et déterminantes de la dotation en personnel infirmier, ce qui résulte en une vision fragmentée de celle-ci.

Objectif : Le but de cette étude était d'identifier les modèles de dotation prévalant en personnel infirmier dans des unités de soins aigus de centres hospitaliers (CH) d'une des plus grandes régions au Québec, la Mauricie en tenant compte des quatre principales dimensions de la dotation : la quantité globale de ressources, la composition des équipes de soins, la stabilité de équipes de soins et l'intensité du travail.

Méthode : Les variables nécessaires à l'opérationnalisation des dimensions ont été collectées pour la période du 11 janvier 2016 au 7 mars 2016 auprès des archives et des directions des ressources humaines des CH de la région de la Mauricie.

En s'appuyant sur l'approche configurationnelle, c'est à l'aide d'une analyse de correspondances multiples associée à une classification ascendante hiérarchique que les modèles de dotation ont été construits.

Résultats : Cette étude descriptive a permis de mettre en lumière les modèles de dotation en personnel infirmier prévalents dans la région de la Mauricie. Ils permettent ainsi mieux comprendre la dotation infirmière en CH. Les résultats de l'étude constituent une description des caractéristiques de dotation des unités d'hospitalisation de courte durée des CH en question. Ce portrait des modèles de dotation présente des données inédites pour la prévision des effectifs infirmiers.

Discussion : Ces résultats forment des données privilégiées pour les gestionnaires et les décideurs ressources humaines afin que ceux-ci puissent comparer leur modèle de dotation aux différents modèles identifiés lors de la présente étude ainsi qu'à ceux des autres unités de soins des CH étudiés. Il sera possible de mettre en lumière les similitudes et les différences entre les mêmes types d'unités de soins, ce qui peut être intéressant pour les gestionnaires. Par ailleurs, la collecte de données de la présente étude pourrait fournir des informations importantes en ce qui a trait à des travaux d'optimisation dans le sens où cela dresse un portrait de la situation

actuelle, phase indispensable de travaux d'optimisations dans le système de santé. À la connaissance de l'étudiante-chercheuse, il n'existe aucune classification des modèles de dotation en personnel infirmier qui tient entièrement compte de toutes les dimensions de la dotation.

Effet de l'engagement et de la satisfaction des infirmières sur la performance dans un contexte hospitalier.

N. Cliquennois, Québec. nicolas.cliquennois@hotmail.fr

Problématique : Dans le contexte de santé actuel, la performance des services infirmiers devient essentielle pour les organisations cherchant à améliorer leurs services. L'engagement du personnel infirmier peut jouer un rôle important dans la performance des établissements hospitaliers. Bien que depuis quelques années la performance des services hospitaliers et l'engagement des infirmières aient fait l'objet d'une attention particulière, peu de connaissances sur la relation entre ces deux concepts ont été mises en lumière à ce jour.

Objectifs : Le but de cette étude est d'analyser, à partir d'une recension des écrits, les liens entre l'engagement des infirmières et la performance des services infirmiers afin de proposer des stratégies visant à les améliorer.

Méthode : La recension d'écrits a été réalisée à partir des bases de données CINAHL et Pubmed et a abouti à une sélection de 20 articles parmi un total de 332 trouvés. En utilisant la méthode de revue intégrative des écrits de Whitemore et Knafl (2005), les articles recensés ont été analysés en s'appuyant sur le cadre de performance des soins infirmiers de Dubois, D'Amour, Pomey, Girard et Brault (2013) et sur le modèle de Laschinger, Wong et Greco (2006) qui représente l'engagement au travail par six axes de vie au travail : la charge de travail, l'équité, la récompense, les valeurs, le contrôle et la communauté.

Résultats : L'analyse des articles sélectionnés a mis en évidence la pertinence de l'engagement et plus précisément de chacune des axes de vie au travail dans la performance des services infirmiers. Parmi ces axes de vie au travail, les valeurs, le contrôle et la communauté apparaissent comme les piliers de cette relation favorisant ainsi un haut niveau d'engagement chez les infirmières. Qui plus est, cette étude a permis aussi de mettre en évidence l'influence majeure de l'engagement dans le sous-système transformer les ressources en service du cadre de performance des soins infirmiers de Dubois et al. (2013) le plaçant au cœur de la relation de ces deux concepts. La mise en place de stratégies qui encouragent le leadership infirmier, l'empowerment et la collaboration assure ainsi pour l'organisation la performance des services infirmiers.

Conclusion : Cette étude a permis de tirer des recommandations pour les gestionnaires de services infirmiers cherchant à améliorer la performance de leurs unités à travers l'engagement de leurs infirmières, notamment en promouvant un environnement de pratique riche en empowerment et collaboration. Cette analyse ouvre la possibilité d'approfondir la relation entre l'engagement des infirmières et la performance hospitalière en conduisant des recherches ultérieures.

Les liens entre l'expérience de soins des patients et les activités des infirmières dans un contexte de soins de santé primaires.

*Roxane Borgès Da Silva, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.
Roxane.borges.da.silva@umontreal.ca*

Contexte et objectif : Les infirmières jouent un rôle de plus en plus grand dans la prise en charge des patients dans les soins de santé primaires. Au Québec, le rôle des infirmières varie d'une organisation à l'autre. De même l'expérience de soins des patients est très variable selon les organisations où ils sont suivis. Notre étude vise à analyser l'expérience de soins des patients dans les organisations de soins de santé primaires (OSSP) selon le rôle de l'infirmière en comparant des OSSP où les infirmières font du suivi systématique de clientèles et des OSSP où les infirmières ont un rôle de soutien aux activités médicales. Notre hypothèse était la suivante : dans les OSSP où les infirmières font du suivi systématique de clientèles spécifiques l'expérience de soins des patients est meilleure.

Méthode : Une enquête a été réalisée en 2010 auprès des 606 OSSP des deux régions les plus peuplées du Québec. Un groupe expérimental d'OSSP où les infirmières faisaient du suivi systématique de clientèles et un groupe témoin d'OSSP où elles exerçaient principalement des fonctions de soutien aux activités médicales ont été constitués. Les données d'une enquête populationnelle, jumelées aux données de l'enquête sur les OSSP, ont été

utilisées pour connaître l'expérience de soins des patients dans ces régions. Des modèles de régressions multiniveaux ont été utilisés pour vérifier notre hypothèse.

Résultats : Le groupe expérimental était constitué de 154 OSSP (avec 2670 patients) dans lesquelles les infirmières faisaient du suivi systématique de clientèles spécifiques. Le groupe témoin était constitué de 106 OSSP (avec 1994 patients) dans lesquels les infirmières faisaient du soutien aux activités médicales. Les analyses bivariées indiquent que l'expérience de soins est meilleure dans le groupe expérimental pour les indicateurs d'accessibilité, de continuité, de globalité, de réactivité, de résultats de soins, de counselling habitudes de vie et de dépistage cardiometabolique. Dans le modèle de régression multi-niveau, seul l'indicateur d'accessibilité présente une différence significative en faveur du groupe d'OSSP qui comporte des infirmières faisant du suivi systématique.

Conclusion : Les OSSP déclarant avoir une infirmière faisant du suivi systématique offrent une meilleure accessibilité aux soins de santé primaires. Des recherches futures avec des questionnaires plus adaptés pour analyser le lien entre rôle de l'infirmière et expérience de soins des patients seraient nécessaires.

Discussion.

Carlo De Pietro, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Svizzera

Horario: 10.15 - 10.45

Horario: 10.45 - 12.30 **SESSÃO PLENÁRIA – Auditório 3**

Sessão Plenária II

Trabalho, Mudanças Tecnológicas e implicações para os profissionais de saúde

Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Magda Duarte dos Anjos Scherer

Expositores

Prof. Dr. Yves Schwartz – Aix-Marseille Université – França

Prof.^a Dr.^a Denise Elvira Pires de Pires – Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Horario: 12.30 - 14.00

Pausa almoço

Horario: 14.00 - 17.45

SESSÃO POSTER II

17. Recursos humanos em saúde na América Latina: estudo comparado entre o Brasil e os países andinos.

Marselle Nobre Carvalho, Regina Célia Rodrigues Gil, Márcia Hiromi Sakai, Ester Okamoto Dalla Costa e Silvana Nair Leite, Universidade Estadual de Londrina, Brasil. marsellecarvalho@gmail.com

Nos sistemas de saúde, o trabalhador é imprescindível à promoção e ao avanço da saúde. Segundo a OMS, o déficit global de trabalhadores em saúde oscila entre 2,4 e 4,3 milhões de profissionais de saúde. Na América Latina, a situação de escassez e de iniquidades regionais não difere muito do cenário global. Os dados e informações são necessários para o planejamento, gestão, monitoramento e avaliação de recursos humanos em saúde (RHS). Em setembro de 2007, a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana ratificou as Metas Regionais em Matéria de Recursos Humanos para a Saúde 2007–2015, estabelecidas no documento intitulado *Chamado à Ação de Toronto 2006-2015: Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas*, produzido a partir da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto em 2005. As 20 Metas Regionais para RHS foram estabelecidas de acordo com os valores e componentes básicos de um sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS). Com base nas metas regionais e no nível de organização dos observatórios locais da região das Américas, este estudo teve como objetivo comparar a situação da força de trabalho em saúde no Brasil e países andinos, visando à contribuição para o debate regional e mundial. Trata-se de um estudo comparativo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários sobre Brasil, Bolívia, Colômbia, Peru e Chile obtidos em bases de dados online (Banco Mundial, WHO e PAHO), referentes aos anos de 2009 e 2013. A comparação foi realizada por meio de cinco indicadores para o desafio 1 das metas regionais, a saber: indicador 1 (meta 1) - *razão da densidade de recursos humanos de 25 profissionais por 10.000 habitantes*; indicador 2 (meta 2) - *proporção de médicos da atenção primária excedeu 40% do total da força de trabalho médico do país*; indicador 3 (meta 3) - *equipes de atenção primária com ampla gama de competências, que incluíram sistematicamente os agentes comunitários de saúde*; indicador 4 (meta 4) - *razão de enfermeiras/médicos de menos de 1:1*; e indicador 5 (meta 5) - *estabelecer uma unidade ou direção de RHS responsável pelo desenvolvimento de políticas e planos*. O panorama geral da região demonstra que, à exceção do Brasil, as populações dos países estudados variaram entre, aproximadamente, 10 milhões (Bolívia) a 48 milhões de habitantes (Colômbia) e a Esperança de Vida ao Nascer variou de 67 (Bolívia) a 80 anos (Chile). O Chile e o Brasil foram os países que apresentaram os maiores gastos com o setor saúde (7,7 e 9,7% do PIB e 1.204 e 1.083 dólares *per capita*, respectivamente). Com relação à densidade de RHS por 10.000 habitantes, a Bolívia apresentou a pior ($n = 14,1$) e o Chile a melhor ($n = 36$), quando comparados ao Brasil ($n = 31,4$). Apenas a Bolívia não atingiu 100% da meta 1. Quanto a meta 2, apenas a Colômbia cumpriu 100%, seguido do Chile 92,3%. Nenhum país atingiu 100% a meta 3. Peru e Brasil chegaram a 100% da razão de enfermeiras/médicos de menos de 1:1 (meta 4) e a meta 5 não foi atingida em 100% por nenhum país. Todavia, à exceção da Bolívia, os demais países alcançaram mais de 80% dessa meta. De modo geral, os resultados demonstram a importância da cooperação entre os países e o trabalho em rede, bem como evidencia o esforço do Brasil e da região Andina na definição de políticas e planos de longo prazo para dimensionar e qualificar a força de trabalho em saúde para os seus países e, consequentemente, melhorar os indicadores de saúde e de vida das populações.

18. Acolhimento na estratégia saúde da família: como têm sido construídas as conexões da equipe com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

Monneglesia Santana Lopes, Marluce Maria Araújo Assis e Adriano Maia dos Santos, Universidade Estadual de Feira de Santana; Universidade Federal da Bahia, Brasil. isaquetz@gmail.com

Objetivo: analisar se a diretriz do acolhimento na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem possibilitado conexões da Equipe de Saúde da Família (EqSF) com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em um cenário da Bahia, Brasil.

Contexto e a descrição do problema: o acolhimento como diretriz da produção do cuidado em saúde exige da equipe uma nova postura, pautada na ética, com relações empáticas e respeitadas ao usuário, e ao mesmo tempo implica em definir prioridades; perceber as necessidades da pessoa em seus aspectos clínicos, biológicos e psicossociais, e da coletividade, em suas dimensões culturais, epidemiológicas e sociais; bem como avaliar riscos e vulnerabilidades. O NASF, criado em 2008 (BRASIL, 2008) assume o desafio de contribuir com o aperfeiçoamento da atenção e a gestão do cuidado na ESF, por meio da retaguarda especializada e do

apoio técnico pedagógico de seus integrantes às EqSF e da responsabilização compartilhada para superar a lógica de fragmentação do cuidado.

Teorias e métodos: o acolhimento como diretriz e a proposta do NASF são precedidas pelos fundamentos teóricos e práticos de apoio matricial e equipe de referência (CAMPOS, 2000; CAMPOS, DOMITTI, 2007; CUNHA, CAMPOS, 2011). Nesse sentido se constitui em um novo arranjo organizacional para a gestão do trabalho em saúde. A composição do apoio matricial e equipe de referência procura possibilitar a ampliação do trabalho clínico e sanitário; e promover maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, além de investir na construção de autonomia dos usuários. Busca-se, portanto, a edificação da integralidade do cuidado físico e mental dos usuários, na produção do cuidado conectado a uma rede de atenção (ASSIS, 2015; MENDES, 2011).

O estudo é fundamentado na abordagem qualitativa, buscando a compreensão do sentido e significado de uma realidade social. Campo empírico: sete Unidades de Saúde da Família de um município da Bahia. Participantes do estudo: dirigentes (9), trabalhadores (22), e usuários (13), totalizando 44 entrevistados. As técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação do cuidado. Para a análise e explicação do material empírico orientou-se pela análise de conteúdo temática e para as observações, fluxograma analisador inspirado em Merhy (2000).

Resultados e discussão: O estudo revela que, as conexões da equipe com o NASF, necessitam ter um maior envolvimento, ainda que se desenvolvam ações com apoio direto ou indireto, de forma complementar às EqSF. Observaram-se atividades em grupo e, individualmente, conforme as demandas das unidades. Estas são levantadas pelos integrantes da equipe, ou apresentadas durante os encontros, pelos membros do NASF, a saber: fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo e assistente social; sendo este último um agregador voltado para questões sociais, em especial, o Programa Federal do Bolsa Família. O trabalho evidencia que o NASF, não se solidificou na prática, pois suas ações precisam ser fortalecidas para que alcance um impacto maior no atendimento às demandas/necessidades das pessoas. Os dirigentes entrevistados convergem na compreensão do NASF como apoiador das equipes, corroborando com o grupo de trabalhadores. O apoio é visibilizado nos encontros promovidos rotineiramente (reuniões), espaços estratégicos que se discutem melhoria das ações para as comunidades, respeitando suas respectivas peculiaridades. No entanto, observa-se problemas de relacionamento entre alguns integrantes da EqSF e do NASF, o que se constitui em barreira para o fortalecimento das ações intersetoriais, multidisciplinares e interdisciplinares, com prejuízo para o usuário, famílias e grupos sociais. Os dirigentes assumem a postura de mediadores desses conflitos, incentivando o aprimoramento das relações interpessoais. Identifica-se também, que alguns trabalhadores e dirigentes e usuários desconhecem o real papel do núcleo, identificando elementos mínimos do trabalho, e, na maioria das vezes, desconhecem a própria existência do NASF. Evidências retratam o caráter pontual das ações do núcleo, com os próprios trabalhadores, muitas vezes, se interessando em fazer seu trabalho pontual e corriqueiro de forma individual, se desprendendo de práticas que envolvam o acolhimento na unidade de saúde em busca de uma atenção mais integral e resolutive. A pesquisa sinaliza a necessidade de que o NASF possa estabelecer maior conectividade com as EqSF e vice-versa, buscando um trabalho mais próximo das necessidades das pessoas que demandam atenção na ESF, a partir de uma postura mais proativa, no sentido de garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Enfim, o acolhimento ainda não se constitui em diretriz na produção do cuidado em equipe, pois implica oferecer de forma contínua e permanente a atenção às pessoas que adentram a “porta de entrada” da ESF com respostas positivas aos seus problemas de saúde em todos os níveis de atenção da rede. Ou seja, acolher significa compartilhar responsabilidades entre instituições, equipes e usuários.

Contribuições do estudo: estudo com tema atual e fundamental para o fortalecimento do trabalho em equipe no SUS, considerando que o NASF encontra-se em processo de construção, que pode avançar por meio de práticas mais integradoras, em defesa da vida, individual e coletiva.

19. Elementos da precarização do trabalho em enfermagem presentes em processos ético-disciplinares.

Handerson Silva Santos, Ana Sued Lopes de Alencar Silva, Dhuliane Macedo Damascena, Samuel Azevedo, Tatiane Araújo dos Santos, Heloniza Gonçalves Costa e Cristina Maria Meira de Melo, Escola de Enfermagem da UFBA, Brasil. handerson_bahia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: A precarização do trabalho é uma das características da gestão do trabalho decorrente da atual dinâmica do capital que atinge a indústria, o setor de serviços e, conseqüentemente, o campo de trabalho na saúde. Os trabalhadores da saúde, assim como os trabalhadores em geral, são submetidos à política da precarização do trabalho, o que resulta em baixa qualidade dos serviços prestados, como da própria qualidade de vida destes trabalhadores, o que coloca em risco a população atendida. Segundo Bourdieu, 1998, a precarização se inscreve em um modo de dominação de tipo novo, expressa por um regime político que se baseia na institucionalização da flexibilização do trabalho, em que se instala um cenário generalizado e permanente de insegurança no trabalho, visando manter os trabalhadores submissos às situações de aceitação à exploração, já que os vínculos são cada vez mais precários e o emprego estável escasso. No contexto do trabalho precário, a compreensão do erro humano em uma organização de saúde exige uma análise dos fatos contemplando o contexto do trabalho e sua relação com a ocorrência do erro, e não apenas o foco na punição dos possíveis culpados. Parte-se da premissa de que a precarização do trabalho em enfermagem contribui para a ocorrência de erros profissionais. Este estudo origina-se do projeto intitulado “Erros profissionais em Enfermagem e a precarização do trabalho”. **OBJETIVO:** Identificar elementos da precarização do trabalho em enfermagem registrados em processos éticos disciplinares. **MÉTODO:** Trata-se de uma análise documental, exploratória, descritiva e com abordagem quantitativa em processos éticos disciplinares arquivados no Conselho Regional de Enfermagem da Bahia – COREN/BA, no período de 1990 a 2013.

RESULTADOS: Foram encontrados 159 processos éticos, sendo que destes, 143 possuíam ocorrências que caracterizam elementos da precarização do trabalho. Os dados foram organizados em três categorias: intensificação do trabalho, condições de trabalho e presença de violência no trabalho. Na categoria intensificação do trabalho registra-se 133 ocorrências de subdimensionamento de pessoal, presentes em 93% dos processos com ocorrências de elementos da precarização, o excesso de paciente por profissional estava presente em 37,8% dos processos, a profissional atendendo em mais de uma unidade de produção de serviço em 32,2% e a ausência da enfermeira para supervisionar o trabalho das técnicas e auxiliares de enfermagem aparece em 23,1% dos processos. Em 88,8% dos processos foram registradas 127 ocorrências na categoria condições de trabalho, a ausência de mobiliário e equipamento estava presente em 22,4% dos processos, problemas com estrutura e insumo em 18,2% e espaço/ambiente inadequado em 14,7% dos processos. Em 38,5% dos processos, foram registradas 55 ocorrências de violências sofridas no ambiente de trabalho, a violência psicológica está presente em 29,4% dos processos, a violência física está presente em 4,9%, a violência sexual em 4,19% e a violência moral em 4,89%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apontar elementos da precarização do trabalho que condicionam a ocorrência do erro serve para desmistificar que este é originado somente no ato isolado da trabalhadora em enfermagem e de questionar se o sistema de abordagem pessoal do erro que, via de regra, é assumido nas organizações de saúde realmente contribui para a redução da ocorrência dos erros. Todos os fatores registrados nos processos interferem negativamente no trabalho em enfermagem. Destaque para o subdimensionamento de pessoal como o evento mais frequente e, portanto, contribuinte para tornar as profissionais mais vulneráveis ao estresse, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Além disso, o trabalho precarizado induz a trabalhadora ao erro. O acúmulo e intensidade da jornada de trabalho, o subdimensionamento de pessoal de enfermagem, a superlotação dos serviços de saúde, a disposição inadequada e a falta de equipamentos e insumos e a violência são elementos da precarização do trabalho que aparecem como contexto na ocorrência de erros. Considerando aspectos da precarização do trabalho, as intervenções para reduzir a ocorrência do erro relacionam-se à redução da jornada de trabalho, dimensionamento adequado do pessoal de enfermagem, aumento do salário, e investimento em ambientes com estrutura adequada para a execução do trabalho. Alerta-se o Conselho Regional de Enfermagem para a necessidade de melhorar a captação dos elementos do contexto do trabalho em enfermagem na fase de instrução do Processo Ético-Disciplinar.

20. Contribuições dos trabalhadores da saúde para a formulação da política nacional de controle da aids no Brasil.

Sandra Garrido de Barros e Ligia Maria Vieira da Silva, Universidade Federal da Bahia, Brasil. sgb@ufba.br

Foi realizado um estudo de perspectiva sócio-histórica sobre a gênese e consolidação da política nacional de controle da aids no Brasil no período compreendido entre 1981 e 2001. Adotou-se o referencial teórico da sociologia reflexiva de Bourdieu, apoiado na proposta de Pinell para a análise sociológica de políticas públicas. A análise do espaço de luta contra a epidemia de aids baseou-se no estudo das trajetórias dos agentes envolvidos com a formulação e implementação da política brasileira e as relações entre esses agentes e o espaço da saúde coletiva, o movimento da reforma sanitária brasileira, o campo médico e o campo do poder. Esta comunicação aborda especificamente a articulação de agentes de diferentes campos para a construção da resposta à epidemia de aids no país, em especial de trabalhadores da saúde (com disposições, formações e inserções diversas). O estudo evidenciou que o espaço aids brasileiro se constituiu historicamente como um espaço de luta pela organização da resposta à epidemia e de intervenção sanitária, onde o que estava em disputa era a autoridade de falar sobre o significado da doença, suas formas de prevenção e tratamento. Sua conformação ocorreu com a emergência da resposta governamental no Estado de São Paulo, em 1983, envolvendo trabalhadores da saúde (dos campos médico, científico e burocrático) e militantes do movimento homossexual, aos quais mais tarde juntaram-se outros movimentos em saúde e as ONGs/aids. Esse espaço envolve complexas relações, sendo influenciado pelos campos médico, político, religioso e jurídico. Os indivíduos que se engajaram no espaço aids brasileiro eram pessoas afetadas pela epidemia, ou seja, pessoas vivendo com HIV/aids ou pessoas vulneráveis à aids, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, profissionais do sexo, seus parentes e amigos; ou profissionais, médicos e pesquisadores, principalmente. Aqueles que entraram nesse espaço de luta por questões de ordem pessoal geralmente assumiram posições no subespaço militante, possuíam formação diversificada e um capital cultural importante, quase todos possuindo pós-graduação *stricto sensu*. Nos subespaços burocrático e científico, o predomínio era de graduados em medicina, sendo que os que estavam vinculados ao campo científico possuíam pós-graduação *stricto sensu* ou estavam realizando o curso. As primeiras associações específicas de luta contra a aids surgiram após a implantação da política governamental, com financiamento estatal, e participação de intelectuais e trabalhadores da saúde. Seu financiamento foi viabilizado através de militantes da Reforma Sanitária Brasileira, que assumiam cargos na gestão do INAMPS e da FINEP. A concepção técnica dos trabalhadores do campo burocrático prevaleceu nas campanhas governamentais, influenciado pelo discurso do campo religioso e do espaço militante, que promovia um discurso mais inclusivo e menos estigmatizante. É importante destacar que as pessoas com HIV/aids tornaram-se agentes da sua própria história, não restringindo a sua participação à militância, mas assumindo posições também no campo burocrático. Esse trânsito ao interior da burocracia estatal foi garantido pelo financiamento internacional, que permitiu a contratação de profissionais através de projetos, garantindo um corpo técnico qualificado e diversificado, engajado na luta pelo controle da epidemia. A política da aids compartilha dos mesmos problemas do SUS, mas com um corpo técnico diferenciado pelo engajamento militante ao interior do ministério que promove a participação popular, e um movimento associativo que exerce de fato o controle social.

21. O planejamento das atividades e ações da gestão para a qualificação dos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica em Saúde: resultados do PMAQ

Érica Araújo Lopes, Daisy Maria Xavier Abreu (Nescon), LOPES, Érica Araújo Silva (Nescon); Procópio, Nescon, Cristiane da Silva Diniz, Nescon, Angela Maria de Lourdes Dayrell, Nescon, Alaneir de Fátima dos Santos, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Délcio Fonseca Sobrinho, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Thomaz Gonzaga da Matta Machado, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Brasil

Objetivos da investigação : Analisar as atividades de planejamento realizadas pelas equipes de Atenção Básica em Saúde avaliadas no PMAQ – 2º ciclo para a organização do processo de trabalho.

O contexto e a descrição do problema: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB) fundamenta suas diretrizes na indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da AB a serem empreendidas pelas equipes de AB, gestão municipal, estadual e Ministério da Saúde (MS).

O processo de mudança visando à melhoria do acesso e qualidade do cuidado deve ser orientado pelo planejamento e programação de ações que assegurem o aperfeiçoamento constante dos processos de

trabalho. Nesse sentido, o PMAQ representa uma possibilidade de obter informações sobre o desenvolvimento das atividades de planejamento das equipes no processo de trabalho.

As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: O estudo, de corte transversal, utilizou o banco de dados da avaliação externa do PMAQ - 2^o Ciclo, realizado em 2013 e 2014. Os dados relativos às atividades de planejamento foram obtidos no módulo II do PMAQ, resultante de entrevista direta realizada com os coordenadores das equipes de AB.

Para a análise proposta, adotou-se como pressuposto que o planejamento das atividades depende da organização das equipes de AB, muitas vezes influenciada por fatores exógenos, como as condições sociais, econômicas e demográficas do município. Foram analisadas as questões relativas às atividades de planejamento de equipes de AB dos municípios classificados nos estratos 1 e 6 (os dois grupos extremos da classificação desenvolvida para o PMAQ. A classificação visou assegurar maior equidade na comparação das equipes de AB no processo de certificação do PMAQ. A principal questão analisada sobre o objetivo pretendido foi a realização de atividade de planejamento e programação. Esta questão foi avaliada em relação à: existência de reserva de vagas para consultas de demanda espontânea, definição de tempo máximo de agendamento do usuário, realização de avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários, agenda dos profissionais organizada para realização de ações (visita domiciliar, grupos de educação em saúde, atividade comunitária, consultas para cuidado continuado e acolhimento à demanda espontânea).

Os resultados e a discussão. Foram certificadas 29.778 equipes de AB no Brasil. Destas, 2.822 localizavam-se em municípios do estrato 1 e 5.686 no estrato 6.

De modo geral, a grande maioria das equipes realiza atividade de planejamento e programação, independente da periodicidade desta ação. A proporção das equipes que executam esta atividade é ligeiramente superior para equipes do estrato 6 (81,8%, enquanto no estrato 1 o percentual é de 76,5%).

Dentre as equipes que realizam atividades de planejamento, 87,5% do estrato 1 e 91,2% do estrato 6, preveem reserva de vagas para demanda espontânea. Já para as ações que a agenda dos profissionais está organizada, observa-se que a grande maioria das equipes programam atividades mais tradicionais da AB como visita domiciliar. Já para ações mais específicas como atividade comunitária, a proporção de equipes de AB que programam estas atividades é reduzida para ambos os estratos, 67,7% no estrato 1 e 71,9% no estrato 6.

Em síntese, os resultados indicam que não há diferenças importantes na execução de atividades de planejamento e programação entre as equipes dos dois estratos. O comprometimento das equipes de AB e da gestão local, bem como a otimização dos recursos disponíveis podem ser uma explicação plausível para o número expressivo de equipes que executam atividades de planejamento e programação independente do estrato a qual pertencem.

As contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: A análise de atividades de planejamento na atenção básica é importante dado o caráter prioritário que a organização do trabalho desempenha para a melhoria do acesso e da qualidade da AB e por ser possivelmente uma subdimensão do processo de trabalho mais sensível à mudança que a política indutiva do PMAQ pretende estimular.

22. A saúde do homem e atenção primária à saúde: aspectos que os aproximam e os afastam

*Igor Brasil de Araújo, Jessica Lima Santos e Thaís Conceição da Silva Marques, UNEB Brasil.
brasilsoueu@gmail.com*

Contexto/Descrição do problema: A ideia que as unidades básicas de saúde, são serviços destinados às mulheres, crianças e idosos é bastante disseminada na população. Em 2009, no Brasil, foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que para promover a melhoria de saúde da população masculina e avançar para uma política que priorizasse os homens nos diversos serviços de saúde, com prioridade para a Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo assim com a diminuição da morbimortalidade desta camada da população.

Objetivo: Apontar os aspectos de aproximação e distanciamento dos homens às ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

As Teorias, os Métodos, os Modelos e os Materiais Utilizados: Estudo qualitativo exploratório na abordagem crítico-reflexiva que analisa os processos que aproximam e afastam os homens da atenção primária à saúde do município de Senhor do Bonfim-BA. O campo de coleta de dados foram as Unidades de Saúde da Família, como participantes: doze trabalhadores de saúde da Atenção Primária e sete usuários homens desses serviços entrevistados com o consentimento favorável do CEP (nº 725.440). Para recrutamento dos homens, foram buscados homens que se encontravam na unidade de saúde no momento da entrevista com os trabalhadores e indicados por estes trabalhadores como os que tem um histórico interessante acerca da forma com que buscam cuidado, porém não acessam com frequência a unidade a que são adscritos. Os trabalhadores foram recrutados de maneira aleatória tentando buscar trabalhadores da diversidade de categorias profissionais e diversidade de unidades do ponto de vista geográfico e de quantitativo de usuários cadastrados por unidade. Foi respeitado o critério de saturação teórico-empírica para encerramento da coleta. Para obtenção dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os dois grupos de sujeitos, além de observações sistemáticas da prática dos trabalhadores e análise de evoluções em prontuários. O método operacional de análise foi a análise de Conteúdo.

Resultados/Discussão: Como aspectos de distanciamento, encontrou-se: a Invulnerabilidade masculina às doenças, questões de gênero e cultura; medo da descoberta de alguma doença; condições de trabalho; características da APS que não correspondem às demandas masculinas. Como aspectos aproximadores, a doença propriamente dita como busca pelo serviço; ações campanhistas e pontuais promovidas pela APS; a busca por procedimentos e ações exclusivas da APS; as tecnologias leves e a existência de um profissional masculino em meio à equipe de APS.

As Contribuições e o Interesse da Comunicação em Relação ao Estado da Arte ou às Práticas Atuais: Os aspectos encontrados de aproximação e afastamento do homem à APS vão desde os aspectos curativistas que os aproximam da Atenção Primária (reforçando o modelo biomédico) aos aspectos de mudança social, tanto de estrutura quanto subjetiva (que os transformem em agentes protagonistas do cuidado com a saúde). Desta forma, percebe-se uma interligação e complementaridade entre si. Dessa forma, o estudo pode contribuir para a Saúde Coletiva e para a Enfermagem ao despertar uma reflexão acerca dos pontos que podem ser trabalhados na APS a fim de que a PNAISH possa vir a ser realidade.

23. **Contribuições do poder legislativo para a formalização das profissões auxiliares em saúde bucal no Brasil.**
Thais Regis Aranha Rossi, Sandra Garrido de Barros e Juliana Silva Minho Souza, Universidade Federal da Bahia, Brasil. thais.aranha@gmail.com; thais.aranha@ufba.br

A regulamentação das profissões auxiliares em saúde bucal no Brasil foi consideravelmente difícil, pois permeava interesses contraditórios entre grupos políticos, sindicais e a iniciativa privada. A primeira regulamentação a esse respeito partiu do Conselho Federal de Educação (CFE), estabelecendo diretrizes para a formação de auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dentária, em 1975. Esta iniciativa estabeleceu-se em resposta a pressão da população por acesso aos serviços odontológicos, tendo como objetivo ampliar os serviços, principalmente na esfera da promoção da saúde bucal, haja vista a experiência de países como Estados Unidos e França, onde estas políticas já estavam implantadas. Em 1984, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) regulamentou o exercício dessas profissões auxiliares odontológicas, tendo por base as diretrizes do CFE de 1975. Este foi um passo precursor para o estabelecimento das funções e restrições de atividades profissionais de pessoal auxiliar em saúde bucal. Foram ampliadas as funções do auxiliar de consultório dentário em relação à prevenção e controle da cárie dentária e aos cuidados com a manutenção do equipamento odontológico, bem como definiu-se distintas inserções para o auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dentária, como também se estabeleceu no ano de 2008, em relação ao auxiliar de saúde bucal e ao técnico de saúde bucal, novas terminologias adotadas. Na segunda metade da década de 1990, foram propostos três níveis de educação profissional no país (básico, técnico e tecnológico), o que incentivou o governo a investir em profissionalização de nível técnico e criando novo fôlego à regulamentação das profissões auxiliares. De acordo com esta tendência de mercado, nos anos 2000, houve a inclusão oficial da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), o que gerou empregos e alavancou a capacitação da equipe auxiliar. Os trabalhos e ensaios identificados na literatura científica abordavam deliberações pontuais a respeito da regulamentação das profissões auxiliares, não sendo

encontrados trabalhos científicos que analisassem o conteúdo dos processos legislativos referentes a esta regulamentação. Os artigos identificados também não buscavam compreender as relações necessárias para que a tramitação da regulamentação das profissões auxiliares em saúde bucal no Congresso Nacional levasse quase 20 anos. Nesse sentido, o presente trabalho buscou analisar o processo histórico para a formalização das profissões auxiliares em saúde bucal no Brasil no âmbito do poder legislativo. Foi realizada busca de documentos no endereço eletrônico do Senado Brasileiro (<http://www25.senado.leg.br>) considerando os termos: “odontologia”, “saúde bucal”, “dentista” e “auxiliar de saúde bucal”. Todos os documentos identificados foram organizados em um banco de dados, contendo as seguintes informações: data, documento, autor, síntese do conteúdo, presidente, regime político, partido político e fonte. Foram excluídos: leis, projetos de leis, entre outros que se apresentaram como autorização de funcionamento e/ou reconhecimento de instituições, e aqueles que não abordavam as profissões auxiliares. Do total de 315 processos legislativos identificados, quatro estavam relacionados ao tema profissões auxiliares em saúde bucal (PL 2244/1989, PL 284/91, PL 620/2007 e Lei n 11.889/2008). A análise documental verificou que o texto base do PL 2244/1989, bem como toda a sua justificativa, é reproduzido por todos os deputados que o reapresentaram com pequenas modificações, de modo que poucas são as diferenças entre o PL 2244/1989 e o PL 620/2007 apresentado pelo Senador Álvaro Dias, que resultou na Lei 11.889/2008. Os interesses dos agentes de diferentes campos interferiam diretamente nas deliberações do Poder Legislativo Brasileiro, o qual através de projetos de leis, aprovações e vetos refletia a conjuntura política de cada momento. A análise dos quatro processos legislativos identificou 23 pessoas envolvidas nesse processo no âmbito do poder legislativo: 12 agentes do campo político, 9 cirurgiões-dentistas (entre eles, 4 professores universitários e 2 militantes do movimento sindical) e 1 técnica de saúde bucal. As trajetórias profissionais desses indivíduos foram analisadas buscando compreender a contribuição de cada um na formulação do PL. O processo de regulamentação foi longo, o que pode refletir as disputas envolvidas, em especial, pelo receio de uma parcela de odontólogos que temiam perder mercado de trabalho com a formalização profissional da equipe auxiliar e viam na não regulamentação das profissões auxiliares uma forma de reserva de mercado. A formalização das profissões auxiliares se tornou possível através da articulação política de cirurgiões-dentistas inseridos no campo científico ou no movimento sindical, e de uma representante dos técnicos, que colocaram a questão em pauta de conferências e reuniões, dando notoriedade a causa ao longo desses 19 anos.

24. Desafios ao trabalho no sistema de saúde: relatórios de gestão como dispositivos ao planejamento local.

Joana de Andrade Nobre Ferraz, Sueli Soldati Abranches, Kamile Santos Siqueira, Fernanda Carla Pereira Duarte, Julia Souza da Silva, Karim do Val Alonso, Larissa Queiroz Marques da Cunha, Luanda de Moura Mendes, Rayssa Bravo de Oliveira Vollmer e Thayná de Oliveira Moreira, Universidade Federal Fluminense, Brasil. JoanaFerraz.rc@hotmail.com

Objetivos: Analisar descritivamente as diretrizes e objetivos da programação anual de saúde contidas em Relatórios de Gestão (RAG) municipal, na perspectiva do planejamento e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS).

O contexto e a descrição do problema: O planejamento em saúde está inserido na agenda da gestão, como um processo ascendente e integrado, do nível local ao federal (BRASIL, 2013)^{*}. A aplicabilidade dos instrumentos de gestão, com centralidade no acesso, gestão participativa e participação social, tem sido buscada na elaboração dos relatórios de gestão anual. Conhecer os instrumentos de gestão em saúde pode favorecer a produção de conhecimento e aprendizagem, na medida em que instiga a análise sobre a gestão e suas práticas, reconhece saberes e favorece o confronto desses com conhecimentos técnico-científicos (Falkembach, 2013)[†]. A temática na formação e no trabalho em saúde impõe desafios à construção de saberes e práticas. O Programa de Educação Tutorial (PET) da Universidade Federal Fluminense, composto por doze estudantes bolsistas, sob tutoria, propôs o estudo descritivo dos RAG em âmbito municipal, integrando conhecimentos em epidemiologia e gestão em saúde. Como atividade de ensino/pesquisa, buscou conhecer o alcance das metas da programação anual de saúde nos anos de 2011 a 2014 e analisar o RAG, como um dispositivo fundamental à formação e prática no SUS.

Teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: Foi realizado um estudo descritivo dos RAG do município de Rio das Ostras/RJ, de 2011 a 2014, por meio de análise das diretrizes e objetivos da

programação anual de saúde e do percentual de alcance das metas propostas. O número de metas segundo objetivos das programações anuais de saúde foi descrito de forma comparativa considerando a série histórica. No estudo foram utilizados dados secundários dos (RAG) obtidos por meio de acesso público ao SARGSUS (Sistema de Apoio a Construção do Relatório de Gestão) do DATASUS. Variáveis epidemiológicas consideradas: demográficas, morbidade e mortalidade. O método de “Sistematização do processo” (Falkembach, 2013)² fundamentou a sistematização para análise dos dados.

Resultados e discussão: Nos RAG, verificou-se que a população estimada de 2011 a 2014 foi de 110.992, 116.134, 122.196 e 127.171 habitantes respectivamente. Houve gradativo aumento populacional, com predomínio de habitantes do sexo feminino (56.161) e um contingente populacional maior na faixa etária de 20 a 29 anos (19.931 habitantes).

Em dados epidemiológicos de morbimortalidade foram considerados os anos de 2013 e 2014, por não constarem tais dados nos RAG de 2011 e 2012. O total de internações por morbidade foram 4.396 e 4.593 respectivamente. As principais causas de internações foram gravidez, parto e puerpério. Os dados de mortalidade: 556 e 643 (em internações). As principais causas de mortalidade foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas (acidentes automobilísticos).

Quanto a Programação Anual de Saúde, considerando as diretrizes/objetivos, as metas alcançadas e respectivos indicadores pactuados foram de 68% em 2011 em atenção básica, saúde da mulher, saúde mental ambulatorial, saúde do homem, mortalidade infantil; 69% em 2012, em funcionamento do hospital, pronto socorro e unidades de saúde, conselho de saúde (atendimento as necessidades), vigilância sanitária; 37% em 2013 em saúde do idoso/doenças crônicas, atenção psicossocial, saúde da mulher/rede cegonha, atenção as urgências; 53% em 2014 em regionalização (fórum, rede de atenção em saúde), educação permanente, reestruturação da vigilância em saúde, expansão/acesso atenção básica, saúde mental (CAPS Adulto), atenção especializada (pronto atendimento), assistência farmacêutica.

Os indicadores da pactuação interfederativa proposto para o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (SISPACTO)/Ministério da Saúde estavam coerentes com as informações epidemiológicas dos anos de 2013 e 2014, pois evidenciaram ações específicas, em destaque à saúde da mulher, regionalização, atenção básica e ações de vigilância em saúde no âmbito administrativo.

Em face aos dados epidemiológicos, verificou-se a adequação do instrumento para o monitoramento e avaliação das ações realizadas. Entretanto, quanto a ações relacionadas à prevenção de acidentes de trânsito, evidencia-se a necessidade de (re) planejamento estratégico, com ações nos territórios, permitindo a agregação de um conjunto de ações gestoras, com base na realidade sócio/sanitária da população.

Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: Estudos em planejamento e gestão locais são relevantes, por contribuírem para a qualificação na formação, democratização do trabalho no SUS, propiciarem uma melhor compreensão dos indicadores, que refletem as demandas da população e instigarem a incorporação adequada dos instrumentos de planejamento e gestão.

25. **Responsabilização da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF): atenção à demanda induzida e espontânea.**

Minéia Araújo Carneir Bastos e Marluce Maria Araújo Assis, Universidade Estadual de Feira de Santana e Adriano Maia dos Santos, Universidade Federal da Bahia, Brasil, Brasil.
aassis@uefs.br; minefsa@yahoo.com.br

Este estudo tem como objetivos: discutir as diferentes abordagens sobre a responsabilização da equipe que compõe a Estratégia Saúde da Família e apresentá-las de maneira articulada a compreensão de dispositivo relacional, associada à definição de ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a Atenção Básica à Saúde (ABS); analisar como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, em busca da resolubilidade das demandas

dos usuários. Utilizou-se para a realização desse estudo a abordagem qualitativa e reflexiva. Para tanto, buscou-se identificar textos por meio de revisão teórica, que abordavam as distintas dimensões da responsabilização em saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir do argumento de busca "responsabilização", identificando-se inicialmente 348 estudos, sendo selecionados 38, considerados relevantes para o desenvolvimento para o estudo. Adotou-se também, entrevistas semiestruturadas com usuários (13), trabalhadores de saúde (22) e dirigentes (09), totalizando 44 entrevistados, e a observação sistemática de 07 (sete) Unidades de Saúde da Família em um município da Bahia. A análise de dados foi orientada pela análise de conteúdo temática e reflexiva, e fluxograma analisador. Os resultados apontam que a responsabilização pode ser construída desde o primeiro contato do usuário com o serviço, com potencial de ampliar as práticas mais responsivas entre trabalhadores e usuários. No entanto, a organização dos serviços na Estratégia Saúde da Família (ESF) é orientada pela demanda programada ou induzida com foco em usuários que residem no território social da unidade de saúde, em determinadas linhas de cuidado, com direcionamentos de agenda, atenção em dia da semana específico e delimitação de quantitativo de vagas. A atenção à demanda espontânea se organiza com base no reconhecimento da demanda aguda, baseada na enfermidade e na necessidade de atendimento imediato; e a demanda não-aguda, representadas por situações que podem aguardar o atendimento. Identificou-se ausência de trabalho em equipe, reflexo de um contexto em que cada trabalhador exerce a responsabilização em sua prática de forma isolada, desarticulada e direcionada quase que exclusivamente, as demandas induzidas. A organização das demandas na ESF acontece por meio da programação de ações, direcionadas à demanda induzida, embasada no individualismo do sujeito. A atenção à demanda espontânea tem sido orientada pela lógica do atendimento à demanda aguda, quando há urgência de atenção. A responsabilização pelo desenvolvimento das práticas em saúde é assumida individualmente, pois cada trabalhador desempenha sua função sem promover articulação das práticas com os demais membros da equipe. Por fim, se faz necessário compreender que, a responsabilização se concretiza nas ações de todos os sujeitos envolvidos, associada a serviços de saúde interligados, compondo desta forma uma rede articulada com garantia do cuidado continuado aos usuários e famílias.

26. Desafios para o desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição na Estratégia Saúde da Família em prol da promoção da saúde: um estudo nacional, realizado em municípios brasileiros de grande porte.

Viviane Rangel de Muros Pimentel e Karin Eleonora Oliveira Savio, Ana Valéria Machado Mendonça e Maria Fátima Sousa, Universidade de Brasília, Brasil

27. Análise das causas de afastamento do trabalho de profissionais da saúde no Brasil (2013).

Giselle Santana Dosea e Cristiane da Costa Cunha Oliveira, Universidade Tiradentes, Brasil.
giselledosea@hotmail.com

O **objetivo** desta pesquisa foi verificar e analisar o quantitativo e as causas de afastamento do trabalho de profissionais da saúde, no Brasil, no ano de 2013.

O trabalho é a base da vida de qualquer indivíduo, pois garante seu sustento e sua interação com a sociedade. No entanto, o processo de evolução industrial e tecnológica, representado por cargas horárias aumentadas, exigência de produtividade e acúmulo de tarefas, contribuiu para o desgaste da saúde do trabalhador. Neste contexto, o profissional de saúde torna-se exposto à adversas condições de trabalho, como a exposição à fatores emocionais desgastantes e exigências físicas, que potencializam os processos saúde-doença. As atividades profissionais relacionadas à atenção à saúde, são sempre alvo de investigações. No entanto, pouco se considera sobre o fato de que, o trabalhador que se dedica ao cuidado do outro, também esta suscetível a adoecer em decorrência de diversos riscos como: acidentes com materiais biológicos, transtornos mentais e doenças do sistema musculoesquelético. O adoecimento do profissional da saúde implica em afastamento do trabalho, o que pode ser representado pelo benefício de auxílio-doença acidentário, concedido pela Previdência Social ao trabalhador que, em consequência direta de sua atividade laboral, adoecer e necessita se afastar de suas atividades laborais por mais de 15 dias.

Este é um estudo seccional com abordagem quantitativa, que utilizou como fonte de dados secundários os dados abertos da Previdência Social do Brasil, que contém, dentre outras, informações pertinentes ao

objetivo desta pesquisa, como a epidemiologia dos benefícios de auxílio-doença acidentários concedidos no Brasil, à trabalhadores da saúde, no ano de 2013.

Os dados foram analisados considerando as variáveis: número de benefícios mensais e causa da incapacidade (através da Classificação Internacional de Doenças- CID10). A análise estatística foi realizada com distribuição da frequência, bem como através da análise descritiva das variáveis, através do programa estatístico SPSS versão 16.0. Além disso, foi aplicado o teste Qui-Quadrado, para verificar se as diferenças entre as variáveis propostas eram significativas, com nível de significância mantido em 95% (0,05).

Os **resultados** da pesquisa apontaram que foram concedidos aos indivíduos que trabalham com atividades de Atenção à Saúde Humana, 3.963 benefícios de auxílio-doença acidentários no ano de 2013. Destes, 833 (21%) foram ocasionados por Transtornos mentais e comportamentais, e 2.189 (55,2%) ocasionados por Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Tendo em vista que o profissional de saúde executa muitas atividades dependentes da biomecânica corporal, e que estas podem fazer com que as estruturas moles do corpo sejam facilmente afetadas, entende-se o motivo pelo qual a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos é maior que os demais distúrbios. Além disso, este resultado, corrobora o estudo realizado por Lopez et al. (2014), na Espanha, onde foi observado que dentre as principais causas de incapacidade temporária para o trabalho, estão os Transtornos musculoesqueléticos (18,9%).

A responsabilidade do cuidado com a vida de outras pessoas, acarreta ao profissional de saúde uma grande carga mental de trabalho, o que conseqüentemente, leva ao desenvolvimento de transtornos mentais. Para Barbosa-Branco et al. (2012), os transtornos mentais estão entre as principais causas de incapacidade para o trabalho, destacando-se o estresse, a depressão e os transtornos de ansiedade. Deve-se levar em consideração que o afastamento do trabalho, neste estudo observado a partir do quantitativo de auxílios-doença acidentários, eleva o ônus para as empresas e para o Estado, já que o trabalhador doente deixa de ser produtivo, e necessita ser amparado financeiramente enquanto não há a melhora de suas condições de saúde. O adoecimento do profissional de saúde pode influenciar negativamente na dinâmica de funcionamento desse setor, o que compromete a qualidade do serviço prestado, e leva à prejuízos que serão revertidos aos pacientes assistidos.

28. Agenda de estudos sobre Trabalho e Educação na Saúde na atenção hospitalar entre 1977 e 2015.

Thadeu Borges Souza Santos(1), Isabela Cardoso de Matos Pinto (2); Andréa Laura Andrade Moreira (3); Silvana Oliveira Sales (4); Silvana Lima Vieira (5); Iracema Viterbo Silva(6), 1) Universidade do Estado da Bahia, 2) Universidade Federal da Bahia (UFBA)2, UFBA3, Universidade do Estadual de Feira de Santana (UEFS) ISC/UFBA4, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGenf/EE/UFBA)5, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SUPERH/SESAB)6, Brasil

29. Acadêmicos de enfermagem e a saúde do trabalhador

Rejane Silva Rocha, Rosângela Maria Greco, Denise Cristina Alves de Moura e Marluce Rodrigues Godinho, Universidade Federal de Juiz de Fora e FIOCRUZ, Brasil. rejanessvrocha@gmail.com

Na nossa sociedade, de organização capitalista, o trabalho pode ser um estímulo para o desenvolvimento das capacidades dos indivíduos, mas ao mesmo tempo, dependendo das condições em que é realizado, pode ser causador de adoecimento e desgaste. Assim, faz-se importante analisar a atenção que é dispensada à saúde dos trabalhadores¹. O Ministério da Saúde afirma que Saúde do Trabalhador é um campo de saber². Este necessita da ação de profissionais das áreas de saúde, humanas e exatas, além da participação do trabalhador em todo o processo³. A enfermagem é uma profissão que possui como objeto de trabalho o cuidar, inclui funções também no campo da saúde do trabalhador, o que torna essencial a abordagem desse tema na formação de enfermeiros generalistas⁴. As universidades precisam confirmar sua responsabilidade social no campo da Saúde do Trabalhador, organizando grupos de pesquisa e estudos para que as ideias possam ser disseminadas e comprometer-se com o ensino das tecnologias leve, leve-dura e dura que possibilitem uma melhor assistência à saúde desse público^{5,6}. Autores^{4,7} afirmam a necessidade de sensibilizar, desde a graduação, os alunos sobre a importância da atenção à Saúde do Trabalhador, para que possam no desempenho de suas funções incorporar ações que promovam e gerem proteção a sua própria saúde, da equipe de trabalho e dos profissionais que forem atendidos por eles. O presente estudo teve como

objetivos compreender e discutir a concepção que os acadêmicos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora possuem sobre a temática Saúde do Trabalhador e descrever as ações que realizam para promover o cuidado aos trabalhadores. O estudo foi orientado pela abordagem qualitativa, pois, se aplica ao estudo das opiniões e percepções, proporcionando a compreensão do contexto em que o problema está inserido⁸. A pesquisa ocorreu no município de Juiz de Fora – MG na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo os sujeitos do estudo acadêmicos de enfermagem da instituição. Os critérios de inclusão foram estar matriculados no curso de graduação em enfermagem e cursar o 5º ou 9º período na instituição em que os dados foram coletados. Foram excluídos os acadêmicos dos demais períodos. Os citados períodos foram escolhidos, pois nesse momento os acadêmicos já cursaram disciplinas com conteúdos teóricos e práticos importantes para a atenção à Saúde do Trabalhador, bem como conteúdos específicos desse campo de conhecimento. Após o aceite da instituição, apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer de número 780.596/2014, ocorreu à abordagem individual dos acadêmicos sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos que concordaram em participar da pesquisa. A coleta dos dados ocorreu por meio da aplicação de um instrumento com perguntas para caracterização dos sujeitos e questões discursivas respondidas pelos próprios participantes, a fim de verificar seu conhecimento sobre o tema. Participaram do estudo 19 acadêmicos, sendo apenas um do gênero masculino, com idade variando entre 20 e 28 anos. Historicamente, a enfermagem é vista como uma profissão feminina⁹, o que é confirmado no estudo de Pereira¹⁰ quando salienta que o ingresso de homens nas universidades para se formarem enfermeiros, se deu três décadas após a implantação das faculdades de enfermagem no país. Essa particularidade da profissão ainda se reflete na realidade das salas de aula. Por meio da interpretação e compreensão das respostas às questões sobre a concepção que os acadêmicos de enfermagem possuem sobre a temática, foi possível perceber que estes se preocupam com ações referentes à saúde do trabalhador, no entanto, encontram dificuldades em expor de forma mais abrangente e crítica o que foi apreendido em seu cotidiano como estudante. Os acadêmicos, ao exporem o que realizam para proteger sua saúde durante as atividades laborais, citam o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), demonstrando o autocuidado no desempenho de atividades que os expõem a riscos de aquisição de doenças. Os participantes destacaram ainda a importância da educação continuada para a capacitação dos profissionais, atualização de informações e dos conhecimentos, visando desse modo garantir os bons hábitos no ambiente de trabalho o que irá promover a segurança dos profissionais. A análise dos resultados possibilitou verificar quais conteúdos relacionados à temática estão sendo desenvolvidos na graduação em enfermagem da instituição investigada e constatar que apesar de observar que esta vem sendo trabalhada, necessita ser abordada de forma mais ampla na teoria e na prática, para que os acadêmicos sejam estimulados a pensar de maneira crítica e reflexiva sobre a própria saúde, dos integrantes da equipe de trabalho e da população sob seus cuidados. Nesse sentido, alguns autores¹¹ recomendam a produção de conhecimentos para que sejam divulgados métodos, experiências e estratégias de ensino utilizadas por docentes para tornar a aprendizagem dos discentes, mais atrativa, buscando com isso, reafirmar a relevância dessa temática.

30. Intensificação do trabalho no campo da enfermagem.

Juliana Alves Leite Leal, Cristina Maria Meira de Melo e Karolline Santos Macedo, Universidade Federal da Bahia, Brasil. julileite@hotmail.com

O objetivo foi identificar a produção científica sobre a flexibilização e a precarização do trabalho no campo da enfermagem. A reestruturação do capital influencia toda sociedade e assim todos os segmentos de trabalhadores são contaminados pela mundialização do sistema capitalista, tempo reduzido para a execução do trabalho e terceirização. A nova lógica do curto espaço de tempo impõe processos ágeis de produção e de trabalho, exigindo trabalhadores que se submetam a quaisquer condições para atender a este novo ritmo e às rápidas mudanças. A perda do valor de uso das mercadorias alcança também a força de trabalho e os trabalhadores podem ser facilmente descartados e substituídos. No plano ideológico, político e cultural há incentivo ao individualismo, estimulando a busca por conta própria pela capacitação e acirrando a concorrência entre os trabalhadores. A intensificação do processo de trabalho resulta em mais trabalho na mesma duração de jornada, com o mesmo número de trabalhadores e o mesmo padrão tecnológico. Por isso a intensidade do trabalho significa mais produção de valor (DAL ROSSO, 2013). Utilizamos o método da Revisão Integrativa para seleção de artigos indexados em qualquer período nas línguas português e espanhol

sobre o tema nas bases de dados SciELO, BDNF, LILACS, utilizando os descritores booleanos: “flexibilização”, “precarização”, “globalização”, “enfermagem”. As questões preliminares para a revisão foram: Qual é a produção científica sobre a precarização e flexibilização do trabalho no campo da enfermagem? Quais os tipos de precarização do trabalho no campo da enfermagem referidos nas publicações? Foram encontradas 128 produções científicas. Destas, 87 foram excluídas por não serem artigos, não disponibilizar texto na íntegra ou por repetição. Após leitura dos 41 artigos restantes, foram excluídos 32 artigos por não abordarem a organização do trabalho em enfermagem, e nove foram selecionados para serem analisados. Estes artigos se referiam a estudos feitos no Brasil e na Colômbia. Como resultados, identificamos que as responsabilidades assumidas pelas trabalhadoras de enfermagem são cada vez maiores e demandam maior desprendimento de capacidade técnica, física e psíquica para o trabalho. Entretanto o aumento da densidade do trabalho e do dispêndio de energia pelas trabalhadoras não é acompanhado de aumento salarial, o que gera insatisfação no ambiente de trabalho. Encontramos que há intensificação do trabalho pela própria trabalhadora da enfermagem, relacionada a uma auto-exigência em demonstrar eficiência perante as organizações empregadoras. Tais trabalhadoras supõem que essa imagem possa ajudar a assegurar seu emprego. Nesse sentido, para manter bons resultados, elevam ao máximo sua capacidade para render o esperado (ou além do esperado) pelas organizações, o que contribui ainda mais para seu desgaste físico e emocional. No entanto, com o capitalismo flexível não existe garantia de carreira, nem para os trabalhadores formais e menos ainda para os informais. Alves (2007) destaca que a precarização como processo social resulta em desmonte da perspectiva de formalização no trabalho e em crescimento da informalização. Esse comportamento de auto-exigência, além de não garantir o emprego das trabalhadoras no campo da enfermagem, ainda acirra a competição entre elas pela manutenção e oportunidade de emprego, o que é ainda mais benéfico ao contratante, à medida que dispõe de trabalhadoras cada vez mais qualificadas e desorganizadas politicamente. No material empírico analisado identificamos as restrições quanto aos deslocamentos de tempo e espaço das trabalhadoras da enfermagem quanto ao descanso e pausas recomendadas pela saúde ocupacional diante do trabalho intenso. Cada vez mais as empresas buscam o máximo de controle sobre o tempo trabalhado e negam oportunidade de espaço e tempo de pausa, sem considerar que o trabalho em saúde exige concentração e atenção e que erros não são admitidos. Os artigos estudados revelam que a intensidade do trabalho das trabalhadoras da enfermagem tem aumentado. Isto, somado à precariedade do vínculo, gera repercussões em sua saúde psíquica e física. Há relatos de jornadas ampliadas, cada vez mais desgastantes, com estranhamento do trabalho, pouca recompensa tanto em dinheiro quanto em *status*, o que pode dificultar a prestação da assistência pela redução do tempo disponível para o cuidado de cada usuário assim como pela redução da qualidade do trabalho diante da falta de motivação. Portanto, o impacto da regulação de mercado na gestão de trabalhadores no campo de saúde, em particular do campo da enfermagem, ao tempo que reduz custos, pode impactar negativamente na qualidade da assistência prestada, tanto pela rotatividade de trabalhadores gerada pela flexibilização dos vínculos, quanto pela redução da dedicação destes pelo aumento da intensidade do trabalho.

31. A gestão estratégica e de custos na prestação de contas ao paciente: um estudo com gestores de hospitais públicos de Minas Gerais.

Fátima Ferreira Roquete, Fernanda Esthefane Garrides Oliveira e Aline de Sousa Santos, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

32. Atenção primária de saúde como modelo de organização da prática da produção do cuidado na estratégia saúde da família.

Maria Angela Alves Nascimento, Luciane Feltrin Oliveira, Marluce Maria Araujo Assis, Marlon Vinicius Gama Almeida e Silvana Sales de Oliveira, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil.
angelauefs@yahoo.com.br

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: Pesquisa documental, qualitativa, que analisou 10 produções científicas realizadas no período entre os anos de 2010 a 2014, com a temática Atenção Primária à Saúde (APS), resultantes de estudos desenvolvidos em cinco municípios brasileiros. Problema: Quais os dilemas e possibilidades da APS/ABS no desenvolvimento da produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF) em cinco municípios brasileiros a partir dos estudos desenvolvidos no período de 2010 a 2014? Este estudo objetivou identificar nessas produções os dilemas e as possibilidades na produção desse cuidado.

Metodologia: trata-se de uma pesquisa documental que analisou 10 produções científicas de natureza qualitativa. Os estudos foram realizadas em cinco municípios do semiárido baiano, no período entre 2010 a 2014. Tiveram, no total, 63 participantes entre gestores, profissionais de saúde e usuários das unidades de saúde da família. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevista semiestruturada, observação sistemática e documentos. Os dados foram sistematizados pelo método Análise de Conteúdo Temática, tendo construído duas categorias de análise: Categoria 1: Atenção Primária de Saúde: “uma porta de entrada sem Saída”? e Categoria 2: Atenção Primária de Saúde e os desafios do modelo de organização da produção do cuidado. Todos os estudos foram previamente encaminhados ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em atenção à Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Resultados: o atendimento é impessoal, muitas vezes desconsiderando a necessidade e a escuta do usuário pelo profissional de saúde para a resolubilidade dos seus problemas. Dentre os dilemas referidos há uma teia descontínua da produção do cuidado *versus* a desarticulação dos segmentos sociais para a efetivação das práticas de saúde e gestão não orientada e não planejada para o acesso à integralidade dos serviços e ações da APS. Todavia vemos possibilidade de uma prática a favor do fortalecimento da APS/Sistema Único de Saúde, uma saúde mais próxima dos cidadãos, numa relação acolhedora e mais resolutiva às necessidades dos usuários. Consequentemente, a APS poderá inverter a prática desumanizada entre o econômico e o social, destacando-se aspectos como responsabilização/Ética, exercício profissional/processo de trabalho, trabalho em equipe, formação do profissional para o SUS/APS, mesmo com tais desafios.

Considerações finais: destarte, a necessidade de reverter o modelo de produção do cuidado em saúde na ABS deve ser valorizada tanto pelos gestores nas instâncias estadual e municipal do sistema de saúde, trabalhadores de saúde e Universidade para que possam contribuir com o fortalecimento da APS/ESF, colocando o usuário como protagonista do seu processo saúde e doença. Por conseguinte, a efetividade e a eficácia da APS inseridas nas Unidades só pode ser possível a partir da sensibilização dos profissionais e da população em prol da conquista da saúde, no sentido de acreditar na possibilidade de articulação em prol desse direito. Enfim, conhecer a realidade aqui retratada em cinco municípios brasileiros de médio e grande porte de desenvolvimento político e socioeconômico oferece subsídios para que ela seja modificada. Portanto, cabe a todos nós, a luta em prol dessa conquista com o intuito de melhorar, ainda que de forma tímida e isenta de plenitude, a saúde da população.

33. Proteção radiológica e segurança dos profissionais de saúde no processo de trabalho na hemodinâmica.

Gerusa Ribeiro, M. Laurete Borges, Andréa Huhn, F. Juliana Nóbrega, Daniela Klauberg, Instituto Federal de Santa Catarina e Radiologia, Brasil. gerusa@ifsc.edu.br; enfgerusa@yahoo.com.br

O serviço de Hemodinâmica é o local onde se realizam exames com fins diagnósticos e de intervenções terapêuticas através da radiologia intervencionista, usualmente utilizando cateteres e injeções de meio de contraste, como, por exemplo, o cateterismo cardíaco, a angiografia coronária e a angioplastia transluminal percutânea. Devido à sua complexidade, estes exames envolvem a aquisição de um elevado número de imagens, resultando em longos períodos de exposição aos raios x e altas taxas de dose de radiação ionizante. Justifica-se assim que seja atribuída particular atenção para com as medidas de exposição à radiação e proteção radiológica dos profissionais de saúde e dos pacientes envolvidos nestas intervenções (BAPTISTA, 2011; BIRAL, 2002). Portanto, esse estudo se justifica por visar beneficiar a equipe multidisciplinar de saúde da Hemodinâmica de um hospital público da Grande Florianópolis - SC, uma vez que sugere ações educativas sobre proteção radiológica e assim contribuiu de alguma forma com a maior atualização da equipe. A pretensão foi despertar o senso crítico dos profissionais para que estes se tornem profissionais autônomos, pró-ativos e comprometidos com o processo de trabalho e dentro do serviço de radiologia e diagnóstico por imagem e para que tenham maior conhecimento sobre proteção radiológica no processo de trabalho. Uma vez que construção do conhecimento através da educação continuada sugere uma nova postura pedagógica que seja capaz de favorecer a construção de tal perfil profissional. Além disso, o conhecimento desses profissionais implica em uma prática segura e consciente tanto para o próprio trabalhador, como para os pacientes por ele assistidos. A pesquisa teve como objetivo identificar a percepção da equipe multidisciplinar sobre procedimentos envolvendo segurança do paciente e proteção radiológica na Hemodinâmica. Pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva realizada em um serviço de hemodinâmica de um hospital público

do Sul do Brasil. Participaram os profissionais da equipe multiprofissional, dentre eles, médicos, enfermeiros, técnicos, tecnólogos em radiologia e técnicos em enfermagem. A forma de análise de dados seguiu o percurso da análise de conteúdo, ou seja, um conjunto de técnicas visando obter informações que permitem a inferência de conhecimentos (BARDIN, 2011). Já a perspectiva teórica adotou a trajetória da análise temática que, como o próprio nome indica, o conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2010). Das entrevistas extraíram-se núcleos de sentido que foram agrupados em três categorias relativas à formação dos profissionais da Hemodinâmica e a percepção sobre proteção radiológica no processo de trabalho; a exposição ocupacional e a segurança dos profissionais da Hemodinâmica e a educação permanente no serviço de Hemodinâmica. Os resultados mostraram que os profissionais estão expostos diariamente à radiação ionizante, e por serem procedimentos longos, acarretam elevados níveis de exposição por parte desses trabalhadores. A força de trabalho no serviço de hemodinâmica em sua grande maioria é composta por profissionais de nível técnico que referiram pouco conhecimento sobre proteção radiológica e radiação ionizante e que esta temática não foi contemplada durante sua formação. Conclui-se desta forma a importância da educação continuada sobre proteção radiológica para atualização e conhecimento, nesta área tão específica da saúde como os serviços de hemodinâmica.

34. Atendimento pedagógico à criança hospitalizada favorecendo sua inclusão escolar.

Anita Zimmermann, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Brasil

Objetivo: Identificar a colaboração do profissional pedagogo hospitalar como meio de favorecimento da inclusão escolar ainda em ambiente hospitalar.

Contexto e descrição do problema: A hospitalização da criança que necessita de tratamento médico hospitalar ocasiona o afastamento da comunidade escolar, privando-a do conhecimento e aprendizagem escolar ao qual tem direito, além do convívio social com outras crianças, professores, e equipes de trabalhos da escola. O afastamento de seu mundo social família/escola, sentimentos de baixa autoestima e o sofrimento vivenciado pela doença, podem provocar na criança a sensação de solidão e distanciamento da sociedade, podendo inclusive, desenvolver apatia e desinteresse pelo tratamento, tornando-se pouco colaborativa.

O profissional pedagogo capacitado para trabalhar em hospitais, oferece à criança em situação de hospitalização, a continuidade de seus estudos, incluindo-a na escola, mesmo afastada da mesma, acompanhando e seguindo as propostas curriculares das escolas de origem das crianças, diminuindo assim, suas angústias de afastamento e perda, favorecendo o sentimento de continuidade de sua vida social extra hospital. Esse profissional auxilia a criança quando da alta hospitalar, favorecendo sua readaptação escolar, com o menor sentimento de exclusão possível.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica em base de dados científicos sobre o tema.

Resultados e discussão: A garantia da continuidade escolar através do oferecimento de atendimento pedagógico durante o período de hospitalização, envolvendo atividades diversas, permite à criança manter o vínculo com sua vida social, sua rotina fora do hospital, além de proporcionar a diminuição de possíveis defasagens escolares decorrentes de seu afastamento da escola.

O atendimento pedagógico escolar no hospital favorece a saúde e a educação na valorização do ser humano integral, evitando possíveis cisões significativas no seu retorno ao ambiente social representado pela comunidade escolar. Essa intervenção faz com que a criança mantenha rastros que a ajudem a recuperar seu caminho e garantir o reconhecimento de sua identidade. O contato com sua escolarização faz do hospital uma agência educacional para a criança hospitalizada desenvolver atividades que a ajudem a construir um percurso cognitivo emocional e social para manter uma ligação com a vida familiar e social e a realidade no hospital.

Oferecendo o acompanhamento pedagógico do conteúdo curricular fornecido pelas escolas de origem das crianças, a pedagogia hospitalar pode evitar e amenizar possíveis angústias referentes às perdas de conteúdos disciplinares ou possíveis evasões escolares. Assim, considera-se que o acompanhamento escolar tem como objetivo não somente a reinserção da criança hospitalizada ao ambiente escolar como também a sua reintegração social, viabilizando a continuidade do processo de aprendizagem e formação global da criança prevenindo prejuízos escolares e cognitivos decorrentes da hospitalização e tratamentos médico e

terapêuticos. Considera-se que, com o apoio pedagógico estabelecido ainda no hospital, a criança poderá pouco a pouco readaptar-se ao ambiente escolar com o mínimo de dificuldades possíveis, contribuindo para seu bem estar físico e emocional, promovendo sua inclusão tranquila na comunidade escolar.

Contribuição/o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais: O profissional pedagogo hospitalar além de oportunizar a continuidade de atuação na sociedade, traduzida pela escola, propiciando à criança a participação no currículo da mesma em ambiente hospitalar contribui para o equilíbrio emocional dessa clientela, aprimorando sua autoestima, repercutindo em benefício do tratamento médico.

Horário: 14.00 - 15.45

SESSÕES PARALELAS

Sessão 22

Sala 1

Tema: Gestão e cuidado na atenção psicossocial

Moderador : Luciana de Oliveira – Brasil

Produção de cuidados na rua.

Rosane Machado Rollo, Carla Felix dos Santos e Ricardo Burg Ceccim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. rollo@portoweb.com.br

Viver o conceito ampliado de saúde, passa por ser livre para discutir o cuidado dos indivíduos e coletividades, bem como as práticas em prol da qualidade de vida, considerando todas as inúmeras formas criativas das possibilidades de fazer a saúde e andar a vida. A população em situação de rua (PSR) é um grupo heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que tem em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular. O espaço das ruas é meio de vivência e de sobrevivência, por contingência temporária ou permanente. O presente trabalho tem como objetivo falar sobre a produção de vida e cuidado desenvolvidos no Consultório na Rua (CnaR), do Grupo Hospitalar Conceição, implantado em 2010, em Porto Alegre, e, a partir daí analisar a potencialidade desta forma de promover o cuidado como promoção de vida, na formação dos profissionais de saúde. As ações de saúde realizadas na prática das equipes dos CnaR dependem prioritariamente das demandas dos usuários, portanto são atividades variadas e que precisam envolver vários atores, a fim de possibilitar efetividade na resolução das necessidades elencadas. A equipe multiprofissional, trabalha de forma interdisciplinar através de visitação “in loco” nos diversos territórios ocupados por essa população. Todavia, as práticas não se detêm apenas nas abordagens de rua, quando necessário, e com a vontade do usuário, existe a inserção e acompanhamento nos serviços, a fim de efetivação do projeto terapêutico singular, prevenindo e reduzindo danos, associados ou não, ao uso de substâncias psicoativas. Contudo, o que prioritariamente é desenvolvido, são ações de âmbito integral de saúde. Em que pese à criatividade e a subjetividade serem fundamentais no cuidado de saúde compartilhado com esta população, uma das principais características a serem destacadas na metodologia, ainda se dá pelo fato do serviço estar sedimentado numa abordagem que leva em consideração a produção de vida individual e coletiva dos sujeitos envolvidos no processo. Assim, não se trata apenas de equipe multiprofissional, com saberes interdisciplinares, mas de trabalho que busca autonomia do sujeito de forma transdisciplinar, respeitando seu modo de viver. A condição de vida da PSR coloca no cenário das políticas públicas de saúde uma desafiadora e intensa situação de iniquidade. Os processos de trabalho no CnaR demonstram práticas de cuidado em atenção básica que visam a ampliação do acesso e acolhimento de moradores de rua em estratégias de saúde, estruturando ofertas terapêuticas e políticas de trabalho “fora da clausura” e do protocolo, do sistema de informações, da porta de entrada em linha vertical de trânsito por serviços instituídos e predefinidos à população à assistir. Uma prática de saúde deve operar com a inclusão da diversidade. Então, as ofertas terapêuticas devem ser condizentes com os pedidos de mais vida, provenientes de cada lugar, e, não raro, redes intuitivas de cuidado devem ser incluídas, a fim de dar passagem a tantas saúdes quantas forem necessárias à vazão de viver. Neste sentido, a reflexão intensa sobre a prática transdisciplinar, que questiona e dialoga, em ato, com a produção em saúde desenvolvida no

serviço, e o contato com o mundo do trabalho produz conhecimento significativo, e, tem grande potencialidade na formação dos profissionais de saúde.

O processo de trabalho na rede compartilhada em saúde: gestão do cuidado psicossocial.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante Universidade Estadual do Ceará, Brasil. apcrbrilhante@gmail.com

OBJETIVO: Analisar o processo de trabalho na rede de atenção psicossocial, no contexto da gestão do cuidado.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: O processo de trabalho das equipes de saúde circunda o objeto de intervenção das práticas em saúde mental e se concretiza na gestão do cuidado em saúde, ao gerir atitudes que contribuem para o fortalecimento de laços interpessoais e potencializa transformação no campo psicossocial decorrente de uma longa construção histórico-social. Assim, contextualizar sócio-historicamente e em ato as práticas dos trabalhadores de saúde mental na operação da gestão do cuidado na rede de atenção compartilhada em saúde, proporciona o debate, a contraposição, a análise e a compreensão crítica das atividades empreendidas e promove a elaboração dos sentidos e significados deste contexto laboral.

MÉTODO: Estudo qualitativo, realizado em seis Unidades de Atenção Primária à Saúde e seis Centros de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza-CE. Participaram os gerentes de ambos os serviços. Utilizou-se na coleta das informações a entrevista em profundidade e a observação livre com diário de campo. As entrevistas foram gravadas em arquivo digital de áudio após serem consentidas a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O tratamento do material empírico foi orientado pela análise hermenêutica das narrativas transcritas e anotações do diário de campo, articulando as diferentes experiências na gestão do cuidado psicossocial.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Revelou-se que as gerências dos serviços de saúde assumem a responsabilidade por organizar as práticas e promover uma atenção integral, contextualizada e resolutiva para o usuário. Contudo, atualmente a gestão de saúde do município estudado tem sofrido várias modificações, o que tem desfavorecido o cuidado integral e contribuído para a desarticulação da rede de atenção psicossocial. Além disso, destaca-se a importância do estabelecimento da comunicação entre os gerentes e os gestores, pois, a partir desse diálogo, podem-se articular estratégias de melhorias das fragilidades e déficits encontrados nos serviços, tais encontros dialógicos na prática se resumem a discussões burocráticas.

CONTRIBUIÇÕES: Potencializar nos formuladores de políticas públicas em saúde que é imprescindível o esforço no sentido da organização dos processos de trabalho, em função da gestão do cuidado psicossocial. Desvelar um panorama situacional da saúde e assim a partir das fragilidades e desafios evidenciados, discutir a efetivação de projetos tecnológicos inovadores em saúde capazes de modificar as práticas dos trabalhadores de saúde, assim como, priorizar a elaboração das políticas públicas de saúde pautadas na construção de redes de atenção à saúde.

Dependência química: os desafios da equipe interdisciplinar no cuidado com a família.

Adriana Pereira Souza e Nayara Hakime Dutra Oliviera, Universidade Estadual Paulista, Brasil

O profissional da Fonoaudiologia na Atenção à Saúde de Travestis e Transexuais.

Alana Dantas Barros, Edu Turte Cavadinha e Ana Valéria Machado Mendonça, Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Universidade de Brasília, Brasília

Tema: O trabalho a partir da perspectiva dos profissionais de saúde

Moderador: Janete de Castro – Brasil

Práticas educativas de âmbito coletivo em unidades de saúde da família em município do interior do Estado da Bahia: 'saberes e fazeres'.

Claudia Suely Barreto Ferreira, Maria José Bistafa Pereira, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP. Doutora em Enfermagem – USP, Brasil. claudiasuelyferreira@gmail.com

Objetivos: Compreender as concepções dadas às práticas educativas em grupo, realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF) na perspectiva dos profissionais de saúde que as realizam; Apreender, pela ótica dos profissionais de saúde quais os elementos da prática educativa, realizadas em grupo nas USF podem se conformar como facilitadores ou dificultadores e Descrever se estas práticas educativas consideram a singularidade e inserção sociocultural dos sujeitos envolvidos.

Contexto e Descrição do Problema: A educação em saúde se tornou objeto de reflexão na minha prática profissional a partir de minha inserção como enfermeira de Unidade de Saúde da Família, onde evidenciei uma escassa adesão, por parte dos usuários, às práticas educativas, dirigidas aos grupos de Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Idosos, Mulher e Adolescentes, que eram criados com intuito de integração e orientação. Na minha atuação era perceptível que as pessoas que frequentavam assiduamente os encontros, dos grupos referidos, eram justamente aquelas que apresentavam maior afinidade com o profissional que conduziria a atividade no dia. Quando havia substituição do profissional que conduziria a ação educativa, consequentemente, mudava-se o público alvo. A mudança, não se refletia numericamente, pois geralmente todos os grupos eram pequenos, esta distinção, também, não denotava características inerentes a ciclo de vida, pois em algumas práticas educativas havia, por exemplo, participante do grupo de hipertenso que também participava do grupo de mulheres. Era uma questão de afinidade... Entretanto, me questionava, frequentemente, se essa afinidade era com o profissional que efetivava a prática educativa ou com a abordagem pedagógica adotada. Isto era motivo de instigação para mim enquanto profissional e enquanto pessoa que se sentia parte daquela comunidade, por ter um forte vínculo com aquela população. As principais inquietações que nos conduziram na produção deste trabalho referem-se a que concepções de práticas educativas em grupo, os profissionais de saúde responsáveis por desenvolvê-las têm sobre as mesmas, de que modo emergem as necessidades de ofertar esses grupos de Educação em Saúde, quem participa da decisão de oferecê-los, como se dá seu planejamento e por fim se estas práticas educativas desenvolvidas consideram a singularidade e inserção sociocultural dos sujeitos envolvidos. Em momento algum, acreditamos que as respostas a estas questões seriam simples, objetivas e identificáveis no primeiro momento, pois envoltas a estas questões, emanam um mundo de subjetividades, de crenças e valores do próprio profissional, que ao realizar uma prática para com o usuário, acredita ser esta a melhor prática a ser desenvolvida e em sua maioria o faz de forma tutelada e imperativa.

Trajetória Metodológica: Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, que possui características exploratórias e descritivas, realizado no município de Feira de Santana-BA, nas USF situadas na sede do município junto aos profissionais de saúde integrantes das USF ou NASF envolvidos nas práticas educativas em grupo. Utilizamos como técnica de coleta de dados fontes primárias com entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática. A análise dos dados foi orientada pelo método de análise temática, com base em Minayo (1999), e pelas observações sistemáticas da atividade educativas, que possibilitaram uma análise dos elementos subjetivos que perpassavam pelos diversos momentos da atividade. A partir desta análise de dados destacamos as categorias empíricas constituintes e categoria empírica central. As categorias empíricas constituintes emergiram das falas dos entrevistados e convergiram para a categoria central que nos trouxe a reflexão sobre Autonomia X Heteronomia: Avanços e retrocessos.

Resultados e Discussões: Os profissionais de saúde, que participaram deste estudo, referem uma concepção de que a prática educativa em saúde deve trazer autonomia aos usuários, entretanto realizam práticas tuteladas e imperativas. A educação em saúde em grupo na ESF não vem sendo consolidada na perspectiva emancipatória e dialógica por diversos motivos dos quais se destacam: desinteresse de algumas classes profissionais na participação destas atividades, centralização e verticalização das práticas educativas que são conduzidas, exclusivamente pelos profissionais de saúde, além da ausência de incentivo da Secretaria Municipal de Saúde, no que tange a infraestrutura e recursos materiais.

Contribuições: Acreditamos que é possível realizar a mudança nos modelos de práticas educativas em saúde vigentes, para tal faz-se necessário ampliar às discussões sobre o poder transformador da construção conjunta do conhecimento, com este intuito propomos uma oficina com os profissionais de saúde que participaram da

elaboração deste trabalho, sendo esta uma oficina, construída a partir dos fundamentos da educação em saúde emancipatória, adotando os conceitos históricos e críticos de Freire, Stotz e Vasconcelos.

Empoderando el técnico y auxiliar de enfermería en la asistencia al trabajador de la atención básica de salud.

Lucimare Ferraz, Cristiane Regina Gosch, Joziane Gosch, Leticia de Lima Trindade, Rodrigo Momoli, Maria Assunta Busato, Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ, Brasil. rodrigo42@unochapeco.edu.br

Introducción: este estudio trata de una práctica asistencial de técnicos y auxiliares de enfermería que actúan en la atención básica del municipio de Chapecó, Estado de Santa Catarina – Brasil, basado en la Teoría Transcultural de Madeleine Leininger, en que la práctica profesional necesita modificar las normas de salud del cliente para, entonces, alcanzar la calidad de vida, respetando los valores culturales y creencias de cada individuo. Sin embargo, la enfermería de la salud del trabajador ha realizado estudios y esfuerzos principalmente en la salud laboral de los usuarios trabajadores que son vulnerables a los riesgos y peligros derivados de su proceso de trabajo.

Objetivo: empoderar el técnico y auxiliar de enfermería en el cuidado al trabajador, la ampliación y autonomía del conocimiento, con vistas a la promoción y prevención de agravios.

Metodología: la práctica fue desarrollada en seis unidades de salud, en el período de febrero a junio del 2014, en la ciudad de Chapecó (SC), Brasil, con apoyo del Centro de Referencia en Salud del Trabajador – CEREST. Se realizó la construcción de mapas de riesgo, mapa del territorio y hemos promovido educación permanente a la asistencia al trabajador. Las actividades fueron llevadas a cabo en cada unidad básica, a través del diálogo, en el cotidiano entre las prácticas de los técnicos y auxiliares de enfermería al usuario trabajador con actividades educativas de acuerdo con su necesidad.

Consideraciones Finales: por esta práctica se identificó que la asistencia ofrecida a la salud del trabajador, por los técnicos y auxiliares de enfermería, aun presenta fragilidades. Como potencialidades se destacaron las actitudes individuales de técnicos y auxiliares de enfermería respeto a la orientación para los trabajadores de acciones de prevención en sus puestos de trabajo, así como, también, en algunas empresas de su territorio. Se considera que esta práctica asistencial podrá ser aplicada a otras unidades o servicios de salud, pues su metodología fomenta y redefine la visión del profesional que actúa en el cuidado del usuario trabajador, en la perspectiva de mejorar la calidad de vida laboral, a través de la promoción de la salud, cuidado holístico y gestión/gerencia.

Gestão de pessoas em rede para compartilhamento e conversão de conhecimentos: o desenvolvimento de competências.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Adriana Catarina de Sousa Oliveira, UCAM, Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos, UECE, Ana PSala Cavalcante Ramalho Brilhante, UECE, Marcelo Gurgel Carlos da Silva; UECE e Maria Salete Bessa Jorge, UECE, Brasil. ilsetigre@hotmail.com

OBJETIVOS: Analisar a percepção dos profissionais de saúde de unidades da Atenção Primária sobre o desenvolvimento de habilidades e competências da equipe da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza-CE-BRASIL.

INTRODUÇÃO: Estudos em ambiente laboral na área de saúde sobre o comportamento organizacional no trabalho, bem como a melhor forma de se aplicar as habilidades e competências do profissional, vem crescendo com o intuito de alcançar melhores resultados organizacionais e melhor desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família em unidades básicas de saúde. Gestores buscam conhecer melhor suas equipes a fim de tornar possível o alcance das metas e indicadores propostos no planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse movimento há um discurso generalizado de que a valorização das pessoas é emergente. As atitudes e os comportamentos dos indivíduos ganham significado e são dotadas de valor. O ambiente organizacional promove a formação de grupos que podem auxiliar no desempenho da organização, uma vez que os grupos quando gerenciados adequadamente permitem o desenvolvimento individual de seus componentes.

MÉTODO: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, recorte de pesquisa sobre gestão de pessoas na Atenção Primária de Saúde, desenvolvido no município de Fortaleza - CE, no período de janeiro a dezembro de 2015.

Como critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa, consideraram-se: tempo de atividade na instituição de, pelo menos, um ano. Ao final, o estudo contou com a participação de 18 profissionais (6 médicos, 6 enfermeiros e 6 dentistas).

A entrevista foi composta pela questão norteadora: como se dá o desenvolvimento e oportunidade de carreira para o alcance de habilidades e competências? As entrevistas foram gravadas com anuência dos profissionais, a fim de garantir maior fluência, fidelidade e agilidade ao processo, bem como melhor interação entre entrevistador e entrevistado. Os registros foram transcritos na íntegra e, após esta etapa, o tratamento do material empírico foi orientado pela análise temática reflexiva e crítica, através das três etapas básicas estabelecidas por Minayo (2008), considerando e adaptando as recomendações de Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, identificando como os gestores e profissionais percebem as potencialidades no desenvolvimento e oportunidades de carreira para o alcance de habilidades e competências.

A pesquisa percorreu os trâmites éticos e teve parecer favorável sob o número 1.039.255/2015.

RESULTADOS: Como fragilidade nos processos de desenvolvimento de habilidades e competências grupais foi percebido conflitos entre papéis organizacionais e orientações ambíguas dos modelos de gestão são variáveis capazes de comprometer o desenvolvimento de competências que implica atitudes e ações dos profissionais no sentido de contribuir para a organização através do fortalecimento do comprometimento com o trabalho.

Mesmo com a oferta de cursos pela SMS e a oferta de uma plataforma de educação à distância (EAD) percebe-se que não há um envolvimento dos profissionais para a participação nas atividades ligadas ao seu próprio desenvolvimento de suas competências e habilidades laborais. Conjectura-se que, pela análise das entrevistas, parece existir uma subutilização das ferramentas de gestão, a nível local e em nível de Regional que subsidiem negociações, acompanhamento do trabalho para sensibilizar os profissionais a participarem das ações de educação permanente.

Como fortaleza percebe-se a existência de um clima de trabalho no interior das equipes da ESF agradável que propicie trocas internas sadias e harmoniosas facilita imensamente essa busca pelo ajustamento e faz com que as pessoas trabalhem mais satisfeitas e sintonizadas para a realização dos objetivos comuns que é a efetividade organizacional e a realização do indivíduo com o trabalho.

Os gestores perceberam que o desenvolvimento de competências e habilidades individuais diversificadas se transformou em estratégia organizacional cuja efetivação leva, evidentemente, a maiores expectativas de controle e a uma redução drástica do âmbito do que pode ser realmente considerado como autogestão. Para tanto se faz necessário

Cunha (2007) caracteriza a oportunidade de carreira como maior acesso a posições e cargos importantes não apenas em termos de pagamento, também em qualificações para a posição em que o conhecimento pode fazer a diferença no âmbito do reconhecimento entre seus pares e pela comunidade. Garante ao profissional habilidades cognitivas, autonomia profissional, competências analíticas (desenvolvimento provocado na capacidade de equacionar problemas), prestígio, produtividade, mobilidade profissional, estabilidade no emprego e responsabilidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nas unidades de saúde estudadas a organização do trabalho de conformação horizontal e que prioriza o valor do desenvolvimento de habilidades e competências, as relações hierárquicas tendem a ser substituídas por equipes interdisciplinares com maior responsabilidade e autonomia.

Implantação do acolhimento em saúde bucal e o envolvimento da equipe multiprofissional em unidade de saúde da família da periferia de Salvador-BAHIA, BRASIL: avanços e limites.

Haline Antunes Souza, Marluce Maria Araújo Assis, Universidade Estadual de Feira de Santana e Adriano Maia dos Santos, Universidade Federal da Bahia, Brasil. halinea1@hotmail.com

OBJETIVO: Discutir os avanços e limites do processo de implantação do acolhimento em saúde bucal e o envolvimento da equipe multiprofissional em Unidade de Saúde da Família (USF) da periferia de Salvador-Bahia, Brasil.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma experiência brasileira que objetiva a reorganização e fortalecimento da atenção básica. O recorte da presente pesquisa implica a equipe de saúde bucal e a equipe multiprofissional no processo de implantação do acolhimento em saúde bucal na ESF, envolvendo um trabalho integrado e interdisciplinar, diante da grande demanda e de entraves na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (eqSF), como: inexistência de protocolos de classificação de riscos e vulnerabilidades para priorização da demanda, acesso modelado pela ordem de chegada; dificuldades da recepção em diferenciar os casos de urgência odontológica daqueles que podem aguardar agendamento; usuários com demandas para atendimento odontológicos e com problemas sistêmicos necessitado de um cuidado integral; poucos espaços coletivos para reflexão, análise e troca de saberes entre os trabalhadores.

TEORIAS E MÉTODOS: Este trabalho se fundamenta do ponto de vista teórico na concepção de acolhimento como diretriz operacional, com escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, possibilita: a) atender as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver sua demanda; e c) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO e MERHY, 2007; CECÍLIO e MERHY, 2003; BRASIL, 2010; TESSER et al, 2010; GUERREIRO, 2013). Trata-se de uma pesquisa intervenção, concebida e realizada em estreita relação com as ações coletivas e no qual os pesquisadores e os participantes do contexto estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 2011). Estratégias de compreensão da realidade: observação participante, oficinas e rodas de conversas. Participantes do processo de intervenção: duas odontólogas, uma auxiliar e uma técnica de saúde bucal; dois médicos, três enfermeiras, seis técnicas de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde; uma agente administrativo; uma agente de serviços gerais; um docente de odontologia que atua no serviço; e uma representante da comunidade, totalizando 28 pessoas. A análise e explicação da realidade foram construídas por meio da análise das narrativas.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO: A implantação do acolhimento está em processo de construção. Mas, a avaliação inicial aponta avanços e limitações. Em relação aos avanços, foram percebidas mudanças no processo de trabalho, com maior interação da equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução dos problemas dos usuários com demandas por atendimento odontológico, antes centralizadas no cirurgião-dentista; a reorganização do fluxo de atenção e do protocolo de classificação de risco contribuiu para uma escuta mais atenta dos usuários e um cuidado baseado em práticas integrais às demandas espontâneas. O estudo evidencia aprendizados em relação a escuta qualificada das necessidades dos usuários, pautando-se na humanização das relações; mobilização e compromisso coletivo. O acolhimento coletivo em saúde bucal numa perspectiva multiprofissional contribuiu para reorganizar o acesso da demanda induzida, proporcionando uma maior oferta de ações, otimização do atendimento; práticas pautadas na integralidade em conectividade com a saúde bucal; priorização na ordem do atendimento; além de relações mais humanizadas e acolhedoras. Nesse sentido, a vivência desta realidade converge com a experiência de implantação de acolhimento em outro contexto (SÁ et al, 2013) e outras experiências (NUTO et al, 2010), em relação aos aspectos como: escuta qualificada das necessidades dos usuários; oferta de ações de prevenção e educação em saúde e priorização dos usuários de acordo com a condição de saúde bucal. As limitações encontradas foram: não garantia do acesso universal, tendo como um dos principais condicionantes a desproporção entre oferta e demanda, levando a permanência das filas e distribuição de fichas; problemas nos equipamentos gerando prolongamento do tempo de tratamento dos usuários agendados, dificultando o acesso para os novos usuários. Mas, essa desproporção não é uma particularidade deste cenário, tendo sido relatadas também por Vasconcelos, (2011) e Santos, (2015).

Enfim, o estudo sinaliza que a implantação do acolhimento possibilitou maior interação entre os trabalhadores, reorganização do acesso na porta de entrada, permitindo a identificação de pessoas com maior vulnerabilidade, o que possibilitou um aperfeiçoamento no planejamento, na organização e na implantação de estratégias de ações em saúde bucal, com tendência ao desenvolvimento de um cuidado baseado em práticas integrais.

CONTRIBUIÇÕES: A finalidade de compartilhar as vivências oportunizadas com este estudo, perpassa pela reflexão sobre o acolhimento como diretriz para melhoria do acesso das demandas espontâneas e para potencialização da atuação dos trabalhadores, a partir do trabalho em equipe mais interativo e dialógico.

Organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família, Brasil: Demanda programada e espontânea.

Priscila Oliveira Araújo, Marluce Maria Araújo Assis e Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil. poaraujos@gmail.com

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: A criação do Programa Saúde da Família, em 1994, preconizava que o atendimento aos usuários fosse por meio de programas de saúde, com foco em afecções frequentes a partir do perfil epidemiológico da população, sendo que as pessoas acometidas deveriam ter atenção prioritizada. Entretanto, outras demandas emergem do território social e carecem de organização e cuidados adequados. Neste sentido, tem-se como problema de investigação, como se dá a organização das demandas na Estratégia Saúde da Família?

OBJETIVO: Discutir a organização da demanda na Estratégia Saúde da Família, em dois municípios da Bahia, Brasil.

MÉTODO: Estudo qualitativo, realizado com 91 entrevistados (trabalhadores de saúde, dirigentes e usuários do Sistema Único de Saúde), em dois municípios da Bahia, Brasil, em 2013. O campo empírico desta pesquisa constituiu-se 11 (onze) Unidades de Saúde da Família de dois municípios baianos. As técnicas para coleta de dados foram entrevista semiestruturada e observação sistemática, com questões comuns e específicas para os distintos grupos de sujeitos, sistematizadas em roteiro orientador com tópicos sobre sistema de regulação, encaminhamentos, serviços ofertados e atendimento às demandas. As observações foram realizadas nas mesmas unidades cujas equipes foram entrevistadas e o roteiro constava de tópicos sobre o acesso do usuário ao serviço de saúde e o fluxo de atendimento. A análise dos dados se baseou na Hermenêutica Crítica, sendo que inicialmente foi realizado ordenação dos dados, com as transcrições das entrevistas e agrupamento dos dados. Na classificação, procedeu-se à leitura flutuante e exaustiva de cada entrevista, identificaram-se as categorias empíricas e realizou-se síntese vertical e horizontal de cada uma, o que possibilitou a ideia geral dos dados e os núcleos de sentido. Em seguida, a leitura transversal permitiu o levantamento das categorias empíricas, bem como os discursos convergentes e complementares. As informações adquiridas com os dados da observação sistemática foram cruzadas e confrontadas com as sínteses das entrevistas. Na análise final, foram realizadas inferências, interpretações, críticas e confronto com a base teórica do estudo. As categorias encontradas foram: demanda programada e demanda espontânea. O projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Na Estratégia Saúde da Família coexistem dois tipos de demandas, a programática e a espontânea. A demanda programática é centrada no atendimento médico, tem foco em grupos específicos organizados a partir das doenças mais prevalentes como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; tem direcionamentos de agenda, ou seja, a organização dos turnos de atendimento é baseada nos grupos específicos das doenças, com delimitação de quantitativo de vagas. Além disso, o atendimento à demanda programada gera queixas, por parte dos usuários, relacionadas às dificuldades para obtenção da consulta médica, sendo que quando há impossibilidade do atendimento médico, o enfermeiro tenta resolver as demandas mais urgentes. A demanda espontânea, por sua vez, é caracterizada pela busca instintiva dos usuários à Estratégia Saúde da Família. Sendo que a atenção à busca espontânea se organiza na seguinte tipologia: demanda aguda, demanda não aguda e demanda induzida. A primeira compreende os casos que necessitam de atendimento imediato, com foco na doença, tais como pessoas com febre, diarreia e dor abdominal. A demanda não aguda é, normalmente, sustentada por situações não imediatas, ou seja, que podem aguardar atendimento até o final do turno de trabalho, tais como administração de medicamentos, realização de curativos, troca de sonda, orientações diversas. Já a demanda induzida acontece porque um dos municípios estudados delimita um dia da semana para atender a pessoas com demandas espontâneas.

CONSIDERAÇÕES: Nas unidades de saúde da família coexistem os dois tipos de demanda, a organizada e a espontânea, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o que demonstra preocupação não somente com os

grupos prioritários, mas também com os usuários que recorrem ao serviço com demandas diversas, sem agendamento prévio. O atendimento programático direciona a atuação dos trabalhadores para as afecções mais frequentes na comunidade, a partir do rastreamento epidemiológico, e é organizado de forma que em cada turno da semana seja assistido um grupo diferenciado por médicos e enfermeiros. Já a atenção à busca espontânea dos usuários demonstra preocupação, por parte dos trabalhadores, em atender todos aqueles que recorrem à unidade. Os entrevistados compreendem que o atendimento de emergência e urgência não é foco da estratégia, entretanto, nesses casos devem ser realizados acolhimento, atenção inicial e encaminhamentos, se necessário. A organização do serviço ainda é burocratizada e tem como centro da atenção, a doença ou a iminência da mesma, o que fragmenta o cuidado e limita a integralidade. A coexistência de ambas as formas de atuação constitui-se em elementos que podem contribuir para a resolutividade na Estratégia Saúde da Família e transformar o modelo de assistência em usuário centrado, desde que os trabalhadores atuem a partir do acolhimento, escuta qualificada e educação permanente.

Coordinación de la Atención entre Niveles Asistenciales en la Red de Servicios de Salud de Xalapa, Veracruz, México.

Gabriel Riande Juárez, A.I. Cisneros Luján, M.García Medina e V.González Rojas, Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México

Objetivo: Conocer la percepción que los profesionales de salud tienen sobre la coordinación y la calidad asistencial en la red de servicios de salud de Xalapa, Veracruz, México, como parte de la primera etapa del proyecto Equity-LA II: los resultados del estudio de línea base*.

Planteamiento del problema: México no está exento de la fragmentación de los servicios de salud, la cual afecta la coordinación entre niveles y la calidad de los servicios. Esta investigación responde a la necesidad de generar conocimientos regionales sobre la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con pacientes crónicos pluripatológicos, donde se observa un mayor impacto de los problemas de coordinación, pues requieren la atención de múltiples profesionales de la salud y el tránsito por los distintos niveles de atención a lo largo de su vida.

Metodología: Estudio que combina métodos cualitativos (entrevistas y grupos focales) y cuantitativos (encuestas) desarrollado en la red de servicios de salud de Xalapa, Veracruz, cuya área de influencia es la zona urbana de este municipio, con siete centros de salud de primer nivel; una unidad intermedia para pacientes con enfermedades crónicas (UNEME-EC); y dos hospitales, uno de segundo y uno de tercer nivel. En el estudio cualitativo, se realizó una muestra teórica conformada por cuatro grupos: profesionales de primer nivel; de segundo y tercer nivel; mandos medios; y personal administrativo y paramédico. Se realizaron 28 entrevistas individuales y 4 grupos focales. La información se categorizó en coordinación de la información, gestión clínica y administrativa. Se utilizó el programa Atlas.Ti para el análisis de datos. En el apartado cuantitativo se realizó un estudio observacional, transversal, mediante la aplicación de un cuestionario (COORDENA-MX) a médicos de atención primaria (AP) y de atención especializada (AE), con al menos tres meses de antigüedad en el puesto y que tuvieran contacto con otro nivel de atención. El tamaño de muestra fue de 185 médicos, con muestreo multi-etápico. Se realizó un análisis descriptivo de datos con SPSS 23.

Resultados:

- Coordinación de la información.

En el estudio cualitativo, la transferencia de información entre médicos de AP y de AE fue deficiente, pues se limita al formato de referencia y contrarreferencia (RyCR); además, la información no se usa adecuadamente por incongruencia o ilegibilidad.

En cuanto al estudio cuantitativo, el 77% de los encuestados mencionó que nunca o pocas veces existe intercambio de información entre médicos. El mecanismo de coordinación más conocido fue la RyCR (98%), con un bajo porcentaje de CR recibidas en AP (7%).

- Coordinación de la gestión clínica.

En el estudio cualitativo, el médico de AP es reconocido en ambos niveles como responsable del seguimiento del paciente, sin embargo, no siempre puede realizarlo. En cuanto a la coherencia en la atención no siempre hay acuerdos entre médicos de ambos niveles, además destacaron dificultades de acceso a la AE.

En el estudio cuantitativo, el 91% de los médicos de AP mencionaron que son los responsables del seguimiento del paciente en su trayectoria por los distintos niveles, contrario a la opinión de los de AE, que los conciben así en un

26%. Los médicos de AP siempre o muchas veces están de acuerdo con los tratamientos que los médicos de AE prescriben (71%), y los de AE únicamente en un 7% con los de AP. La mayoría de los encuestados (64%) mencionó que cuando el paciente es derivado a AE espera mucho tiempo hasta el día de la consulta.

- Coordinación administrativa.

En el estudio cualitativo, los circuitos administrativos establecidos no siempre se cumplen y los mecanismos de coordinación implementados (formato de RyCR, reuniones de RyCR, enlaces) no funcionan adecuadamente. No existe programación previa de la consulta entre niveles para la ordenación del acceso.

En el estudio cuantitativo, el 57% de los médicos de ambos niveles consideran que los directivos nunca o pocas veces facilitan la coordinación.

Conclusión: Los profesionales de la salud en la red de estudio perciben múltiples factores que generan problemas de coordinación entre niveles, los cuales afectan la calidad de la atención e impiden el funcionamiento adecuado de la estrategia de RISS.

Sessão 25

Sala 4

Tema: Políticas Públicas de Saúde no mundo globalizado

Sessão organizada: Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Universidade Tiradentes/SE, Brasil

Descrição: O presente GT se propõe a reunir pesquisadores, docentes, profissionais, estudantes de graduação e pós-graduação nas áreas de ciências humanas e sociais voltadas para a saúde, bem como participantes de Organizações Não Governamentais, com objetivo de discutir políticas públicas de saúde. É resultado da necessidade de uma reflexão sobre a pluralidade de experiências vivenciadas por todos os atores sociais que realizam suas atividades laborais ou de pesquisa em um contexto de contrastes e tensões que requer pensamento crítico que comporte agir em saúde dinâmico e inovador. Tem como objetivo promover o debate, a crítica e enfrentamentos teóricos e práticos advindos das mais variadas políticas públicas de saúde que possibilitem a efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana. Este grupo se justifica pela necessidade de analisar criticamente a participação dos profissionais de saúde diante das políticas públicas adotadas de forma centralizadora e impostas em um contexto social adverso para os operadores destas políticas. Serão aceitas propostas que contemplem uma análise interinstitucional, que de forma interdisciplinar seja capaz de promover análises em nível local, nacional e internacional no contexto globalizado contemporâneo.

Análise da Política de saúde do trabalhador através da perspectiva de notificação de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

Giselle Santana Dosea, Cristiane Costa da Cunha Oliveira e Sonia Oliveira Lima, Universidade de Tiradentes, Brasil. gisselledosea@hotmail.com

O objetivo desta pesquisa foi analisar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, numa perspectiva da notificação dos casos de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) pelo Ministério da Saúde, através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), no estado de Sergipe, no ano de 2013.

As políticas públicas voltadas ao trabalhador no Brasil, iniciaram-se a partir da década de 40, com a criação da Consolidação das Leis do Trabalho, a partir da qual, direitos como jornada máxima semanal de trabalho, salário mínimo, e férias remuneradas, foram garantidos. No entanto, somente após a criação do Sistema único de saúde (1990), e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2002), o profissional passou a ter garantias de saúde reais, através de ações que visam promoção, prevenção, proteção, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador urbano e rural.

Os portadores de DORT estão incluídos nesta política, pois em 2005, a doença foi classificada como de notificação compulsória. No entanto, apesar da notável relevância no ramo da saúde do trabalho, a atenção à saúde ao portador de DORT encontra como uma das principais barreiras, a subnotificação.

Este é um estudo epidemiológico de corte transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta pelos prontuários de todos os trabalhadores portadores de DORT, referenciados nos três CEREST's do Estado de Sergipe (localizados em Aracaju, Canindé do São Francisco e Lagarto). Foram incluídos na pesquisa, prontuários de sujeitos comprovadamente portadores de DORT, com diagnóstico médico de algum dos agravos que constam na lista de

doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, e excluídos os prontuários preenchidos de maneira incompleta ou incorreta. O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, através da Plataforma Brasil, ao qual este projeto foi submetido, tendo sido aprovado com o parecer nº 392.883

A coleta de dados foi realizada nos próprios CEREST's, a partir dos prontuários dos pacientes, que contêm as Fichas de Investigação de Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho. Foram encontradas 56 fichas, distribuídas da seguinte maneira: 51 na regional Aracaju, 4 em Canindé do São Francisco, e 1 em Lagarto.

Em 2013, a Previdência Social registrou 103.852 casos de doenças do trabalho relacionadas a distúrbios do aparelho osteomuscular no Brasil, sendo 519 no estado de Sergipe. A comparação desses dados com os encontrados empiricamente nesta pesquisa (56 notificações), denota uma diferença de 463 registros somente no estado de Sergipe. O número baixo de notificações registrados no Ministério da Saúde, via CEREST, sinaliza que ocorreu, neste ano, o que é considerado como subnotificação de casos. Segundo Karino, Martins e Bobroff (2011), a responsabilidade do Estado sobre a saúde do trabalhador é historicamente, fragmentada. Isto ocorre, pois há muitos órgãos, como o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, que possuem diversas atribuições, mas que muitas vezes não se interligam de maneira eficiente. Isso faz com que o resultado final seja deficiente para o trabalhador, pois dificulta possíveis avanços na área. Teixeira (2012), cita como exemplo dos esforços estanques de cada ministério, as informações sobre o Fator Acidentário de Prevenção (FAP) e sobre o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), que são dados da Previdência Social, e deveriam ser compartilhados com o SUS.

Santos e Lacaz (2012) ressaltam que se torna essencial a atuação mais direta da Atenção Básica, pois o crescimento do trabalho informal, faz com que os trabalhadores não tenham vínculos formais com o sistema da Previdência Social, ou do Ministério do Trabalho, devendo, portanto, ser assimilados pela rede assistencial da Atenção Básica. Outra evidência que também configura a subnotificação, é aquela que ocorre a partir das próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois em muitos casos, a subjetividade dos sintomas dos DORT, oculta a relação entre o trabalho e a saúde, o que é ainda agravado pela burocracia e pela falta de registro médico, pois muitos profissionais consideram a ficha de notificação "extensa, demorada e complicada". Ressalta-se ainda que, muitos trabalhadores regidos pela CLT, possuem como benefícios das empresas, plano de saúde privado, o que obviamente não favorece o encaminhamento destes indivíduos aos serviços públicos de saúde.

A política de Saúde do Trabalhador no Brasil jamais terá seus objetivos alcançados sem um planejamento estratégico e sem a interligação dos dados dos diversos sistemas do governo federal, para que assim haja a produção de indicadores confiáveis, que demonstrem a realidade da situação de saúde do trabalhador no brasileiro.

As políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade: O trabalho dos profissionais de saúde em um contexto de contrastes e tensões.

Luiz Eduardo Oliveira, Cristiane Costa da Cunha Oliveira e Verônica Teixeira Marques, Universidade Tiradentes, Brasil

Políticas públicas e fatores de risco possivelmente associados à experimentação de substâncias psicoativas por adolescentes escolares da Grande Aracaju/SE, Brasil.

Maria Eliane Andrade, Aliane Caroline Santos Silva, Tatiane dos Santos Leite, Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior e Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Universidade Tiradentes/Sergipe, Brasil

Diagnóstico das Condições de vida de uma comunidade quilombola no nordeste brasileiro um caminho para o planejamento de políticas públicas de saúde.

Andréia Poschi Barbosa Torales, Marlizete Maldonado Vargas, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Oscar Donovan Casas Patiño, Universidade Tiradentes(UNIT-SE), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), Brasil, México. andreiaposchi@msn.com

Em Sergipe, existem 30 comunidades quilombolas certificadas desde 2004, pela Fundação Palmares. A existência de comunidades quilombolas abrange todo território nacional e os descendentes de escravos sobrevivem em enclaves comunitários e muitos tiram seu sustento da pesca, do cultivo da terra, outros pela dificuldade da posse de terra, trabalham em empresas aos arredores do quilombo. O governo brasileiro estabeleceu um conjunto de ações com o objetivo de viabilizar o reconhecimento e titularidade das terras aos remanescentes dos quilombos, como o Programa Brasil Quilombola (2005). O processo de autorreconhecimento feito pela comunidade possui

amparo legal na convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (1989). A comunidade Patioba-Japaratuba, em Sergipe, no nordeste brasileiro, encontra-se reconhecida e certificada, fruto de um movimento de resistência, porém ainda não obteve seu título definitivo de posse da terra. Neste contexto o objetivo deste trabalho é descrever as condições de vida em uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro. Foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa. A comunidade é composta por 163 famílias, sendo 143 cadastradas como quilombolas. A amostra final totalizou 101 sujeitos participantes. A análise dos dados quantitativos foi descritiva enquanto que para os dados qualitativos foi realizada análise de conteúdo. Para atender aos preceitos éticos, no ato da entrevista, os sujeitos assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Tiradentes/UNIT, protocolo nº. 030511. Observou-se uma maior participação das mulheres como sujeitos da pesquisa, provavelmente devido ao fato dos homens serem os mantenedores financeiros da família e estarem ausentes desenvolvendo atividades laborais. Alguns autores destacaram as desigualdades e assimetrias de gênero nas formas de organização de vida familiar, em relação à distribuição das tarefas domésticas, ao envolvimento e responsabilidades com os cuidados com os membros da família. Verificou-se em relação à atividade de trabalho dos sujeitos entrevistados que as mulheres quilombolas desta comunidade exercem suas atividades no lar e que apenas uma pequena parcela exerce suas atividades profissionais. A literatura tem demonstrado que as condições de vida de mulheres e homens são resultado de construções sociais que têm como alicerce o trabalho e se manifestam através da divisão social do trabalho entre os sexos. Esta divisão estabelece que os homens exerçam suas atividades no mercado de trabalho capitalista e as mulheres dividem seu tempo muitas vezes entre a produção de mercadorias fora de casa e a realização das tarefas domésticas relativas aos cuidados da família. As condições de moradia de algumas famílias da comunidade Patioba são de mais de uma família residindo na mesma casa. Esta situação pode favorecer os conflitos familiares, a baixa autoestima e uma pior qualidade de vida, com isso, aumentando a desigualdade social. Em relação à renda familiar, percebe-se que é reduzida, sendo este um fator importante para que os indivíduos vivam de forma justa e equilibrada. Os jovens ou chefes de família do sexo masculino migram para outras localidades em busca de oportunidades de estudo, trabalho, renda, ou seja, em busca de qualidade de vida, porém, deixando de conviver com a cultura local. Os sujeitos participantes da pesquisa relataram sua insatisfação quanto à falta de oportunidade de trabalho, cansaço por uma vida de luta, insônia pelos mais variados motivos, desde doença a preocupações financeiras, dificuldades de locomoção por problemas relacionados à saúde. O trabalho por meio da agricultura familiar foi quase que extinto, em decorrência das áreas territoriais pertencerem a fazendeiros, dificuldade do plantio em virtude das mudanças abruptas no ambiente (períodos de cheia e vazante). O transporte é inexistente, tendo que se deslocarem até a BR – 101 para pegar uma condução ou pegarem carona no ônibus escolar. O povoado é desprovido de praças, parques, lanchonetes, rede de internet, entre outros atrativos. Esta comunidade ainda assim mantém sua cultura através de atividades de trabalho, dança quilombola, comidas típicas e religião. Por fim, esta comunidade quilombola necessita além do reconhecimento e certificação que seja efetuada a titularidade da terra. O processo de resistência enfrentado por esta comunidade parece demonstrar um passo importante no exercício de cidadania, Políticas de ações integradas como Brasil quilombola, e o Programa de saneamento básico e Programa água para todos devem ser efetivamente realizadas e controladas.

Sessão 26

Sala 5

Tema: Organização, condições e qualidade de vida no trabalho

Moderadores: Carlo de Pietro – Itália e Marieta Iradier – Espanha

L’activité soignante à l’épreuve des réformes hospitalières – les cas d’un nouveau service d’urgence dans une grande ville française.

Rémy Jean, Aix-Marseille Université, France. remy.jean1@sfr.fr

Caracterização das condições de trabalho das enfermeiras na rede hospitalar do SUS na Bahia.

Karolline Santos Macedo, Mariana Costa da Silva e Cristina Maria Meira de Melo, Universidade Federal da Bahia, Brasil. karollsantos@yahoo.com.br

O objetivo é caracterizar as condições de trabalho das enfermeiras na rede hospitalar vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Estudo descritivo, exploratório, quantitativo. Na coleta de dados utilizou-se questionário estruturado com amostra de 256 enfermeiras distribuídas proporcionalmente considerando o tipo de administração direta ou indireta do hospital. Foi realizada a compilação de dados e criado um banco no programa STATA v. 12.0. Na análise utilizou-se as medidas estatísticas: frequência, moda, média e desvio padrão. 93% das enfermeiras declaravam-se do sexo feminino e 7,0% do sexo masculino, o que corrobora com o perfil na profissão. Referente à qualificação, 90% das enfermeiras da adm. indireta eram pós-graduadas contra 86,9% das enfermeiras de adm. direta. Na adm. direta observa-se que 6,8% das enfermeiras possuíam pós-graduação do tipo *strictu sensu* em maior quantidade que as enfermeiras de adm. indireta (4,0%). Relacionado às condições de trabalho, na administração direta 63,0% das enfermeiras informam que algumas vezes, raramente ou nunca tem disponibilidade de equipamentos adequados ao serviço, na adm. indireta somente esse percentual é de 30%. Quanto ao mobiliário, mais de 70,0% das enfermeiras nas organizações de administração direta, afirmam que nunca ou raramente eles são ergonômicos, enquanto na administração indireta, 28,0% das enfermeiras falam que os equipamentos nunca ou raramente são ergonômicos. No que se refere à existência de local exclusivo para descanso, 84,5% das enfermeiras de adm. direta e 80% das enf. de adm. indireta referiram existência deste, entretanto 60% de adm. indireta julgam o local de descanso como adequado, enquanto esse percentual reduz para 39,9% entre enf. de adm. direta. 32% das enf. de adm. direta e 16% das enf. de adm. indireta afirmam que nunca ou raramente sentem-se informadas sobre os riscos aos quais estão expostas no ambiente de trabalho. Sobre o número de pacientes sob sua responsabilidade, 33,5% das enfermeiras de adm. direta e 14,3% das enf. de adm. indireta afirmam que sempre assistem pacientes em excesso. As condições de trabalho são adequadas ao perfil dos usuários frequentemente ou sempre para apenas 20,8% das enfermeiras de adm. indireta e 44% das enfermeiras de adm. indireta. Sobre a supervisão de trabalhadores, 58,2% das enfermeiras de adm. direta afirmam que nunca ou raramente supervisionam mais trabalhadores do que são capazes, enquanto para as enfermeiras de adm. indireta esse percentual reduz para 18,0%. Com relação aos vínculos trabalhistas, 58,6% de todas as enfermeiras tinham outro vínculo, dentre as quais 10,0% possui dois ou mais outros vínculos de trabalho. Os tipos de vínculo trabalhista variavam entre os grupos: na adm. direta 80% das enfermeiras eram estatutárias e na gestão indireta 96,0% eram regidas pela consolidação das leis trabalhistas (CLT). Pode-se notar que o perfil na profissão continua feminino e a força de trabalho tem alta qualificação. Nas condições de trabalho, o mobiliário não obedece as regras ergonômicas. O local de descanso é obrigatório por lei, mas 17% das enfermeiras ainda não possuem local exclusivo para descanso e, dentre as que possuem, quase 50% afirmam que este não é adequado para o fim. Observa-se que dentro da própria administração direta há outras formas de contratação que não através de concurso público. Na administração indireta toda a força de trabalho é ligada à empresa e não diretamente ao Estado.

Factores que determinan la calidad de vida laboral del personal de enfermería del Hospital de la Mujer Zacatecana.

Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez, Omar Felipe Trejo Palacios, Juan Lambertto Herrera Martínez e Claudia Araceli Reyes Estrada, Universidad Autónoma de Zacatecas, México. druizchavezr@hotmail.com

Introducción: Se puede afirmar que una persona, tiene una buena Calidad de Vida Laboral (CVL) cuando experimenta bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, y la capacidad para afrontarlas, de manera que a lo largo de su vida, consiga un desarrollo óptimo de su esfera profesional, familiar y personal. El personal de enfermería, se encuentra expuesto a una serie de riesgos laborales que pueden afectar su CVL.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores que afectan la Calidad de Vida Laboral de los profesionales de enfermería del Hospital de la Mujer Zacatecana, de los Servicios de salud de Zacatecas.

Materiales y Métodos: Se trató de un estudio descriptivo, analítico, transversal, con una muestra estratificada de 108 profesionales para ello se aplicó el instrumento de medición CVT-GOHISALO, con preguntas enfocadas a la satisfacción de las actividades que realiza, reconocimiento, remuneración, beneficios alcanzados, carga laboral, capacitación y relaciones laborales.

Resultados: Las siete dimensiones concentraron a la mayoría del grupo en estudio en el nivel medio, siendo la administración del tiempo libre con 87.7 por ciento, donde la prueba de independencia con χ^2 demostró

asociación estadística significativa con las variables «edad del entrevistado, grado máximo de estudios, antigüedad laboral, categoría contractual, funciones que desempeña y servicio en que se ubica». El desarrollo personal con 84.9 por ciento, señaló asociación estadística significativa con las variables «sexo del entrevistado, antigüedad laboral, categoría contractual y sueldo mensual».

Conclusiones: Para poder atender la salud de este personal se debe partir de su situación saludable, y así establecer programas de salud ocupacional específicos, por lo que es indispensable conocer las condiciones laborales en que se encuentran, su medio ambiente de trabajo y la percepción que tienen de su CVL.

Clima de Segurança do Doente: Percepção dos Profissionais de Saúde.

Anabela Almeida e Dora Saraiva, Centro Hospitalar Cova da Beira, Portugal. aalmeida@ubi.pt

O clima de segurança do doente tem um impacto fundamental sobre a segurança dos cuidados de saúde. O presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira – Portugal, em relação ao clima de segurança do doente. O estudo descritivo de abordagem quantitativa decorreu entre janeiro e março de 2015. Os dados foram colhidos através do questionário *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006*, tendo-se obtido uma amostra de 623 profissionais.

Os resultados obtidos atestam a favor de um clima de segurança positivo. As dimensões Percepção da gestão e Condições de trabalho apresentaram um conjunto de respostas menos positivas, indicando que estas são áreas de potencial melhoria para o desenvolvimento do clima de segurança na organização.

Este estudo serve de referência para a formulação de políticas com vista à otimização da segurança do doente, para além de servir de estrutura de referência para futuro benchmarking.

Horario: 15.45 - 16.15



Horario: 16.15 - 17.45 **SESSÕES PARALELAS**

Sessão 27

Sala 6

Tema: Estratégias para enfrentamento da epidemia de Aids no Rio Grande do Sul

Sessão organizada: Rebel Zambrano Machado, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e Jaqueline Oliveira Soares, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

Objetivo: Apresentar as principais estratégias para o enfrentamento da epidemia de Aids no Rio Grande do Sul.

Contexto: O estado do Rio Grande do Sul é o estado com as maiores taxas de detecção de Aids no país, ocupando o primeiro lugar entre os estados desde 2006, com uma taxa em 2014 de 38,3 por 100 mil habitantes, sendo a taxa do Brasil de 19,7 por 100 mil habitantes. O Ministério da Saúde aponta que desde o início da epidemia de Aids (até junho de 2015), foram registrados no país 798.366 casos de Aids, sendo 615.022 (77,0%) notificados no Sinan, 45.306 (5,7%) e 138.038 (17,3%) no SIM e Siscel/Siclom. Em 2014, o ranking da taxa de detecção de Aids entre os estados indicou que os estados do Amazonas e Rio Grande do Sul apresentaram as maiores taxas, com valores de 39,2 e 38,3 casos para cada 100 mil habitantes. Porto Alegre é a capital com a maior taxa registrada em 2014, mais que o dobro da taxa do estado e quase cinco vezes a taxa do Brasil (94,2 casos para cada 100 mil habitantes).

Método: O processo de construção do Comitê Interfederativo foi desencadeado por uma agenda pactuada entre as três esferas governamentais com vistas a responder a situação epidemiológica da Aids no estado do Rio Grande do Sul. Este Comitê focaliza as ações de prevenção para populações vulneráveis; prevê o aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão. A assinatura do Acordo de Cooperação Interfederativa entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) e os municípios desencadeou a elaboração de um Plano de Trabalho conjunto, discutido em

quatro Câmaras Técnicas: Redes e Linha de Cuidado; Prevenção; Vigilância e Municípios para o alcance das metas pactuadas.

A Seção de Controle de DST e Aids do RS, vem desenvolvendo suas atividades de coordenação da política de saúde contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, que culminou com a elaboração da primeira linha de cuidado para pessoas com HIV/Aids do país através de uma construção participativa entre vários atores (universidade, movimento social e profissionais de saúde); e a proposição da assinatura da Carta de Paris, um compromisso do estado e 15 municípios prioritários, assumindo um acordo em promover a responsabilização e unir diversos atores num esforço compartilhado no enfrentamento da epidemia de AIDS.

Resultados: Alguns resultados já podem ser contabilizados até o momento, tais como:

- fortalecimento da articulação do estado com a sociedade civil e municípios;
- ações articuladas com a Atenção Básica (prevenção, avanço do diagnóstico e tratamento, apoio institucional/temático);
- Implantação dos Comitês de Transmissão Vertical (20 Municipais e 12 Regionais);
- sistematização do processo de Educação Permanente focalizada num processo de compartilhamento do cuidado com a Atenção Básica;
- implantação do fluxo da Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP) nos três níveis de atenção;
- implementação da prevenção com a oferta permanente de insumos, incluindo a disponibilização e orientação sobre as novas tecnologias de prevenção disponíveis;
- reorganização da Rede de serviços (SAE-Serviço de Assistência Especializada, CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento e Lipodistrofia/lipoatrofia), e oferta laboratorial (CD4/CD8, Carga Viral e Genotipagem);
- desenhos de estudos e pesquisas através do monitoramento da cascata do HIV para o cuidado contínuo;
- Pesquisa sentinela parturiente, Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas, Pesquisa de Profilaxia pré exposição sexual (PREP) e Pesquisa de prevalência do subtipo C, para o fortalecimento da gestão e construção de ferramentas para tomada de decisão e elaboração de estratégias;
- assinatura da Carta de Paris pelo estado e 15 municípios, para atingir metas até 2020, definitivas e ambiciosas: 90% das pessoas com HIV diagnosticadas – 90% das pessoas com HIV diagnosticadas em TARV – 90% das pessoas em TARV com carga viral suprimida

A cooperação interfederativa: a experiência do RS.

Priscilla da Silva Lunardelli, Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

Carta de Paris: o compromisso do governo do estado do RS.

Rebel Zambrano Machado, Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

A linha de cuidado como ferramenta de organização dos processos de trabalho e dos serviços.

Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

As pesquisas e ferramentas para qualificar a informação e aprimorar as decisões.

Jussara San Leon, Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

Sessão 28

Sala 7

Tema: Saúde Mental, formação e trabalho: desafios atuais para os Sistemas de Saúde

Moderador: Edna Maria Goulart Joazeiro – Brasil

Construção da Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador: discussão com os profissionais e serviços do SUS.

Carla Garcia Bottega, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Brasil. carlabott@terra.com.br

RESUMO

Este é um relato parcial de tese em que o objetivo foi construir propostas para uma clínica em saúde mental e trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto foi organizado roteiro de entrevista e utilizado o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), com 24 trabalhadores e trabalhadoras. A Clínica Psicodinâmica do Trabalho possibilitou a compreensão da situação de sofrimento e adoecimento psíquico, destacando-se a violência psicológica. A proposta é a construção de uma Linha de Cuidado (LC) específica que deve estar inserida na rede de saúde já existente.

RESUMEN

Este informe es una parcial de la tesis en que la meta principal fué de construir propuestas para una clínica en salud mental y trabajo para el Sistema Único de Salud (SUS). Para eso fué organizado un plan de entrevistas y se usó un *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), con 24 trabajadores y trabajadoras. La Clínica Psicodinámica del Trabajo permitió la comprensión del sufrimiento y la situación de las enfermedades psíquicas, especialmente la violencia psicológica. La propuesta es construir una línea de cuidado (LC) específica que se debe insertar en el sistema de salud existente.

A formação dos enfermeiros e os desafios para a qualificação da atenção a saúde mental no Distrito Federal, Brasil.

Maria da Glória Lima e Maria Aparecida Gussi, Brasil

Formação, Território e Assistência na Saúde Mental: Desafios à intersetorialidade das Políticas Sociais.

Edna Maria Goulart Joazeiro e Lucia Cristina dos Santos Rosa, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Piauí, Brasil. emgoulart@uol.com.br

O trabalho analisa os desafios que estão presentes no processo de formação de profissionais para o trabalho na assistência à população usuária no âmbito de Sistemas públicos de Saúde, com ênfase no campo da atenção à Saúde Mental. A escolha de refletir sobre essa realidade dá-se em decorrência da inserção na docência e na Supervisão Acadêmica do Curso de Serviço Social da UFPI, em consonância com os desafios de consolidar um ensino no campo da Saúde Mental, que permita articular as mútuas relações entre a saúde e as políticassociais, dada a relação de interpenetração e interdependência recíprocas entre essas políticas, constituindo-se uma possibilidade para ampliar a potência dos processos assistenciais nesse campo de saber e de cuidado à vida.

Na análise destacamos os marcadores legais, conceituais, formativos e institucionais da política de Saúde Mental no Brasil, que privilegiam a matricialidade sociofamiliar na produção do cuidado, a ação em rede intra e intersetorial para o enfrentamento de agravos à saúde, das desigualdades sociais, incertezas, inseguranças e múltiplas formas de vulnerabilidades e de riscos sociais e pessoais. Há sintonia de tais questões com a implementação das diretrizes curriculares a partir de 2001, que tem por horizonte uma formação orientada para os determinantes sociais do processo saúde-doença, formação generalista e o trabalho em equipe exigindo um novo olhar e novas práticas na perspectiva da integralidade e da qualidade de vida da população usuária dos serviços de saúde, alterando sua relação com o território vivido (SANTOS).

A análise buscou compreender a natureza dos agravos à saúde da população com transtorno mental, expresso na restrição histórica do acesso ao direito a bens materiais e culturais com impactos na sociabilidade, que atingem tanto as formas de objetivação da vida, quanto à subjetividade.

Com base na realidade socioterritorial do município de Teresina, capital do Estado do Piauí, buscou-se apreender a relação entre o território e a Rede de Atenção Psicossocial implantada e as dificuldades enfrentadas rumo à dinamização assistencial que enfrente os desafios do processo de formação para o trabalho e de intervenção no campo da Saúde Mental. Teresina, cidade de grande porte, possui uma população estimada de 844.245 habitantes (IBGE), com intensa circulação de pessoas, por se constituir como um polo na área de saúde e por situar-se num entroncamento de rodovias federais, constituindo-se como região de passagem para o norte, o centro oeste e a região sul do país. A economia da cidade é predominantemente terciária, girando em torno do setor público e do comércio, sendo dependente de recursos da União, cujo desenvolvimento está atrelado a repasses financeiros e de políticas indutoras do governo federal (ROSA, 2015, p. 109).

Diante da complexidade das questões arroladas, o profissional desse campo de conhecimento precisa saber transitar entre conhecimentos consolidados e colocá-los em relação com saberes em processo de criação, de avaliação e de validação, num horizonte marcado por muitas incertezas. Para que esse cuidado tenha efetividade é

requerido que a intervenção na área da saúde se articule com outras políticas sociais cujo campo de intervenção diz respeito às múltiplas formas de violação de direitos, de restrição do acesso a bens e serviços que, se não forem rompidos, tendem a criar obstáculos ao enfrentamento das dificuldades atuais no âmbito do Sistema Único de Saúde e para a efetivação de um trabalho coletivo com qualidade sinérgica.

Cumpra assinalar que formar profissionais para intervir neste cenário pressupõe a necessidade de educação permanente, ou seja, requer que o profissional seja capaz de apreender as categorias analíticas do campo dos agravos à Saúde, as terapêuticas consolidadas e ter abertura para as reservas de alternativas que se abrem na direção de um modelo de cuidado comunitário, que está em processo de construção. Significa que cabe a Universidade e aos Serviços o papel de ensinar a desvendar a trama de conceitos da Saúde Mental, sem perder de vista a necessidade de, ao mesmo tempo, defender as necessidades inerentes a essa população frente às outras políticas sociais e no campo sócio jurídico.

Esse cenário impõe capacidade de aprender e ensinar a desvendar formas de conferir qualidades sinérgicas à rede de atenção psicossocial, reconhecendo no território as suas fragilidades, na busca de seu fortalecimento, pois a despeito dessa tarefa parecer improvável, não é, contudo, impossível. Defendemos que o liame dessa possibilidade nasce do mútuo desvendamento das potências, impotências e da criatividade inventiva que atribua um novo significado ao direito à liberdade, à diferença, enfim, à cidadania.

Há tensionamentos entre a rede já implantada e disputa por outros modelos tecnoassistenciais com favorecimento de outras lógicas divergentes da Reforma Psiquiátrica que trazem desafios ao coletivo de trabalhadores, profissionais, gestores, professores, pesquisadores, entidades da sociedade civil, familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental que permanecem acreditando na possibilidade de construção de um desenho de rede de saúde mental que defenda a vida e fortaleça a cidadania. Na perspectiva de Oddone (1977), defendemos a necessidade de uma Comunidade Científica Ampliada, cujo modelo de organização pressupõe colocar em relação diversos “pontos de vista” de: prescritores, cientistas, do movimento social, de trabalhadores, de familiares, de usuários com vistas a “redescobrir a experiência do cuidado na Saúde Mental” em sintonia com a diversidade das necessidades em saúde na sua articulação com as particularidades de situações que exigem que o conceito de rede seja capilarizado **sobre e nos** territórios, para além do campo da Saúde Mental.

Sessão 29

Sala 1

Tema: Condições de trabalho e Saúde do trabalhador 1

Moderadora: Carolina Tetelboin Henrion – México

Trabalho e saúde mental: uma reflexão sobre os transtornos de pânico na atualidade

Luciana Oliveira dos Santos, Universidade de Brasília, Brasil

Théorie ADS , charges mentales et ressentis de la période de travail - Cas des Unités de Soins hospitaliers.

Frédérique Quidu, J-P Escaffre, M. Personnic, M. Ezan, A-C Forget, A. Megret, Dominique Filippa, EHESP, France.
Frederique.quidu@ehesp.fr

Au cœur des Sciences Humaines, donc aussi des Sciences de Gestion, se situe l'autonomie d'action des Hommes. La conduite des organisations est par essence la régulation des sphères d'autonomie des hommes au travail, c'est-à-dire la gestion de leurs dépendances.

L'autonomie est une notion qui hante la pensée philosophique européenne depuis des siècles. L'idée commune est qu'il s'agit de la capacité de régir sa vie selon ses propres lois, permettant une libre disposition de soi. Les Grecs (Thucyclide, Xénophon), les Stoïciens, la philosophie des Lumières (Kant, Thomas d'Aquin, Locke), A. Smith, Castoriadis ont apporté des conceptions décisives à la pensée moderne ... Finalement, on peut résumer avec L. Lomasky (1987) ces courants philosophiques comme une « sorte de souveraineté sur sa propre vie et cette souveraineté exige qu'il soit accordé à la personne une zone d'activité protégée dans laquelle elle soit libre de tout empiètement de la part des autres ». Au niveau d'une communauté humaine, d'une organisation productive ou d'une Nation, la souveraineté est l'équivalent de l'autonomie individuelle. La réflexion sur l'autonomie connaîtra un renouveau dans le courant de la seconde moitié du XXème siècle grâce à des scientifiques travaillant dans le

domaine de la physique (Von Neuman, Weiner, Prigogine...), de la biologie ou des sciences médicales (Vendryes, Varela, Lorigny, Miermont, ...), ou de la philosophie (E. Morin). L'ensemble de ces réflexions aboutira concrètement, par exemple, à la modélisation et la simulation multi-agents en informatique (SMA), puis à l'architecture d'agents BDI (Belief-Desire-Intention) utilisé en stratégie militaire.

En Sciences de Gestion, le concept d'autonomie ne semble pas central : il n'apparaît guère ou que très rarement dans les listes des mots clés ou dans les encyclopédies classiques. Pourtant, la variation d'autonomie des individus au travail fait surgir les dépendances à autrui, dépendances qui peuvent prendre de multiples formes. Celles-ci ne sont-elles pas l'application des diverses stratégies des acteurs ? Les concepts d'autonomie et de dépendance et leur modélisation globale formelle sont en réalité très puissants pour expliquer l'existence et les formes des organisations, ainsi que, comme conséquence, et comme conséquence seulement, la formation des dépendances.

Il est vrai que l'autonomie demeure un concept flou, et donc *a priori* peu directement opérationnel dans les sciences de l'action. Notre objectif est de contribuer à la clarification de ce concept et d'étudier ses liaisons avec ceux de dépendance et de stratégie.

Nous proposons de déplacer le paradigme de l'autonomie de l'individu global, apanage des réflexions philosophiques comme nous l'avons vu plus haut, aux actes envisagés vis-à-vis d'un objectif : ce n'est pas l'individu qui est autonome, mais ce sont ses actes concrets. Dans la plupart des situations sociales, une variation du volume d'autonomie induit des réactions positives et négatives d'autrui, réactions que l'individu est contraint de prendre en compte : il est dépendant de ces réactions probables. Ici surgit le concept de stratégie(s). S'il n'y a pas de réactions, par inexistence d'autrui ou par neutralité, il n'y a donc pas de dépendance, et apparaît alors la notion de liberté. Liberté et stratégie s'opposent.

L'acte est donc la cellule de base à étudier : quelles sont les conditions d'exécution à un instant *t* ? Deux préalables apparaissent fondamentalement : l'acceptation par l'individu (ou groupe homogène), et son pouvoir de réalisation. La première est liée à son système culturel, l'autre à la capacité d'utilisation de moyens matériels à sa disposition en cet instant.

La théorie « Autonomie/Dépendance/Stratégie » (ADS) modélise l'autonomie, puis la dépendance, et en tire des règles de stratégies (coopération, alliance, évitement, ...), que nous appliquerons aux relations soignés – soignants. Les fondements ont été présentés à CALASS 2008.

L'étape suivante fut d'analyser les confrontations des niveaux d'autonomie entre deux groupes humains (la dépendance), par exemple entre un soigné et un soignant, sachant que dans cet exemple, la mission fondamentale du soin est autant que possible de faire varier l'autonomie du patient par une dépendance momentanée aux soignants (CALASS 2009).

Puis nous avons étudié la dialectique entre le système de valeurs et le système de moyens (CALASS 2010): quels sont les impacts d'une modification du système des moyens (pouvoirs) sur celui des valeurs, et réciproquement ?

Nous avons ensuite approfondi l'analyse des systèmes culturels (CALASS 2011, 2012). Cela nous a conduits à distinguer radicalement le concept de valeur culturelle de celui de jugement, généralement confondus dans la littérature et dans les définitions encyclopédiques.

Puis nous avons montré des développements et les applications de la théorie A/D/S selon trois directions (CALASS 2014) :

1- le statut de la « connaissance » au sein de cette théorie : la connaissance apparaît comme « l'arc électromagnétique » entre les deux systèmes, support de la dialectique étudiée plus haut.

2-l'étude de situations extrêmes : nous avons montré quelles sont les conditions pour qu'un processus suicidaire apparaisse, et quelles seraient les stratégies à mener pour rompre ce processus.

3-Enfin, vis à vis d'un(e) projet /objectif / mission / politique, nous avons démontré quel est le spectre des comportements possibles, et ce selon quelles probabilités.

Lors de CALASS 2015, nous avons exposé de nouvelles applications : l'évolution des comportements des soignants selon l'environnement (est-ce le système de valeurs qui s'est transformé, ou les degrés d'importance de ces valeurs, ou bien les jugements sur les actes de soins à effectuer ?) ; l'effet de la modification de l'organisation et celui des rendements ; l'impact des niveaux de dépendance des patients sur les relations soignés-soignants.

Pour CALASS 2016, nous proposons de présenter des résultats de nouvelles recherches liées à la théorie ADS : elles concernent la clarification et la mesure des charges mentales et des ressentis de la période de travail des agents dans les unités de soins hospitaliers. Nous démontrerons que les premières sont les conséquences des systèmes culturels des soignants, et que les seconds émanent des jugements sur les actes de soins à effectuer. Nous avons déjà remarqué statistiquement que les ressentis suivaient des lois strictes, qu'ils étaient fonction de la variation des charges de travail directs (et non pas du volume de travail), et que les passages d'un ressenti « normal » à un ressenti « lourd » ou « léger » étaient brutaux (mais pourquoi ?). C'est aussi ce que nous montrerons théoriquement et pratiquement.

El síndrome de Burnout y el conflicto trabajo-familia en profesionales de la salud mental en Bogotá - Colombia.
Bernardo Castiblanco Torres, Loryny Coronel e Karen Carvajal, Facultad de Psicología Fundación Universitaria San Martín, Bogotá, Colombia. bcastiblanco@gmail.com

A través de esta investigación se pretendió explorar el efecto que tiene el Burnout en un grupo de los trabajadores de la salud mental en un Hospital de Primer nivel de atención de la ciudad de Bogotá sobre la relación trabajo – familia (conflicto trabajo – familia). Se presume que las condiciones laborales, no solo las actividades propias de los psicólogos tienen un efecto particular sobre la presencia del síndrome así como sobre las relaciones con sus familiares. A partir de la aplicación de la escala MBI (Maslach Burnout Inventory) y la realización de entrevistas semiestructuradas a 9 funcionarios se pretendió indagar sobre las percepciones de los trabajadores de la salud mental acerca de los efectos del Burnout sobre el conflicto trabajo – familia.

CONTEXTO: El Hospital Pablo VI Bosa ESE, hospital público de primer nivel de atención ubicado en una zona vulnerable de la ciudad de Bogotá - Colombia el cual realiza acciones de atención primaria en salud y salud Pública que son universales y gratuitas. Dentro de sus intervenciones cuenta con una línea en salud mental que realiza abordajes a las familias en sus hogares para la atención de múltiples problemáticas de índole social e individual. Los trabajadores de la salud se encuentran en su mayoría contratados por prestación de servicios.

OBJETIVO GENERAL: Analizar las percepciones de los efectos del Burnout sobre el conflicto trabajo - familia, en un grupo trabajadores del área de la salud mental de un hospital público de la ciudad de Bogotá

TEORÍA: Tres conceptos orientan esta investigación, el Síndrome de Burnout, El Rol o Papel del trabajador de la salud mental en el contexto de los hospitales públicos y el Conflicto familia trabajo que se describen a continuación:

Síndrome de Burnout: es definido como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas (Maslach & Jackson 1981, citado por Juárez, Idrovo, Camacho & Placencia, 2014).

Rol: conjunto de patrones de comportamiento esperados y atribuidos a alguien, que ocupa una posición determinada en una unidad social (Linton, 1945; Yinder, 1965; Aritzeta & Ayestaran, 2003, citados por, Ros, 2006). En el contexto de la Salud Pública de Bogotá, los trabajadores de la salud se encuentran vinculados laboralmente a través de contratos por honorarios en el marco de la flexibilización laboral frente al cual no se garantizan sus derechos como trabajadores formales.

Conflicto trabajo-familia: es una clase especial de conflicto en el cual las presiones ejercidas sobre cada uno de dichos roles son incompatibles. Así, la participación en uno de esos roles hace más difícil la participación en el otro (Otálora, 2007).

MÉTODO:

Enfoque: cualitativo

Diseño: narrativo de tópicos

Población: Psicólogos funcionarios del área de salud mental del Hospital Pablo VI Bosa.

MATERIAL UTILIZADO: Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Entrevista semi- estructurada

RESULTADOS: Se realizó una selección de los participantes de acuerdo a los resultados del MBI identificando los casos en donde se presentaran puntajes mas altos para Burnout en 42 psicólogos del área de salud mental del

Hospital. A partir de la aplicación se seleccionaron a 9 participantes con quienes se realizó una entrevista semiestructurada que tuvo como ejes de indagación el Síndrome de Burnout, el Rol del profesional y el Conflicto familia trabajo.

Se identificaron como categorías emergentes a las condiciones laborales, el limite familia – trabajo, el contrato laboral y la actuación comportamental que sirvieron como base para evidenciar que existe una relación entre el conflicto trabajo – familia y el síndrome de Burnout, visto desde la influencia de la alta carga laboral, la demanda de tiempo que esta exige y como influye en el distanciamiento en el compartir diario con la familia. Los trabajadores de la salud mental del hospital pablo VI de Bosa, manifiestan gran agotamiento laboral y demanda de tiempo extra en las labores que allí se realizan, además desde el punto de vista de las condiciones laborales, la falta de insumos, los desplazamientos, la falta de tiempo y la exposición a factores ambientales interfieren en su salud tanto física como mental. Dentro de los problemas de salud manifiestan padecer algunos malestares como, dolor de cabeza, problemas intestinales, problemas de espalda.

DISCUSIÓN: Según Fidalgo (2006) el trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud debido a las condiciones de trabajo a la que está expuesto el profesional. En general, los participantes a lo largo de las entrevistas manifestaron que debido a las condiciones laborales (tipo de contratación), las metas y horarios excesivos de trabajo, han manifestado problemas intestinales, dolores de cabeza, insomnio, entre otros. A nivel social manifiestan que debido a los horarios de trabajo, no les queda tiempo para compartir con su familia y mucho menos con los amigos porque muchas veces no alcanzan a terminar el trabajo y deben llevarlo para sus casas, también reportan que su mismo trabajo se ve afectado. De la misma manera manifiestan que se mantienen bajo estas condiciones porque en el mercado laboral no encuentran un escenario de mayor remuneración que este.

TEMAS A DISCUTIR: flexibilización laboral del trabajador de la salud - Burnout – Conflicto Trabajo – Familia.

Prevalência e fatores associados à síndrome de Burnout nos profissionais da saúde da atenção primária de Juiz de Fora.

Amanda de Souza Lima, Beatriz Francisco Farah e Maria Teresa Bustamante Teixeira, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. bcastiblancot@gmail.com

Este estudo visou identificar a prevalência da Síndrome de Burnout(SB) nos profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde(APS) de Juiz de Fora e os fatores associados.O mundo do trabalho vem sofrendo diversas mudanças e transformações decorrentes do capitalismo e da modernização, que têm gerado alterações nas condições e nas relações de trabalho, exigindo do trabalhador flexibilidade. O trabalhador, diante disto, necessita adaptar-se às exigências, às novas tecnologias e aos novos valores difundidos. A incapacidade de adaptação às mudanças pode gerar estresse ocupacional, repercutindo no desgaste físico, mental e emocional e acarretando em males à saúde do trabalhador. O estresse é uma resposta do indivíduo a fatores estressores, esta resposta pode ser prejudicial (*distress*) ou benéfica (*eustress*), o que depende de como o mesmo enxerga a situação estressora. A SB é um tipo específico de estresse ocupacional no qual o trabalhador expõe-se cronicamente a estressores laborais, e é incapaz de se adaptar e a lidar com tais estressores. O desequilíbrio entre demandas e recursos e entre expectativas e realidades podem produzir *burnout*. A SB caracteriza-se pelas dimensões exaustão emocional (EE) definida por fadiga, despersonalização (DE) evidenciada pelo distanciamento do profissional nas relações interpessoais e baixa realização profissional (RP) em que o profissional se autoavalia negativamente. A síndrome provoca diversos males à saúde mental, física e emocional do trabalhador. Nota-se que os profissionais de saúde são mais propensos à SB por lidarem diretamente com pessoas, sofrimento e morte. A APS é o nível assistencial mais próximo da comunidade, onde os profissionais são expostos a lidarem com as realidades e dificuldades dos usuários e seus familiares. Além disto, estes profissionais sofrem pressões por produtividade num cenário carente de recursos humanos, materiais e físicos, em contextos de práticas curativistas que divergem dos ideais da APS. Entretanto, nota-se a escassez de estudos sobre SB na APS. Métodos: estudo transversal com uma amostra de 153 profissionais de saúde da APS. A variável dependente SB foi medida pelo questionário MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Resultados: observou-se uma predominância do sexo feminino no estudo, possivelmente pela composição, em grande parte, de profissionais de enfermagem, categoria profissional historicamente feminina, tida em sua essência o cuidado. A prevalência da SB foi de 0,7% segundo critérios de Maslach e Jackson e de 51% conforme Grunfeld et al. Seguindo os critérios de Grunfeld et al. a equipe de enfermagem apresentou maior prevalência da SB (56,6%) em relação as demais categorias profissionais, possivelmente por assumirem posições

de lideranças, pela falta de autonomia, pela sobrecarga laboral e indefinição de papéis. As variáveis auto-avaliação do estado de saúde ruim ($p < 0,001$) e insatisfação laboral ($p < 0,001$) associaram-se à SB. A satisfação laboral pode proteger o profissional, pois sentir-se valorizado e reconhecido motiva o trabalhador, podendo ajudá-lo no confronto aos estressores. Conclusão: notou-se uma população vulnerável à SB, que necessita de atenção por parte dos gestores de saúde. O trabalho na APS revela-se complexo, sendo relevante atentar para a saúde destes profissionais visando resguardar seu bem estar e a produção do cuidado à sociedade, já que estes profissionais são responsáveis pelo desenvolvimento de um cuidado integral, em que a APS é a coordenadora da rede pública assistencial brasileira. Conclui-se que é necessária a realização de novos estudos, capazes de investigar as relações existentes entre possíveis fatores que podem causar *burnout*.

Tema: Políticas Públicas de Saúde no mundo globalizado

Sessão organizada: **Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Universidade Tiradentes/SE, Brasil**

Políticas Públicas de Saúde para a População Quilombola no Brasil: uma revisão sistemática.

Taciana Silveira Passos, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Simone Alves Garcez Guedes, Natália Cristine de Souza Simões e Pedro Emanuel Ramos Lima, Universidade Tiradentes, Brasil. taciana.silveira@acad.unit.br

Introdução: Políticas públicas têm sido propostas no país com o intuito de articular ações em diversos setores visando a redução da vulnerabilidade social em comunidades remanescentes de quilombos. Apesar de estarem entre as populações vulneráveis do Brasil e de terem sofrido historicamente inequidades étnicas e sociais, os quilombolas têm sido negligenciados nas políticas públicas de saúde. O acesso à saúde dessa população ocorre de maneira precária.

Objetivo: Realizar revisão sistemática da literatura para verificar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde para a população quilombola no Brasil, no período de 2005 a 2015.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados: SCIELO, PUBMED e LILACS utilizando palavras-chave combinadas. Foram aceitos artigos em inglês, português e espanhol, no período de 2005 a 2015. Para proferir uma melhor análise e discussão, os conteúdos extraídos dos estudos foram subdivididos em categorias temáticas, empregando o operador booleano *and* na associação entre os seguintes descritores: “quilombolas”, “Políticas Públicas de Saúde”, “comunidade vulnerável” e “Grupos Populacionais Específicos”. Utilizados os termos da pesquisa acima descritos e a partir dos resultados, filtrados por idioma e período de tempo foram escolhidos os artigos pelos títulos e resumos. Excluindo-se as publicações duplas ou cujo título e resumo não correspondiam ao objetivo da revisão sistemática.

Resultados: Obteve-se um total de 222 artigos, sendo selecionados 21 trabalhos que preencheram os critérios de inclusão e os objetivos da revisão. Os resultados demonstram uma persistência quanto as vulnerabilidades relacionadas às questões de saúde, bem como para a dificuldade de promoção dos processos inclusivos das políticas públicas de saúde para essas comunidades. Dentre os programas públicos que favorecem a saúde, aqueles citados nos artigos foram: o Programa Nacional de Alimentação Escolar, o Programa de Aquisição de Alimentos, o Programa Bolsa Família, Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, o Programa Brasil Quilombola, a política de Atenção Primária à Saúde, O Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde, Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Discussão: Alguns artigos concordam que a promoção da saúde nas comunidades quilombolas é dificultada pela ausência ou insuficiência dos serviços públicos de tratamento da água e esgoto, condições de saneamento, condições de habitação dos domicílios inadequadas quando se fala em higiene e qualidade de vida. O direito a saúde é garantido pela Constituição Federal e o princípio da equidade é um dos princípios do SUS, estes deveriam assegurar a comunidade quilombola uma política pública eficaz, mas de acordo com os dados coletados, não tem sido suficiente. As comunidades estudadas nos trabalhos, em sua maioria, caracterizam-se pelo forte vínculo com

o meio ambiente. Outra característica importante dessas comunidades é a ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, seus habitantes sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de ajuda. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra consolida planos e ações voltados para a atenção à saúde da população negra. No entanto é perceptível que essa população ainda persiste sob um quadro de desigualdades ao longo da história.

Conclusão: É necessário a construção e aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde que sejam capazes de melhorar as condições gerais de vida dessa população. Pesquisas em populações vulneráveis como os quilombolas são escassas e podem ampliar os conhecimentos existentes sobre os determinantes da doença, no sentido de direcionar e contribuir para a implementação de políticas públicas de prevenção e controle, consoante com o plano de ações para enfrentamento das doenças e promoção da saúde.

Políticas públicas e fatores de risco possivelmente associados à experimentação de substâncias psicoativas por adolescentes escolares da Grande Aracaju/SE.

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Maria Eliane de Andrade, Aliane Caroline Santos Silva, Tatiane dos Santos Leite e Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior, Universidade Tiradentes, Brasil.
criscunhaoliva@yahoo.com.br; Eduardoabril1965@gmail.com

O consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares tornou-se um problema atual de saúde pública. Entre os possíveis fatores associados ao consumo destas por adolescentes estão fatores socioculturais, econômicos, psicológicos e ambientais. A Política Nacional sobre drogas afirma que a prevenção ao uso de substâncias psicoativas deve ser norteadas pela “filosofia da Responsabilidade Compartilhada”, objetivando favorecer melhor qualidade de vida e a promoção da saúde para população. Objetiva-se com este estudo identificar fatores de risco possivelmente associados à experimentação de substâncias psicoativas pelos adolescentes nas escolas públicas estaduais na Grande Aracaju. Trata-se de um estudo descritivo seccional com abordagem analítica quantitativa realizado no período de março a setembro de 2015. Para definir o quantitativo da amostra de escolas e alunos por instituição de ensino foi utilizada a fórmula de Barbetta. Para coleta de dados foram utilizados questionários elaborados pela Organização Mundial da Saúde. Participaram do estudo 1009 escolares do ensino fundamental (8º e 9º ano) e médio (1ª a 3ª série) em 20 escolas públicas estaduais na Grande Aracaju, tendo como municípios selecionados Aracaju, São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro. A idade dos estudantes (≥ 15 anos) atua como significativo fator de risco para o uso de álcool ($p=0,000$ e $OR=2,34$) e cigarro ($p=0,02$ e $OR=1,78$), mas como fator de proteção para uso de inalantes ($p=0,03$ e $OR=0,58$) e remédios para emagrecer ($p=0,006$ e $OR=0,44$). A prática religiosa apresentou associação significativa com a experimentação do álcool ($p=0,01$), atuando como fator de proteção ($OR=1,78$). Conclui-se que os estudantes de escolas públicas estaduais na Grande Aracaju experimentaram substâncias psicoativas lícitas e ilícitas com predominância do álcool que esteve associado à ausência ou prática esporádica de atividade religiosa. Recomenda-se que possa ser considerado o resultado deste estudo para que haja delineamento de políticas públicas e programas intersetoriais de saúde e educação que contemplem os adolescentes de escolas públicas no tocante a promoção de saúde e prevenção ao uso de drogas na Grande Aracaju em Sergipe, como servir de exemplo para outros lugares com contexto semelhante no Brasil e no mundo.

Análise da Política de saúde do trabalhador através da perspectiva de notificação de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

Giselle Santana Dosea, Cristiane da Costa Cunha Oliveira e Sônia Oliveira Lima, Universidade Tiradentes, Brasil.
gisselledosea@hotmail.com

O objetivo desta pesquisa foi analisar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, numa perspectiva da notificação dos casos de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) pelo Ministério da Saúde, através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), no estado de Sergipe, no ano de 2013. As políticas públicas voltadas ao trabalhador no Brasil, iniciaram-se a partir da década de 40, com a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a partir da qual, direitos como jornada máxima semanal de trabalho, salário mínimo, e férias remuneradas, foram garantidos. No entanto, somente após a criação do Sistema único de saúde (1990), e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2002), o profissional passou a ter garantias de saúde reais, através de ações que visam promoção, prevenção, proteção, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde do trabalhador urbano e rural.

Os portadores de DORT estão incluídos nesta política, pois em 2005, a doença foi classificada como de notificação compulsória. No entanto, apesar da notável relevância no ramo da saúde do trabalho, a atenção à saúde ao portador de DORT encontra como uma das principais barreiras, a subnotificação.

Este é um estudo epidemiológico de corte transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta pelos prontuários de todos os trabalhadores portadores de DORT, referenciados nos CEREST's do Estado de Sergipe. Foram incluídos na pesquisa, prontuários de sujeitos comprovadamente portadores de DORT, e excluídos os prontuários preenchidos de maneira incompleta ou incorreta. O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, através da Plataforma Brasil, ao qual este projeto foi submetido, tendo sido aprovado com o parecer nº 392.883

A coleta de dados foi realizada nos próprios CEREST's, a partir dos prontuários dos pacientes, que contêm as Fichas de Investigação de Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho. Foram encontradas 56 fichas, distribuídas da seguinte maneira: 51 na regional Aracaju, 4 em Canindé do São Francisco, e 1 em Lagarto.

Em 2013, a Previdência Social registrou 103.852 casos de doenças do trabalho relacionadas à distúrbios do aparelho osteomuscular no Brasil, sendo 519 no estado de Sergipe. A comparação desses dados com os encontrados empiricamente nesta pesquisa (56 notificações), denota uma diferença de 463 registros somente no estado de Sergipe. O número baixo de notificações registrados no Ministério da Saúde, via CEREST, sinaliza que ocorreu, neste ano, o que é considerado como subnotificação de casos. Segundo Karino, Martins e Bobroff (2011), a responsabilidade do Estado sobre a saúde do trabalhador é historicamente, fragmentada. Isto ocorre, pois há muitos órgãos, como o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, que possuem diversas atribuições, mas que muitas vezes não se interligam de maneira eficiente. Isso faz com que o resultado final seja deficiente para o trabalhador, pois dificulta possíveis avanços na área. Teixeira (2012), cita como exemplo dos esforços estanques de cada ministério, as informações sobre o Fator Acidentário de Prevenção (FAP) e sobre o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), que são dados da Previdência Social, e deveriam ser compartilhados com o SUS.

Santos e Lacaz (2012) ressaltam que torna-se essencial a atuação mais direta da Atenção Básica, pois o crescimento do trabalho informal, faz com que os trabalhadores não tenham vínculos formais com o sistema da Previdência Social, ou do Ministério do Trabalho, devendo portanto, ser assimilados pela rede assistencial da Atenção Básica. Outra evidência que também configura a subnotificação, é aquela que ocorre a partir das próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois em muitos casos, a subjetividade dos sintomas dos DORT, oculta a relação entre o trabalho e a saúde, o que é ainda agravado pela burocracia e pela falta de registro médico, pois muitos profissionais consideram a ficha de notificação "extensa, demorada e complicada". Ressalta-se ainda que, muitos trabalhadores regidos pela CLT, possuem como benefícios das empresas, plano de saúde privado, o que obviamente não favorece o encaminhamento destes indivíduos aos serviços públicos de saúde.

A política de Saúde do Trabalhador no Brasil jamais terá seus objetivos alcançados sem um planejamento estratégico e sem a interligação dos dados dos diversos sistemas do governo federal, para que assim haja a produção de indicadores confiáveis, que demonstrem a realidade da situação de saúde do trabalhador no brasileiro.

Condições de vida de uma comunidade quilombola no nordeste brasileiro.

Andréia Poschi Barbosa Torales, Marлизete Maldonado Vargas², Cristiane Costa da Cunha Oliveira³, Oscar Donovan Casas Patiño⁴, 1,2,3Universidade Tiradentes, Centro Universitario Amecameca-Universidad Autónoma del Estado de México, México⁴, Cuerpo Académico: Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva^{1,3,4}, Brasil. andreiaposchi@msn.com

Em Sergipe, existem 30 comunidades quilombolas certificadas desde 2004, pela Fundação Palmares (Brasil, 2014). A existência de comunidades quilombolas abrange todo território nacional e os descendentes de escravos sobrevivem em enclaves comunitários e muitos tiram seu sustento da pesca, do cultivo da terra, outros pela dificuldade da posse de terra, trabalham em empresas aos arredores do quilombo (Torales, 2013, Anjos, Cipriano, 2007; Diegues, 2000). A comunidade Patioba-Japarutuba, em Sergipe, no nordeste brasileiro, encontra-se reconhecida e certificada, fruto de um movimento de resistência, porém ainda não obteve seu título definitivo de posse da terra. Neste contexto o objetivo deste trabalho é descrever as condições de vida em uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro. Foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa. A comunidade é composta por 163 famílias, sendo 143 cadastradas como quilombolas. A amostra final totalizou 101 sujeitos participantes. A análise dos dados quantitativos foi descritiva enquanto que para os dados qualitativos foi realizada análise de conteúdo. Para atender aos preceitos éticos, no ato da entrevista, os sujeitos assinaram o

“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Tiradentes/UNIT, protocolo nº. 030511. Observou-se uma maior participação das mulheres como sujeitos da pesquisa, provavelmente devido ao fato dos homens serem os mantenedores financeiros da família e estarem ausentes desenvolvendo atividades laborais (Torales, 2013). Alguns autores destacaram as desigualdades e assimetrias de gênero nas formas de organização de vida familiar, em relação à distribuição das tarefas domésticas, ao envolvimento e responsabilidades com os cuidados com os membros da família. Essa assimetria se revela particularmente forte no conflito vivido pelas mulheres entre vida familiar e trabalho pago, sobretudo em se tratando de mulheres com cônjuge e filhos (Bruschini, 1990; Jelin, 1995; Duran, 2000; Sorj, 2004). Verificou-se em relação à atividade de trabalho dos sujeitos entrevistados que as mulheres quilombolas desta comunidade exercem suas atividades no lar e que apenas uma pequena parcela exerce suas atividades profissionais (Torales, 2013). De acordo com Melo e Castilho (2009), as condições de vida de mulheres e homens são resultado de construções sociais que têm como alicerce o trabalho e se manifestam através da divisão social do trabalho entre os sexos. Esta divisão estabelece que os homens exerçam suas atividades no mercado de trabalho capitalista e as mulheres dividem seu tempo muitas vezes entre a produção de mercadorias fora de casa e a realização das tarefas domésticas relativas aos cuidados da família. As condições de moradia de algumas famílias da comunidade Patioba são de mais de uma família residindo na mesma casa. Esta situação pode favorecer os conflitos familiares, a baixa autoestima e uma pior qualidade de vida, com isso, aumentando a desigualdade social. Em relação à renda familiar, percebe-se que é reduzida, sendo este um fator importante para que os indivíduos vivam de forma justa e equilibrada. Os jovens ou chefes de família do sexo masculino migram para outras localidades em busca de oportunidades de estudo, trabalho, renda, ou seja, em busca de qualidade de vida, porém, deixando de conviver com a cultura local (Torales, 2013). A migração para centros urbanos também foi vista em outras comunidades quilombolas do nordeste, corroborando um estudo em Caiana dos Crioulos na Paraíba, onde por não haver terra para todos, muitos homens jovens migraram em busca de alternativas econômicas para a sobrevivência e a melhoria nas condições de vida (Silva, 2007). Os sujeitos participantes da pesquisa relataram sua insatisfação quanto à falta de oportunidade de trabalho, cansaço por uma vida de luta, insônia pelos mais variados motivos, desde doença a preocupações financeiras, dificuldades de locomoção por problemas relacionados à saúde. O trabalho por meio da agricultura familiar foi quase que extinto, em decorrência das áreas territoriais pertencerem a fazendeiros, dificuldade do plantio em virtude das mudanças abruptas no ambiente (períodos de cheia e vazante). O transporte é inexistente, tendo que se deslocarem até a BR – 101 para pegar uma condução ou pegarem carona no ônibus escolar. O povoado é desprovido de praças, parques, lanchonetes, rede de internet, entre outros atrativos. Esta comunidade ainda assim mantém sua cultura através de atividades de trabalho, dança quilombola, comidas típicas e religião (Torales, 2013). Schmitt, Turatti e Carvalho (2002) ressaltaram que seria a partir de condições historicamente desfavoráveis no tocantes às relações de poder que as comunidades quilombolas teriam lutado pelo direito de serem agentes de sua própria história, sendo que passariam a valorizar positivamente sua cultura como resistência e adequação às pressões sofridas, e que seriam neste contexto social construídas a relação com a terra, que teria um significado de resistência cultural. Por fim, esta comunidade quilombola necessita além do reconhecimento e certificação que seja efetuada a titularidade da terra. O processo de resistência enfrentado por esta comunidade parece demonstrar um passo importante no exercício de cidadania.

Anjos R. S. A.; Cipriano, A. As comunidades no território nacional. In: Anjos, R. S. A.; Cipriano, A. (org.). Quilombolas: tradições e cultura da resistência. São Paulo: Aori Comunicação, 2007. pp. 176-206.

Brasil Programa Brasil Quilombola. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, Ministério da Saúde. 2005.

Tema: Perfil, práticas e trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Sessão organizada: Isabela Cardoso Matos Pinto, Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Bahia, Brasil. isabelacmp@gmail.com

O início da década de 1990, no Brasil, é marcado pelo surgimento das bases do que viria a se constituir numa política de saúde de abrangência nacional. Trata-se da implantação dos Programas de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) que passou, a partir de 1997, a ser denominado de Estratégia Saúde da Família. Ao longo desses 25 anos de constituição e implementação do Sistema Único de Saúde, e num contexto de luta pela consolidação desses programas, enquanto política pública prioritária para a reorganização da atenção primária no país, fez-se necessário aprofundar o conhecimento sobre os atores/sujeitos, sua trajetória, formação, buscando investigar como estão distribuídos no contexto regional e nacional, como se inserem nas equipes de saúde no âmbito da atenção básica, quais tem sido as suas práticas e contribuições para o modelo de Atenção Primária em Saúde (APS), implementado no Brasil. Assim, foi realizado um estudo transversal de âmbito nacional cuja unidade de análise principal foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O principal objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil, as práticas e os aspectos relativos à gestão do trabalho dos ACS no Brasil. Como objetivos específicos, a pesquisa propôs-se a caracterizar o perfil socioeconômico, político, demográfico e de saúde dos ACS no país; discutir os mecanismos de contratação e de remuneração, as condições de trabalho e a política de valorização do trabalhador; caracterizar os processos de formação (educação permanente e continuada) após inserção do ACS nas equipes de saúde da APS e analisar as práticas sanitárias e gerenciais desenvolvidas pelos ACS. De modo que algumas dimensões foram contempladas no estudo, o que gerou alguns trabalhos que além de apresentar o perfil socioeconômico, político e demográfico do ACS, discutem questões relativas à gestão do trabalho (política de valorização ao trabalhador, condições de trabalho e processos de formação); processo de trabalho (práticas sanitárias e práticas gerenciais dos ACS) e as condições de saúde. Certamente as análises produzidas contribuirão nas discussões sobre condições e relações de trabalho, flexibilização e precarização, além de um olhar para os aspectos relacionados à saúde desses trabalhadores, considerando a vinculação destes aspectos com a qualidade dos serviços prestados à população e, portanto, com as suas práticas sanitárias e gerenciais.

O presente trabalho compõe parte dos produtos da pesquisa intitulada *“Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil”*

Tratou-se de um inquérito de abrangência nacional, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por meio de cooperação técnica entre a instituição e financiamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação (SGETS) do Ministério da Saúde do Brasil.

A amostra final foi composta por **1526 ACS, 1814 usuários, 1096 profissionais das equipes e 100 gestores**. Em cada Unidade Básica de Saúde foram realizadas entrevistas com os ACS, Supervisor, outros profissionais que faziam parte da equipe e os usuários da área adscrita

As variáveis do estudo referiram-se às seguintes dimensões: perfil socioeconômico, político e demográfico do ACS; gestão do trabalho (política de valorização ao trabalhador, condições de trabalho e processos de formação); condições de saúde; processo de trabalho (práticas sanitárias e práticas gerenciais dos ACS); percepções dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre o trabalho do ACS

Os dados foram agrupados em dois eixos e realizaram-se análises descritivas e bivariadas utilizando o Programa STATA versão 12. No eixo **Formação e Gestão do trabalho** analisaram-se as variáveis referentes ao perfil, formação, condições de saúde e gestão do trabalho dos ACS. As variáveis foram dispostas nas tabelas com suas respectivas categorias, conforme apresentadas no instrumento, salvo em situações em que devido à baixa frequência e para facilitar o processo de análise foi necessária a recategorização ou agregação.

No eixo **Práticas sanitárias e gerenciais** foram analisadas as variáveis sobre cadastramento de famílias/pessoas, visita domiciliar, ações de promoção e prevenção de riscos e agravos, ações de vigilância à saúde, participação comunitária, planejamento das ações e saúde, autopercepção do ACS sobre o seu desempenho.

Os dados foram analisados de acordo com as variáveis: Região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul), tipo de Município (Capital e Demais Municípios), localização da Unidade de Saúde (Rural e Urbana).

Gestão do trabalho, processo de trabalho e condições de saúde dos ACSs .

Iracema Viterbo Silva, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil

Sessão organizada: Clarice Alegre Petramale, Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasil

Desafios do sistema de saúde brasileiro na judicialização da saúde.

Sara Nascimento Silva, Eliete Maia Gonçalves Simabuku, Izamara Damasceno Catanheide e Camila Francisca Tavares Chacarolli, Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasil.
sarahnsilva@gmail.com

Objetivos da investigação: Descrever ações realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde para divulgar informações técnicas ao poder judiciário acerca da disponibilização de tecnologias em saúde pelo SUS. Contexto e a descrição do problema: A judicialização é um fenômeno motivado pelo acesso à saúde. Seu crescimento nos últimos anos promove o comprometimento de grande parte dos recursos destinados ao financiamento da saúde e execução de políticas públicas, sofre influência de partes interessadas que distorcem muitas vezes o interesse e conceitos sobre o direito à saúde, tornando a judicialização um desafio cada vez maior e capaz de intervir na sustentabilidade dos sistemas de saúde. O resultado deste processo promove a presença cada vez mais constante do Poder Judiciário no cotidiano da gestão em saúde, o qual necessita de suporte e embasamento técnico para compreender e julgar as demandas a fim de proporcionar a tomada de decisão em saúde de forma racional. Teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: Estudo descritivo sobre as informações encaminhadas aos operadores de direito pelo Departamento no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015, identificando os órgãos solicitantes e principais informações e temas mais frequentes. Resultados e discussão: Foram respondidas

1.248 solicitações de informações protocoladas no Ministério da Saúde e 605 demandas por e-mails. As solicitações são de origem dos Poderes Judiciário e Legislativo, outros órgãos do Governo Federal e dos Governos Estaduais, dos Ministérios Públicos Federal e Estaduais, AGU, cidadãos e organizações de pacientes e tratam de temas já judicializados, pedidos de informações visando a instrução de processos conduzidos por esses órgãos, ou de subsídios para o posicionamento do Ministério da Saúde em face de Projetos de Lei propostos pelo Legislativo, referentes à incorporação de tecnologias. Em relação às situações clínicas a que se referem as demandas encaminhadas por endereço eletrônico, observou-se que 15 delas são recorrentes e representam 54% (n=330) das solicitações. Dentre os medicamentos mais citados destacam-se: metilfenidato, rivaroxabana (n=23), ranibizumabe (n=22), pregabalina (n=21), duloxetine (n=18), quetiapina (n=18) e análogos de insulina (n=15). O número de solicitações por informações cresceu ao longo dos anos observados, destacando o aumento não só do número de solicitações mas também de demandantes. Contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: A divulgação de informações embasadas em evidências contribui para a assertividade dos operadores de direito. O interesse de diferentes instituições aliado a disponibilização de informações técnicas a cerca da disponibilização de tecnologias em saúde pode evitar o ajuizamento de novas ações judiciais pelo Ministério Público, fornece subsídios técnicos para a defesa da União e informações aos Juízes para que possam tomar decisões com o maior conhecimento possível em pedidos de concessão de liminares em ações judiciais, mitigando assim o crescente fenômeno da “judicialização” no país, responsável grande impacto financeiro no orçamento da saúde.

Contextualização da base legal do processo de gestão e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e o papel do Departamento de gestão e incorporação de tecnologias em saúde.

Clarice Alegre Petramale, Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasil.
clarice.petramale@saude.gov.br

O desenvolvimento, a incorporação e a utilização de tecnologias nos sistemas de saúde, bem como a sua sustentabilidade, estão inseridos em contextos sociais e econômicos, que derivam da contínua produção e consumo de bens e produtos. Essa produção cada vez maior de novas tecnologias, o crescimento contínuo dos gastos em saúde, e as mudanças no perfil epidemiológico das populações ocorridas nas duas últimas décadas, tem gerado a necessidade de estruturação dos sistemas de saúde para atuar no contexto de forte pressão pela incorporação de novas tecnologias. A partir do início da década de 90, a Austrália e países da América do Norte e da Europa Ocidental passaram a considerar a produção e o uso de evidências científicas nas políticas de regulação e nos padrões de incorporação e de utilização de tecnologias. No Brasil, a institucionalização das ações de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início em 2000, a partir da criação do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, seguida pela criação da

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde em 2003. Nesse sentido, vêm se observando um esforço recente do governo brasileiro em construir uma base regulatória para o complexo processo de gestão e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Partindo dessa realidade, este estudo tem como objetivo resgatar o processo histórico da regulamentação da gestão e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS e contextualizar o papel do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/MS) neste cenário. Realizou-se, nessa perspectiva, um levantamento da base normativa, através dos principais documentos e textos legais, em que são estabelecidas as diretrizes e as principais definições norteadoras do processo de gestão e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, tendo como marco a criação da SCTIE em 2003. Foi construída uma linha do tempo, no período de 2003 a 2014, com os Ministros da Saúde e os Secretários da SCTIE, situando os principais marcos-legais e suas contribuições ao processo de institucionalização da gestão e incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Período: 2003-2005; Ministro da Saúde: Humberto Costa; Secretário da SCTIE: Carlos Augusto Gadelha; Marcos-legais: Criação da SCTIE (2003), na qual o Departamento de Ciência e Tecnologia (2000) foi integrado. Em 2004 foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde e aprovada no Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde que estipulou o campo da ATS como estratégia de aprimoramento da capacidade regulatória do Estado. Período: 2005- 2006; Ministro da Saúde: José Saraiva Felipe; Secretário da SCTIE: Carlos Augusto

Gadelha; Marcos-legais: Portaria nº. 152/2006 que institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do SUS e Portaria nº. 3323/2006 que regulamenta a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, responsável por gerenciar o processo de incorporação de tecnologias no âmbito do SUS. Período: 2007-2010; Ministro da Saúde: José Gomes Temporão; Secretário da SCTIE: Carlos Augusto Gadelha; Marcos-legais: Criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2008) e subordinação da CITEC à SCTIE por meio da Portaria nº 2.587/2008. No ano seguinte (2009) foi aprovada nas instâncias deliberativas do SUS e instituída pela Portaria nº 2.690/2009 a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, instrumento norteador para o processo de ATS no Brasil, em busca de maximizar benefícios em saúde a partir de um orçamento finito e limitado por fatores políticos e econômicos. Período: 2011-2014; Ministro da Saúde: Alexandre Padilha; Secretário da SCTIE: Carlos Augusto Gadelha; Marcos-legais: Lei nº 12.401/2011 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, criando a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC), nova denominação da CITEC e ampliando sua composição, passando a incluir tanto o Conselho Federal de Medicina como o Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 7.646/2011 que dispõe sobre a CONITEC e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS. O Decreto nº 8.065/2013, que revoga o Decreto nº 7.797/2012, cria o DGITS, Secretaria-Executiva da CONITEC, que tem como atribuições: acompanhar, subsidiar e dar suporte às atividades e demandas da CONITEC; e como objetivos: aprimorar o processo de ATS no Brasil; contribuir para a qualificação das decisões judiciais e para a redução da judicialização no SUS; ampliar e qualificar a participação social no processo de incorporação tecnológica; dar visibilidade ao processo de gestão e incorporação de tecnologias em saúde; e gerir o processo de elaboração e revisão de PCDTs. As bases legais de gestão e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS consolidam a ATS como política de Estado. A CONITEC e o DGITS representam marcos de transformação na institucionalização da incorporação de tecnologias no SUS, garantindo ao cidadão o direito às tecnologias benéficas à saúde, considerando as dimensões individuais e de organização eficiente do SUS.

Atuação do Departamento de de gestão e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no sistema único de saúde (CONITEC).

Fabiana Raynal Floriano, Carla de Agostino Biella; Clarice Alegre Petramale; Flávia Cristina Ribeiro Salomon; Vania Cristina Canuto Santos; Viviane Cássia Pereira. Instituição: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasil. fabianaraynal@hotmail.com

O desenvolvimento contínuo de novas tecnologias e sua incorporação nos sistemas de saúde constitui um dos principais determinantes do aumento do gasto em saúde no mundo todo. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080/90 tem por objetivo garantir a universalidade e a integralidade à saúde, possibilitando maior acesso da população às redes de atenção. No entanto, constata-se que os recursos existentes nem sempre são utilizados da forma mais efetiva e equitativa para que este objetivo seja atingido, sendo o SUS um grande incorporador de tecnologias. Para que processo de gestão e incorporação de tecnologias em saúde reflita o princípio da equidade e da garantia da integralidade, a incorporação de novas tecnologias deve

ser realizada no sentido de privilegiar a incorporação daquelas que forem eficazes e seguras, cujos danos ou riscos não superem os seus benefícios e que, beneficiando a todos os que delas necessitem, não causem prejuízo para o atendimento de outros segmentos da população. Para enfrentar esse desafio, a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) surge como um processo interdisciplinar sistemático contínuo de análise de políticas e evidências científicas, que estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento, difusão e uso da tecnologia em saúde. Tem como objetivo subsidiar as decisões políticas quanto ao impacto da tecnologia em saúde, considerando os aspectos de: eficácia, efetividade, segurança, riscos, custos, custo-efetividade, equidade, ética, implicações econômicas e ambientais das tecnologias. Este trabalho busca descrever o processo de incorporação de tecnologias em saúde no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), sob a perspectiva de atuação do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), destacando suas contribuições, limites e potencialidades. Baseou-se na análise Lei 12.401/2011 e no processo de trabalho realizado pelo DGITS e CONITEC no período de 2012 a 2015. Como resultado, observou-se que a adoção de um fluxo para incorporação de tecnologias no SUS teve início em 2006, com a criação da Comissão de Incorporação de Tecnologias (Citec) do Ministério da Saúde e que mudanças importantes foram introduzidas pela Lei 12.401 de 28 de abril de 2011, dentre as quais destacam-se: a nova denominação da Citec, que passa a ser chamada de Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), a nova composição do colegiado/plenário, a adoção de prazos para análise/recomendação e para oferta da tecnologia no SUS, a obrigatoriedade de submeter as propostas em análise à consulta pública e a possibilidade de indeferimento do pedido por insuficiência de documentos. A CONITEC tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, e na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). É composta por dois fóruns: o Plenário e a Secretaria-Executiva. O Plenário passou a contar com 13 representantes no seu colegiado, ampliando a participação da sociedade e do próprio Ministério da Saúde. É o fórum responsável pela emissão de recomendação sobre incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, sobre constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). No processo de recomendação das propostas, a comissão considera não apenas as evidências científicas, mas também as necessidades de saúde da população e aspectos relacionados à sustentabilidade do sistema. A Secretaria Executiva, representada pelo DGITS, é responsável pela gestão e coordenação das atividades da Conitec. O DGITS é composto por uma equipe multidisciplinar que acumula funções de apoio técnico-administrativo, dentre as quais destacam-se: receber e analisar a conformidade formal da documentação dos processos de solicitação de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias no SUS; avaliar criticamente as propostas de solicitação de incorporação tecnológica; elaborar relatórios técnicos para respaldar a decisão da Conitec; e submeter as matérias à consulta pública tornando o processo mais democrático e transparente para a sociedade. A emissão de relatórios técnicos sobre a tecnologia avaliada, leva em consideração as evidências científicas, a avaliação econômica e o impacto da incorporação da tecnologia no SUS. Tendo em vista maior agilidade, transparência e eficiência na análise dos processos de incorporação de tecnologias, a nova legislação fixa o prazo de 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias) para a tomada de decisão, bem como inclui a análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. Para a consulta pública, os formulários ficam disponibilizados no site da Conitec durante 20 dias; em casos de urgência, 10 dias. Será apresentada a avaliação quantitativa relacionada ao recebimento de demandas, no período de 2012 a 2015, descrevendo o total de demandas recebidas e caracterizando-as quanto a natureza do demandante, ao tipo de tecnologia demandada e à decisão final de incorporação.

O papel do Departamento de gestão e incorporação de tecnologias em saúde na coordenação do sistema de monitoramento do horizonte tecnológico no sistema único de saúde.

Andrea Brígida de Souza, Ávila Teixeira Vidal; Clarice Alegre Petramale, Pollyanna Teresa Cirilo Gomes e Vânia Cristina Canuto Santos, Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasil.
andrea.brigida@saude.gov.br

A crescente inovação tecnológica num cenário de recursos financeiros limitados exige um cuidado criterioso e responsável na alocação adequada dos recursos da saúde. O Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), do Ministério da Saúde (MS), assiste a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) na incorporação de medicamentos, equipamentos e procedimentos

eficazes, seguros e custo-efetivos no Sistema Único de Saúde (SUS). Para auxiliar neste processo, tendo em vista a necessidade de se gerar informação relevante sobre prospecção tecnológica, em tempo oportuno, para subsidiar um sistema proativo de incorporação tecnológica, uma das atribuições do DGITS é coordenar o sistema de Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT). Esta é uma das fases da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) que tem por objetivo identificar e monitorar as tecnologias novas e emergentes que despontam no horizonte tecnológico. No contexto do MS, o sistema de MHT tem o objetivo de se antecipar a possíveis demandas por incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde, bem como prever a obsolescência daquelas em uso. O sistema de MHT no SUS é caracterizado por ser reativo, ou seja, as tecnologias a serem estudadas partem de uma necessidade/demanda interna do Sistema de Saúde. Assim, há diferentes formatos de documentos elaborados pelo DGITS a fim de prover informações em MHT, sendo essencialmente de três tipos: (i) alertas, (ii) informes e (iii) notas técnicas. Os alertas são relatos curtos e objetivos que têm por objetivo sinalizar para uma determinada tecnologia nova e emergente, enquanto que os informes são relatos mais extensos e completos que têm o intuito de rastrear tecnologias novas e emergentes num tema de saúde específico (como uma doença, por exemplo). Esses materiais são publicados no sítio eletrônico da CONITEC, no espaço virtual chamado RADAR. As notas técnicas são elaboradas para atender às necessidades específicas de informações, e, normalmente, não são divulgadas ao público. Para realizar este trabalho o DGITS conta com uma equipe interna de servidores e com o apoio de instituições parceiras, como o Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia (COPPE/UFRJ), Instituto Nacional de Cardiologia (INC/RJ), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que contribuem na elaboração e revisão dos alertas e informes de MHT. Diante disso, reforça-se a importância de um sistema de MHT organizado, que possibilite a antecipação de demandas na agenda de incorporação de tecnologias no SUS. Neste sentido, o MHT pode impactar o cuidado em saúde, seja do ponto de vista econômico, da prática clínica, da organização dos serviços, bem como de questões sociais e éticas. Ressalta-se que os informes e alertas produzidos não são um guia de prática clínica e não representam um posicionamento favorável ou desfavorável do MS quanto à utilização da tecnologia, sendo elaborados com base nas melhores evidências científicas disponíveis na data de sua publicação. No entanto, à medida que essas informações são disponibilizadas aos diversos segmentos da sociedade, os leitores terão acesso a informações baseadas na melhor evidência científica disponível, permitindo a qualificação do conhecimento em saúde destes atores.

Precisamos falar sobre avaliação de desempenho de tecnologia incorporadas no SUS.

Viviane Pereira, Clarice Alegre Petramale e Vânia Cristina Canuto Santos, Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasil.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tema de permanente debate em suas variadas instâncias. A necessidade da busca constante pela garantia do acesso integral e universal à assistência e às tecnologias necessárias a seus usuários, trazem ao SUS, o árduo conflito entre a necessidade de ampliação do acesso e a sustentabilidade financeira do Sistema. O problema toma proporções maiores em países em desenvolvimento em que há diversas necessidades de saúde aguardando oportunidade de atendimento; e em países desenvolvidos em tempos de crise econômica, em que os recursos para a saúde são reduzidos drasticamente. Pode-se dizer que o Brasil se insere em ambos cenários: como um país em desenvolvimento, com uma população que envelhece rapidamente, ainda tem muitas demandas de saúde a serem implementadas e aperfeiçoadas; e como nação que enfrenta uma importante crise econômica e que sofrerá reduções significativas do orçamento da saúde. É preciso mais do que nunca, falar sobre avaliação de desempenho de tecnologias em saúde já incorporadas no sistema. É sabido que há um desnível considerável entre os benefícios esperados de uma nova tecnologia e os benefícios realmente auferidos pelos usuários quando essa tecnologia passa a ser utilizada na vida real, no dia a dia dos serviços de saúde em todas as regiões do país. E é esse o benefício que realmente importa para a saúde das pessoas. A avaliação contínua das tecnologias já incorporadas poderá ensinar

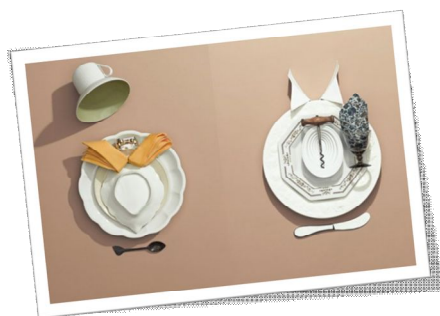
modificações na forma de utilização das mesmas, na inserção de condicionantes para que o seu uso seja racional e equitativo e mesmo em casos extremos, sua retirada das listas do SUS, quando houver risco elevado ou falta de efetividade clínica. Além dos benefícios óbvios desse monitoramento, a realocação de recursos ainda possibilitará a ampliação do acesso a novas tecnologias e programas de saúde, sem a necessidade de se dispor de recursos novos ora inexistentes. É certo que o SUS deve se ocupar da incorporação de novas tecnologias segundo modelo de avaliação transparente e baseado em evidências, como já vem sendo realizado pela CONITEC desde 2012, mas também há que se ocupar da gestão desses recursos tecnológicos segundo os mesmos critérios de excelência

que usa para avaliar sua incorporação. Estas são providências que visam aperfeiçoar e adequar um modelo sustentável de gestão das tecnologias incorporadas ao SUS que atenta ao desenvolvimento da inovação relevante em saúde sem descuidar do acesso equitativo da população a tratamentos eficazes seguros e bem estabelecidos. Nesse aspecto, iniciativas tem sido tomadas no intuito de promover o debate e a efetiva adoção de estratégias de avaliação de desempenho de tecnologias incorporadas no SUS. Notoriamente, cita-se Diretriz específica para essa finalidade, recentemente elaborada pelo Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (DGITS/SCTIE/MS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), e disponibilizada em Consulta Pública. Identificar e priorizar nichos de atuação segundo critérios transparentes e pré-definidos e adotar estratégias de reavaliação do desempenho das tecnologias incorporadas são ações que fazem parte integrante do processo de gestão de tecnologias em sistemas de saúde, que não podem faltar na rotina de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) de qualquer Agência, Departamento ou Comissão que recomende pela inclusão de tecnologias nos Sistemas de Saúde. Tais ações, como parte do processo da ATS, fundamentam-se na necessidade em um trabalho interdisciplinar, com o auxílio de seus variados Saberes, assim como seus variados instrumentos, com destaque aos sistemas de informação e os dados de efetividade. Também é necessário o envolvimento de seus distintos atores, sobretudo, os gestores, os fornecedores de tecnologias, os médicos e demais profissionais da equipe da saúde e o principal interessado: o paciente! Esta comunicação tem o objetivo de promover o debate sobre a necessidade e a oportunidade de se incluir avaliação de desempenho de tecnologias já incorporadas no SUS como parte integrante dos processos da ATS no Brasil.

17.45 - 19.30 Assembleia Geral da ALASS – Auditório 3

Horário: 20:00 no salão térreo.

21.00 - 23.00 Jantar Gala



Ristorante BIER FASS RESTAURANTE

SHIS QL 10 LOTE 09 – PONTÃO LAGO SUL

TELEFONE (61) 3364-4041

Preço: R\$ 138,00 - O pagamento será feito no congresso

Sabado, 23 julho

Horario: 08.30 - 09.00 Abertura do Secretariado

Horario: 09.00 - 12.30

Sessão Poster III

35. A indústria farmacêutica e sua contribuição ao uso irracional de medicamentos: o domínio mercadológico em detrimento das ações de saúde.

Nelson Machado do Carmo Júnior e Bruno Araújo Serra e Saulo Pinto Silva , Universidade Federal do Maranhão, Brasil. nelsonjuniorlz@hotmail.com

Ensaio sobre a indústria farmacêutica e sua contribuição ao uso irracional de medicamentos como forma de manutenção dos lucros e de sua hegemonia. O trabalho foi fundamentado com base no materialismo histórico-dialético, por meio de uma abordagem qualitativa, em formato de pesquisa documental. Os lucros desse setor aumentam a cada ano, entretanto, as ações coletivas de saúde não aumentam na mesma proporção. Nesse sentido nossos objetivos são: apresentar os meios que permitem o complexo das indústrias farmacêuticas manter seu poderio hegemônico; discutir os aspectos que influenciam a indústria farmacêutica na produção de novos fármacos e medicamentos; discutir sobre os fatores inerentes à medicalização do homem no uso irracional de medicamentos.

Para permitir que houvesse essa compreensão abusiva e mercadológica da indústria farmacêutica construímos nesse trabalho, como se sustenta essas bases sobre o uso cada vez mais irracional baseado na lógica do lucro e de impor uma cultura que coloque em risco a saúde do homem. Aprofundar se há uma influência cultural, hegemônica, internacional, concentrada nas mãos da estrutura complexa do capitalismo e todos os possíveis meios que sustentam.

A lógica de mercado é uma opção prioritária para o capitalismo. Essa afirmação é tomada como ponto inicial para entendermos sobre o processo de mercantilização da saúde, do homem e das relações humanas, evidenciado a partir da mundialização do capitalismo e do fortalecimento dos ideais neoliberais, apontados nesse estudo.

Os lucros do setor farmacêutico se ampliam a cada ano a partir dos seguintes produtos: novas moléculas, produtos de prescrição médica, OTC (do inglês, *over the counter* – medicamentos de venda livre) e os produtos genéricos. O medicamento é transformado em mercadoria, tornando-se não somente parte de um sistema de acumulação em detrimento das necessidades humanas, mas sendo fundamental nesse processo.

Apesar dos países em desenvolvimento serem abarcados por grande parte do setor farmacêutico mundial e por mais que tenham aumentado sua contribuição nos lucros do setor, ainda “são os países desenvolvidos que respondem por cerca de 80% das vendas”. Os laboratórios dos grandes centros da Europa estão sempre à frente da disputa da maior fatia do mercado mundial de fármacos. Mercado este que a cada ano possuem reajustes nos valores dos medicamentos, no geral sempre alegando aumento nos gastos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D).

A análise foi feita a partir dos fundamentos históricos de estruturação da indústria farmacêutica, da produção, da propaganda e do processo de circulação do medicamento como mercadoria e sua relação direta com seu uso cada vez mais indiscriminado.

A partir da nossa análise expomos a relação do aumento dos lucros das indústrias com as consequências à saúde do homem, apontando os elementos necessários para essa conclusão, como medicalização do homem a partir do modelo biomédico vigente. O processo de privatização da saúde a partir dos ideais neoliberais é parte de uma análise global da expansão do setor privado sobre público. Conclui-se constatando a necessidade de acúmulo sobre as categorias uso racional e irracional de medicamentos e sua relação com o aumento dos lucros do setor farmacêutico, além de apontar para a estatização da saúde, laboratórios e empresas do setor, como importantes medidas para controle do uso irracional de medicamentos.

36. Competências do farmacêutico: análise de documentos internacionais.

Luiz Henrique Costa, Camila Kaori Nakagawa, Andressa Veras de Oliveira, José Miguel do Nascimento Júnior e Margô Gomes de Oliveira Karnikovski, Ministério da Saúde, Brasil. joselefaras@yahoo.com.br

O desenvolvimento de um perfil profissional é um processo longo e complexo que envolve a construção de uma história profissional articulada às características pessoais e as especificidades profissionais, assim como o desenvolvimento de competências que permitam considerar e articular teorias, métodos e experiências diante da identificação de um problema e da necessidade de solucioná-lo no cotidiano laboral. No processo de construção de um perfil profissional, atuante e participativo, as trajetórias de formação têm utilizado a abordagem por competência como estratégia privilegiada e útil tanto ao desenvolvimento pessoal quanto à preparação para os papéis e as funções a serem desempenhados nos contextos de atuação e intervenção (Marinho-Araújo, 2009). No elenco dos avanços parciais, mas atendendo às definições da LDB de 1996, a instituição das chamadas “Diretrizes Curriculares” para os cursos de graduação em saúde representou papel importante na tentativa de superação das fragmentações na formação de profissionais para esse campo, ao mesmo tempo em que definiu o estreitamento das interfaces entre a educação e a saúde, especialmente a partir da caracterização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde como norteadores essenciais do processo de formação dos profissionais dessa área (Rech, 2008). Neste contexto, entre avanços e recuos, o campo da Educação foi um dos ambientes de reflexões essenciais para a direcionalidade dos processos políticos evidenciados no país. Utilizou-se do método de análise documental a partir de um conjunto de técnicas de codificação e análise de dados qualitativos. A seleção dos documentos foi baseada nos arquivos selecionados para subsidiar os debates a respeito das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia no Brasil em 2015, coordenados pela ABEF e CFF. E outros selecionados pelos autores, totalizando 21 documentos publicados no período de 2004 a 2014. A seleção dos documentos teve por base a prática profissional e a formação acadêmica do farmacêutico. Para a identificação e análise das competências do farmacêutico foi elaborada uma tabela e descritos trechos dos documentos a partir das seguintes categorias: competências, matriz de competências, educação e perfil profissional. Dos 21 documentos selecionados, 15 trazem explicitamente no texto a questão das competências desde a formação até a prática profissional. A educação deve estar direcionada para a preparação de profissionais de forma a possibilitar o desenvolvimento de competências para atendimento das necessidades locais e da ótima execução dos serviços necessários. Destaca-se o texto de NAPRA (2007), em que as competências exigem como um pré-requisito mínimo a realização de um bacharelado credenciado no programa de graduação em farmácia, onde os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas fornecerá a base para as competências. O conceito de competência tem adquirido força nos últimos anos por meio de iniciativas como o treinamento baseado em competências, credenciamento e registro profissional. Segundo a Federação Internacional dos Farmacêuticos – FIP (2012) são consideradas competências os conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes que um indivíduo acumula, desenvolve e adquire através da educação, treinamentos e experiências de trabalho. Já as habilidades, conforme a OPAS (2013), são características de pessoas que executam uma tarefa ou realizam um trabalho com um bom desempenho. Adicionalmente, a competência profissional é caracterizada também pela capacidade de resolução de problemas e tomada de decisão, bem como a capacidade de aplicar a base de conhecimentos adquiridos na formação. No que se refere ao farmacêutico, este deve exercer suas funções com precisão, fazer julgamentos corretos e interagir adequadamente com os pacientes e profissionais. Na Austrália, por exemplo, houve um esforço em articular padrões de competências, para os farmacêuticos aplicados ao âmbito da prática profissional possível. Nesse sentido, dentre as áreas das competências do farmacêutico estão a centralidade no paciente na gestão do atendimento; aplicação das habilidades específicas e; capacidade de gerenciar a comorbidade, coordenar e dirigir o cuidado às doenças, promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, espaço da prática é uma dimensão da prática profissional que pode ser definido através dos domínios dos Padrões de Competência. Juntas, as duas dimensões do âmbito da prática e nível de desempenho descrevem o perfil da prática profissional de um farmacêutico. Estes resultados confirmam características importantes das atividades profissionais do farmacêutico e as competências requeridas aos egressos dos cursos de farmácia, abordando o trabalho concreto em saúde e a clínica farmacêutica.

37. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as implicações para os Hospitais Universitários federais e seus trabalhadores de saúde.

Silvânia Sales de Oliveira, Iracema Viterbo Silva, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Universidade Federal da Bahia, Silvana Lima Vieira, Universidade do Estado da Bahia e Thadeu Borges Souza Santos, Universidade do Estado da Bahia, Brasil

38. Os determinantes estruturais e os seus impactos para o trabalho em Saúde: o caso dos modelos alternativos de gestão hospitalar.

Silvânia Sales de Oliveira, Iracema Viterbo Silva, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Universidade Federal da Bahia, Silvana Lima Vieira, Universidade do Estado da Bahia e Thadeu Borges Souza Santos, Universidade do Estado da Bahia, Brasil

39. Responsabilização da equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF): atenção à demanda induzida e espontânea.

Marluce Maria Araújo Assis e Minéia Araújo Carneiro Bastos, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil. aassis@uefs.br; minefsa@yahoo.com.br

Este estudo tem como objetivos: discutir as diferentes abordagens sobre a responsabilização da equipe que compõe a Estratégia Saúde da Família e apresentá-las de maneira articulada a compreensão de dispositivo relacional, associada à definição de ferramenta essencial no desenvolvimento do trabalho em saúde proposta para a Atenção Básica à Saúde (ABS); analisar como tem sido construída a responsabilização das equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, em busca da resolubilidade das demandas dos usuários. Utilizou-se para a realização desse estudo a abordagem qualitativa e reflexiva. Para tanto, buscou-se identificar textos por meio de revisão teórica, que abordavam as distintas dimensões da responsabilização em saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir do argumento de busca "responsabilização", identificando-se inicialmente 348 estudos, sendo selecionados 38, considerados relevantes para o desenvolvimento para o estudo. Adotou-se também, entrevistas semiestruturadas com usuários (13), trabalhadores de saúde (22) e dirigentes (09), totalizando 44 entrevistados, e a observação sistemática de 07 (sete) Unidades de Saúde da Família em um município da Bahia. A análise de dados foi orientada pela análise de conteúdo temática e reflexiva, e fluxograma analisador. Os resultados apontam que a responsabilização pode ser construída desde o primeiro contato do usuário com o serviço, com potencial de ampliar as práticas mais responsivas entre trabalhadores e usuários. No entanto, a organização dos serviços na Estratégia Saúde da Família (ESF) é orientada pela demanda programada ou induzida com foco em usuários que residem no território social da unidade de saúde, em determinadas linhas de cuidado, com direcionamentos de agenda, atenção em dia da semana específico e delimitação de quantitativo de vagas. A atenção à demanda espontânea se organiza com base no reconhecimento da demanda aguda, baseada na enfermidade e na necessidade de atendimento imediato; e a demanda não-aguda, representadas por situações que podem aguardar o atendimento. Identificou-se ausência de trabalho em equipe, reflexo de um contexto em que cada trabalhador exerce a responsabilização em sua prática de forma isolada, desarticulada e direcionada quase que exclusivamente, as demandas induzidas. A organização das demandas na ESF acontece por meio da programação de ações, direcionadas à demanda induzida, embasada no individualismo do sujeito. A atenção à demanda espontânea tem sido orientada pela lógica do atendimento à demanda aguda, quando há urgência de atenção. A responsabilização pelo desenvolvimento das práticas em saúde é assumida individualmente, pois cada trabalhador desempenha sua função sem promover articulação das práticas com os demais membros da equipe. Por fim, se faz necessário compreender que, a responsabilização se concretiza nas ações de todos os sujeitos envolvidos, associada a serviços de saúde interligados, compondo desta forma uma rede articulada com garantia do cuidado continuado aos usuários e famílias.

40. O Farmacêutico na implantação de uma equipe de NASF.

Amine Becheleni Pimenta e Eduardo Ângelo Gonçalves Dias, Prefeitura Municipal de Diamantina, Brasil. aminebecheleni@hotmail.com

Objetivo: O Objetivo da comunicação é relatar a experiência de uma farmacêutica na implantação do serviço de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Diamantina, MG no Brasil.

Introdução: A equipe do NASF foi implantada pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Diamantina em Agosto de 2011 e encerrou suas atividades em Dezembro de 2013. Era composta por 1 educadora física, 1

farmacêutica, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 psicóloga. O município contava inicialmente com 8 Equipes de Saúde da Família (ESFs) em sua área urbana e depois com 9.

Material e método: Naquele momento a Secretaria de Saúde não dispunha de profissional e/ou material educativo para a capacitação dos profissionais recém-chegados. A equipe se reuniu para estudar o escopo de ações dos profissionais do NASF e suas possibilidades de ação, visitou cada ESF para uma conversa com todos os seus membros sobre as necessidades específicas e limitações de cada local.

Algumas ESFs já organizavam periodicamente grupos educativo-terapêuticos destinados a diabéticos, hipertensos, gestantes e grupos de caminhada e de planejamento familiar. Inicialmente a equipe acompanhou os grupos já em funcionamento e posteriormente assumiram esta tarefa aliviando a carga de trabalho das enfermeiras. A partir daí foram replicadas atividades para outras ESFs e implantadas outras atividades em sua maioria de educação em saúde. Algumas demandas foram levantadas pela secretaria de saúde, outras pelos próprios integrantes no NASF. Algumas ações eram realizadas em conjunto e outras em separado, de acordo com a situação. Neste trabalho será relatada a atuação da farmacêutica da equipe.

Resultados e discussão: O trabalho começou com uma pesquisa entre a população atendida com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) “Diagnóstico de adesão à terapia medicamentosa por diabético e hipertensos”.

Nos grupos de hipertensos e de diabéticos foram abordados: uso correto de medicamentos; importância de adesão à terapia medicamentosa, importância de outros hábitos saudáveis, uso de tabaco e álcool, organização de quadro de horário da medicação dos usuários e uso correto de plantas medicinais. Nos grupos de gestante: uso de medicamentos; uso de cosméticos; vacinas; anticoncepcionais; cuidados com o bebê; prevenção de acidentes.

Junto com outros profissionais, houve participação em eventos de saúde organizados por outros setores da prefeitura, capacitações dos ACSs, atividades em escolas sobre gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais, drogas ilícitas, álcool e tabaco. Foi organizada a “Semana do bebê”, onde foram convidados profissionais da prefeitura e acadêmicos de todas as áreas da saúde a falar para a população, profissionais da saúde e da educação.

Foram implantados nos ESFs grupos de planejamento familiar que aconteciam mensalmente em cada unidade, havia dispensação de medicamentos anticoncepcionais mediante receita, encaminhamento para a colocação de Dispositivo Intra Uterino e atividades de educação em saúde onde eram convidados os outros membros do NASF.

Foram criados grupos terapêuticos de combate ao tabaco onde foi seguido o programa proposto pelo Ministério da Saúde e distribuídos medicamentos usados no controle do tabaco. Esta atividade despertou tanto interesse na população que resultou em atendimento noturno ofertado por 2 unidades.

Foi implantado o projeto do “pé diabético” onde a fisioterapeuta fazia avaliação física e a farmacêutica verificava a farmacoterapia do paciente, intervindo quando necessário.

Foi criada a coleta domiciliar de medicamentos impróprios para uso. A farmacêutica acompanhou cada ACS em suas visitas domiciliares por 1 ou 2 dias, onde foram verificados os medicamentos atentando-se ao prazo de validade, condições de armazenamento, sobras guardadas ou adquiridas indevidamente, uso correto e outras orientações, ao fim das visitas, medicamentos impróprios para consumo eram coletados. Com o passar do tempo a população passou a guardar o medicamento para entregar ao ACS ou levar diretamente ao ESF.

Com ajuda dos estagiários do curso de farmácia foi criado na ESF sede do Nasf um projeto de atenção farmacêutica onde os pacientes saíam do consultório médico e passavam pela sala de atendimento farmacêutico para orientações quanto à medicação prescrita e organização de quadro de horários de sua farmacoterapia completa.

Contribuição para a saúde coletiva da comunidade: Graças à liberdade de condução dos trabalhos concedida pela Secretaria de Saúde de Diamantina, a equipe criou seu próprio método e material de trabalho, integrou-se ativamente na comunidade proporcionando melhoria da saúde coletiva e ofertando serviços que antes não existiam no município.

41. Prevalência de Sintomas Depressivos entre pacientes internados num Hospital Universitário.

Mariana Aguiar Machado, Juliana Gonçalves Oliveira, Erick Oliveira Cunha, Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla, Enaldo Vieira Melo e Edméa Fontes de Oliva-Costa, Universidade Federal de Sergipe, Brasil. marimed86@gmail.com

Objetivos: Estimar a prevalência dos sintomas depressivos (SD) em pacientes internados no Hospital Universitário (HU) de Sergipe; averiguar se houve solicitação de interconsulta psiquiátrica, como também avaliar os fatores que possam estar associados aos sintomas depressivos, para minimizar seus efeitos danosos na recuperação do paciente.

Contexto e descrição do problema: Estudos epidemiológicos mostram que em hospitais gerais as taxas de pacientes com sintomas depressivos são maiores que na população geral. As manifestações depressivas estabelesem-se como um problema de saúde pública e econômica, pois geram queda da produtividade, afastamento do mercado de trabalho e maior demanda aos serviços de saúde.

Os sintomas depressivos ocorrem com maior frequência em pacientes do sexo feminino, com vida conjugal instável, baixo nível educacional, baixa renda, instabilidade profissional e em idosos, além de estarem mais associados as doenças de caráter crônico. As manifestações depressivas representam uma das maiores demandas dos serviços da psiquiatria de ligação, para os hospitais que dispõem de tal equipe. Entretanto, na prática médica, os sintomas depressivos acabam sendo subdiagnosticados ou subtratados pelos plantonistas. A falta de reconhecimento muitas vezes reside no fato de que tais sintomas nem sempre se revelam como queixas emocionais, manifestando-se em alguns pacientes como queixas somáticas mais inespecíficas ou algum déficit cognitivo. É importante a detecção precoce desses sintomas para evitar a baixa aderência ao tratamento médico, piora do prognóstico da doença somática, maior incapacidade para o paciente, maior tempo de permanência hospitalar, como também aumento da mortalidade e do risco de suicídio.

Método: Estudo transversal, descritivo e analítico, realizado entre novembro de 2015 a março de 2016, com pacientes internados no HU. A coleta de dados foi feita através da aplicação de dois questionários: 1) Questionário Específico, elaborado pelos autores do projeto, contendo questões relativas a dados sociodemográficos, vivências psicoemocionais, aspectos pessoais e da internação; 2) Inventário de Depressão de Beck (IDB), para investigação de SD. A análise de dados iniciou pela estatística descritiva; os questionários respondidos pelos pacientes foram utilizados para construção de um banco de dados pelo programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS); foram elaboradas tabelas e o cálculo da Razão de Prevalência (RP) para análise binária inicial; depois feita análise multivariada por regressão logística e cálculo da *odds ratio* (OR).

Resultados: A população consistiu de 87 pacientes sendo que 47 (54%) apresentaram algum sintoma depressivo. Destes, 6 (6,9%) com sintomas depressivos grave, 15 (17,2%) com sintomas entre moderado a grave, 26 (29,9%) com sintomas de leve a moderado. Dentre os pacientes com sintomatologia depressiva 29 (33,3%) eram do sexo masculino e 18 (20,7%) do sexo feminino. A média de idade foi de $47,1 \pm 18,7$ anos. Quanto ao tempo de internamento 50% dos indivíduos possuem um tempo de até 6 dias, 25% possuem um tempo de até 2 dias e os outros 25% possuem tempo de internamento superior a 15 dias. Estavam internados por causas clínicas 41 pacientes (47,1%) e 6 (6,9%) por causas cirúrgicas. Apenas 3 pacientes foram submetidos à interconsulta psiquiátrica.

Discussão: A população estudada apresentou altas taxas de sintomas depressivos, com predomínio de sintomas leve a moderado. Índices semelhantes aos encontrados na literatura em estudos similares em hospitais gerais mundialmente. A faixa etária mais mediana contradiz a prevalência extra hospitalar, indicando que outros fatores possam estar corroborando para desencadear os sintomas depressivos. O número de interconsultas psiquiátricas se mostrou muito pequeno diante da demanda de sintomas rastreados, mostrando uma falha no atendimento e condução desses pacientes.

Conclusão: É alta a prevalência de pacientes internados que apresentam alguma manifestação depressiva, muitas vezes com gravidade acentuada. Os plantonistas não detectam esses sintomas e, conseqüentemente, poucos são os que solicitam avaliação pelo psiquiatra interconsultor para os pacientes que necessitam. É preciso desenvolver estratégias para modificar essa situação e prevenir as

consequências que a instalação de um quadro depressivo pode trazer para o paciente.

Contribuições: Essa pesquisa pode contribuir alertando sobre a necessidade de um rastreio precoce dos pacientes com sintomas depressivos. As consequências que a não detecção pode acarretar não só para o paciente como para o sistema. Apontar a importância de um atendimento integralizado, com interconsulta psiquiátrica para favorecer a recuperação desse indivíduo.

42. Análise quantitativa da satisfação profissional de uma equipe de enfermagem em oncologia.

Vagnára Ribeiro da Silva, Luciane de Souza Velasque e Teresa Tonini, Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro, Brasil. vagnararibeiro@gmail.com

Ao longo da história da humanidade, o trabalho foi ganhando importância gradativa para indivíduos e organizações. Atualmente desempenha papel central na vida das pessoas, constitui fonte de renda financeira, representa oportunidade de crescimento pessoal, identidade social e autoestima, os quais são fatores que positivamente podem causar satisfação ou repercutir negativamente sendo fonte de insatisfação. É um fenômeno importante especialmente para a equipe de enfermagem oncológica cuja clientela demanda cuidados de enfermagem com distintos graus de complexidade, que envolvem carga emocional excessiva e afloram sentimentos de compaixão, dor e impotência nos profissionais diante da dor do outro, do sofrimento e da morte, sendo as atividades influenciadas por esses sentimentos e repercutem na satisfação desses profissionais. Objetivos: identificar o nível de satisfação profissional atribuído, percebido e real no trabalho de uma equipe de enfermagem oncológica e analisar as relações entre esses níveis de satisfação para a equipe estudada. Métodos: estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado em um hospital oncológico de referência nacional. A coleta de dados foi realizada entre março e julho/2015, utilizou-se um questionário sociodemográfico e o Índice de Satisfação Profissional (ISP) que mede os componentes Autonomia, Remuneração, Status profissional, Normas organizacionais, Requisitos do trabalho e Interação para avaliar a equipe de enfermagem, os enfermeiros e os técnicos/auxiliares. A amostra inicial foi composta de 645 profissionais que formam a equipe de enfermagem, sendo excluídos os profissionais de licença ou férias, aqueles que se recusaram a participar e aqueles que trabalhavam na instituição há menos de 6 meses somando 140 profissionais excluídos. A amostra final constou de 505 profissionais, sendo que 348 deles responderam o questionário e 216 foram totalmente preenchidos e considerados para o cálculo do ISP. A satisfação atribuída é avaliada pelo coeficiente de ponderação, a satisfação percebida é medida pelo escore médio do componente e a satisfação real é medida pela multiplicação dos escores, de acordo com orientações da autora do ISP. Resultados: Observou-se que os participantes eram, em sua maioria, do sexo feminino, casados, trabalhavam no período diurno, eram servidores públicos, possuíam grau de escolaridade acima do esperado, não possuíam mais de um emprego e gostavam de trabalhar no setor atual. Apontaram como principal motivo de trabalhar na instituição a escolha pela oncologia e referiram estar mais satisfeitos com a vida pessoal que com o trabalho. Verificou-se que Autonomia foi o componente mais importante na satisfação atribuída para a equipe de enfermagem e enfermeiros, a Remuneração foi mais valorizada pelos técnicos/auxiliares. Para a satisfação percebida, Status profissional foi mais importante e Normas organizacionais foi o componente menos valorizados para todas as categorias profissionais. Sobre a real satisfação, Interação foi o componente mais importante para a equipe de enfermagem e técnicos/auxiliares, enquanto os enfermeiros valorizaram a Autonomia. Para todos os profissionais, a real insatisfação está relacionada às Normas organizacionais. Os profissionais que obtiveram maior satisfação profissional foram os enfermeiros, seguidos pela equipe de enfermagem e depois pelos técnicos/auxiliares de enfermagem. Conclusão: Observou-se uma discrepância entre os níveis de satisfação profissional atribuído, percebido e real da equipe de enfermagem oncológica sob o estudo. Esta pesquisa foi importante para conhecer a realidade desta equipe de enfermagem oncológica, sua valorização quanto aos componentes avaliados, ampliando o conhecimento sobre o cenário pesquisado e sua população e proporcionando melhor planejamento das estratégias gerenciais. Propõe-se maior aprofundamento na questão qualitativa sobre a satisfação destes profissionais de enfermagem oncológicos, uma vez que esse constructo deve ser explorado com mais intensidade.

43. Resultados de la evaluación externa del profesorado de la Licenciatura en Educación para la Salud.

Georgina Contreras Landgrave, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Esteban Jaime Camacho Ruiz, Brenda Yoltzin Apolinar Velasco, Oscar Donovan Casas Patiño e Alejandra Rodríguez Torres, Universidad Autónoma del Estado de México. gcontrerasl@uamex.mx

Objetivo de la investigación. Presentar los resultados de la evaluación externa realizada por el Comité Interinstitucional para la Evaluación de la Educación Superiores (CIEES).

Contexto y descripción del problema. Actualmente en México se habla de la calidad de la educación superior que se imparte en todas las instituciones sean públicas o privadas. Esta puntualización se justifica ante la necesidad de atender las necesidades de la sociedad, las cuales se caracterizan por ser cambiantes con un grado de complejidad significativa. Para lograrlo se han establecido criterios de evaluación los cuales son medibles y deben ser demostrables. Estas actividades de evaluación se desarrollan por los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superiores (CIEES) organismos externos a la propia institución y los cuales están formados de manera exparticipativa. En el año 2007 se impartió por primera ocasión la Licenciatura en Educación para la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México y consciente de la responsabilidad de impartir educación de calidad, en el año 2015 se evaluó por estos organismos.

Teoría, método, modelo y material utilizado. Para dar cumplimiento a la normatividad universitaria la cual establece que después de contar con dos generaciones de egresados el programa de estudio puede ser evaluado, se procedió a realizarla. El método fue documental, revisando las diferentes evidencias registradas y recopiladas en la Coordinación de la licenciatura. Los criterios considerados fueron el nivel y perfil de formación del profesorado, su membresía al Sistema Nacional de Investigadores u otros organismos académicos, las actividades académicas y administrativas que realizan, superación académica disciplinaria, actualización didáctico-pedagógica, movilidad, evaluación permanente del profesorado, estímulos a su desempeño, productividad académica, participación en encuentros académicos, dirección de tesis, investigación y la articulación de la investigación con la docencia.

Los resultados y la discusión sobre lo expuesto. Los principales resultados obtenidos están: se tiene investigación y producción a través de los PTC, la participación en encuentros académicos de diversos niveles de profesores y alumnos con productos de investigación realizados de manera colegiada; la publicación de la producción en revistas indexadas.

Los PTC están organizados en torno a proyectos multi e interdisciplinarios, existe producción del Cuerpo Académico, en los proyectos de investigación han participado estudiantes del programa educativo como colaboradores de investigación por lo cual han recibido una beca.

Otros resultados obtenidos son: no se tiene suficiente producción de material didáctico en apoyo a la docencia, las propuestas de material didáctico no cumplen con los requisitos necesarios para ser evaluados, es baja la participación de los profesores de Asignatura en encuentros académicos, la participación de alumnos en investigaciones con profesores es poca, la participación de los profesores de asignatura en proyectos de investigación es poca y no se tiene el desarrollo de tecnología innovadora.

Para asegurar los logros registrados es necesario emprender acciones como continuar: con la investigación y producción a través de los PTC; la participación en encuentros académicos de diversos niveles de profesores y alumnos con productos de investigación realizados de manera colegiada; la publicación de la producción en revistas indexadas, apoyar el trabajo de los PTC en torno a proyectos multi e interdisciplinarios, apoyar la producción del Cuerpo Académico, apoyar a los estudiantes para que se sumen a proyectos de investigación como colaboradores de investigación

Así mismos para atender los principales problemas detectados se considera impulsar a todos los profesores para que conozcan y participen en la convocatoria institucional donde se evalúa el material didáctico, difundir los criterios contenidos en la convocatoria institucional, mediante los cuales se evalúan los diferentes materiales didácticos, impulsar a los profesores de Asignatura para que participen en encuentros académicos, motivar la participación en la investigación de alumnos e impulsar el desarrollo de tecnología innovadora.

50. Revisão da prevalência de hepatite B no Brasil para o enfrentamento das hepatites virais na Amazônia.

Simone Vivaldini¹, Melina Érica Santos¹, José Nilton Gomes¹, Neide Fernandes¹, Barbara Graner¹, Elisa Cattapan¹, Marcelo Contardo Moscoso Naveira¹, Leandro Soares Sereno² e Fábio Mesquita¹.

1. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, Brasil; 2. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde, Brasil.

Objetivos de investigação: Realizar pesquisa bibliográfica de todos os estudos publicados sobre a prevalência de hepatite B em população brasileira, identificar vulnerabilidades e fortalecer o Plano de Enfrentamento das Hepatites Virais na Região Amazônica.

Contexto e descrição do problema: Acredita-se que um terço da atual população mundial já esteve exposta ao vírus da hepatite B (HBV) e se estima que 240 milhões de pessoas estejam infectadas cronicamente. Segundo dados nacionais de vigilância epidemiológica, a hepatite B apresenta distribuição heterogênea no cenário brasileiro e afeta desproporcionalmente as áreas em que o acesso aos serviços de saúde está prejudicado. Em novembro de 2015, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil anunciou a iniciativa de elaboração do Plano de Enfrentamento das Hepatites Virais na Região Amazônica, em parceria com os estados da Região Norte do país, Secretaria Especial de Saúde Indígena, organizações da sociedade civil e sociedades científicas.

Métodos e materiais utilizados: Realizou-se busca nas bases de dados MEDLINE com a expressão “(“Hepatitis”[Mesh]) AND “Brazil”[Mesh] AND “Seroepidemiologic Studies”[Mesh]” e SciELO com as palavras-chave “hepatite B” e “Brasil”. Referências de interesse dispostas nos trabalhos encontrados também foram acrescentadas à coleção. Estudos selecionados deveriam conter pelo menos um marcador para infecção passada ou ativa para hepatite B. Não houve restrição de ano de estudo ou publicação.

Resultados: De um total de 216 publicações, 147 estudos ecológicos, transversais e de coorte foram selecionados. Sete publicações foram excluídas por indisponibilidade de mídia ou duplicata de estudo; resultando em 140 publicações válidas para análise. Os marcadores para hepatite B apresentaram ampla variabilidade de valores. HBsAg: 0,006-75%; Anti-HBs: 0,23-99,76%; e Anti-HBc: 0,02 a 89,7%.

Discussão e Conclusões: A heterogeneidade dos desenhos de estudo e das populações estudadas também se refletiu nos marcadores para hepatite B. Índices elevados de infecção ativa e exposição para o HBV foram encontrados nas populações tradicionais e povos indígenas da Região Amazônica. Conclui-se que as populações tradicionais e os povos indígenas encontram-se historicamente e desproporcionalmente afetados. A revisão realizada também permitiu observar o impacto da imunização para hepatite B através da gradual redução dos índices de HBsAg detectados nas diferentes populações, particularmente nos candidatos à doação de sangue.

Contribuição da comunicação em relação às práticas atuais: Conscientizar profissionais de saúde e população sobre as hepatites virais e a importância da temática para o sucesso da política de saúde. A valorização da pesquisa nacional e identificação das populações mais vulneráveis contribuirão estrategicamente para o Plano de Enfrentamento das Hepatites Virais na Região Amazônica.

44. Incorporação de novos tratamentos livres de interferon para hepatite C no Sistema Único de Saúde no Brasil.

Marcelo Contardo Moscoso Naveira¹, Melina Érica Santos¹, Simone Monzani Vivaldini¹, Elisa Cattapan¹, José Nilton Gomes¹, Neide Fernandes¹, Barbara Graner¹, Leandro Soares Sereno², Renato Girade Corrêa¹, Adele Benzaken¹ e Fábio Mesquita¹.

1. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, Brasil; 2. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde, Brasil.

melina.santos@aims.gov.br

Objetivos de investigação: Descrever a incorporação de novas tecnologias para o tratamento da hepatite C crônica e coinfeções no Brasil.

Contexto e descrição do problema: O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, oficializado com a Constituição Federal de 1988, é de acesso universal e gratuito a todos os cidadãos. Qualquer terapia utilizada nos serviços de saúde no país necessita ser aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, para ser ofertada no SUS, carece de aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Os novos tratamentos livres de interferon para hepatite C foram submetidos à aprovação e autorização de registro pela ANVISA e aprovação pela CONITEC para incorporação no sistema de saúde.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados: O tratamento da hepatite C é garantido pelo SUS há 15 anos. O Ministério da Saúde, pelo Programa Nacional das Hepatites Virais desde 2002 e, recentemente, pela Coordenação de Hepatites Virais do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV), tem proporcionado estratégias para prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais no Brasil. Em 2014, foi iniciada a revisão bibliográfica e compilação das recomendações internacionais para fundamentar a necessidade de incorporação de novas formas de tratamento, com menos efeitos adversos e maior eficácia, sobretudo em resposta à demanda da sociedade civil e das associações dos portadores da doença. Os medicamentos disponíveis no mercado e identificados com melhor eficácia foram submetidos à aprovação pela ANVISA com pedido de prioridade de análise por parte do DDAHV. Logo após, foi defendida a incorporação dos novos medicamentos para oferta no SUS, incluindo submissão à consulta pública e CONITEC.

Resultados e Discussão: A análise e aprovação dos novos medicamentos pela ANVISA foram desenvolvidas em tempo recorde no país, possibilitando maior agilidade no processo de arguição em assembleia da CONITEC e breve incorporação das novas tecnologias no SUS. A incorporação dos novos tratamentos no SUS representou a conquista do trabalho das equipes técnicas do Ministério da Saúde, alinhado ao empenho político dos atores envolvidos, apoio da comunidade científica e, sobretudo, mobilização das organizações da sociedade civil, importante fator de controle social na gestão dos sistemas de saúde.

Contribuição da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais: O registro dos novos medicamentos para hepatite C no Brasil e sua implementação no SUS demonstram a importância da incorporação de novas tecnologias nos sistemas de saúde com base em evidências científicas para atendimento das demandas reais e potencialização das estratégias de atenção à saúde das populações.

45. Trabalho em equipe: experiência de formação contínua com professores na saúde em educação.

Roselita Sebold¹, Daniela Lemos Carcereri², Darclé Cardoso², 1Universidade Federal de Santa Catarina – 2UFSC / Florianópolis – Santa Catarina, Brasil. roselita_sebold@yahoo.com.br

O município de Rio do Sul, por meio do Departamento de Odontologia, desenvolve, desde 1991, formações de Educação em Saúde com professores da rede pública de ensino, em parceria entre as Secretarias de Saúde e Educação. Apresentamos neste relato de experiência a dinâmica da formação contínua, realizada por uma equipe multiprofissional, na perspectiva da ação-reflexão-ação, dos quais os conhecimentos, as sugestões pessoais e as interações entre os diversos atores implicados são aprendidas e ensinadas nos diversos cenários a fim de superar as contradições vividas. A interdisciplinaridade proposta pela equipe de formação é fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de confrontar-se com os problemas e demandas que preocupam cada instituição de ensino e que não sejam apenas reduzidos a *slogans* de campanhas. As formações de educação em saúde buscam ultrapassar os limites de treinamento puramente técnico para alcançar a formação de atores sociais conscientes, por meio da dialéticas da ação-reflexão-ação.

A inserção dos cursos da Educação em Saúde teve a adequação para a proposta de letramento em saúde, visando possibilitar a leitura de um mundo real com interpretações e soluções nesse contexto de Educação em Saúde. Por meio dos projetos pilotos desenvolvidos em escolas procuramos desenvolver processos e métodos de ensinar e aprender saúde, que conduzam a uma melhoria do autocuidado, como material de reflexão na formação com professores, além de considerar os aspectos contextuais, sócio-históricos e culturais referentes à atuação transversal e multidisciplinar nos panoramas da saúde e educação. A socialização dos projetos pilotos nas oficinas oportuniza um espaço de ação-reflexão-ação, ou seja, de diálogo entre a teoria e a prática, pela abordagem dos conceitos de Promoção da Saúde com os de letramento. Essa parceria entre professores formadores, professores em formação e em exercício se configura num avanço no campo da Educação em Saúde para ressignificação das práticas em sala de aula.

Novos caminhos são trilhados com diálogo, reconhecimento do contexto escola e com reflexão, abrindo perspectivas entre a teoria e a prática, ensino e aprendizagem e assim promover o enfrentamento de resistências e conflitos oriundos do cotidiano. A parceria e a troca de experiências se mostraram importantes, aliados 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 desses anos de formação contínua,

tanto por parte dos professores como dos formadores. O desafio está 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 e que as mudanças das políticas das Secretarias de Saúde e Educação sejam favoráveis com as ações intersetoriais para um planejamento integrado das formações contínuas, pois o nível de diálogo entre a equipe se reflete nos projetos das escolas, resultando no empoderamento das comunidades escolares.

Consideramos que as possibilidades de trabalho em equipe entre o setor saúde e educação perpassam por estratégias na escola, local de vivências concretas e onde se fazem e se refletem as práticas pedagógicas para as formações contínuas de professores e profissionais da saúde.

46. Perfil de inscritos na capacitação em assistência farmacêutica para profissionais do SUS com o uso da simulação realística, no ano de 2016.

Camila Kaori Nakagawa, Diana Grazielle dos Santos, Nicole Menezes Souza, Herbenio Elias Pereira, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos / Ministério da Saúde, Brasil.
camila.kaori@saude.gov.br

Objetivos da investigação: Identificar o perfil de inscritos no segundo ano do curso de Capacitação em Assistência Farmacêutica para profissionais do SUS.

Contexto e descrição do problema: Milhões de pessoas sofrem danos graves em decorrência de práticas pouco seguras relacionadas a atenção à saúde, por isso, o maior desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência é a segurança do paciente. Neste contexto, a capacitação dos profissionais de saúde é de essencial para redução de eventos adversos preveníveis associados à assistência em saúde. Em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, o curso de Capacitação em Assistência Farmacêutica visa à qualificação de profissionais farmacêuticos com foco na Segurança do Paciente. Este curso está disponibilizando 1920 vagas durante o triênio de 2015-2017 e tem sido desenvolvido com o método de simulação realística pelo Hospital Albert Einstein e o Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) e a Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF).

Método: Estudo exploratório a partir dos dados do formulário de inscrição do curso, elaborado por meio do FormSUS – Formulários do SUS, contendo dados pessoais, profissionais dos participantes do curso.

Resultados: No ano de 2016, o curso alcançou um total de 515 farmacêuticos inscritos de todas as regiões do país. Destes, 402 foram do gênero feminino representando 78% do total de inscritos. A região do país que apresentou um maior número de inscritos foi a região nordeste com 179 farmacêuticos, seguido pelas regiões sudeste (158 inscritos), sul (65 inscritos), centro-oeste (65 inscritos) e a norte (48 inscritos). De acordo com o público alvo do curso, os farmacêuticos hospitalares representaram 82% de todos os inscritos, seguido por farmacêuticos de serviços de urgência e emergência (8%), farmacêuticos de serviços de atenção psicossocial (5%), docentes de universidades públicas (4%) e de serviços de oncologia (1%). Levando em consideração a natureza jurídica dos serviços/instituições públicos ou filantrópicos, o número de farmacêuticos advindos de serviços/instituições públicos (393 inscritos) correspondeu a 76% de todos os inscritos.

Conclusão: Observa-se que o número de farmacêuticos inscritos no curso apresentou representatividade de todas as regiões do país, com maior número de farmacêuticos hospitalares e advindos de serviços/instituições públicas. Apesar do grande número de farmacêuticos inscritos no curso, este quantitativo representa 2,05% do total de farmacêuticos cadastrados atualmente no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o que mostra a importância e necessidade do desenvolvimento e execução de novos programas de qualificação para os profissionais de saúde, assim como de estimular e motivar os profissionais farmacêuticos sobre a importância da educação permanente para a melhoria dos serviços de saúde, visando a segurança do paciente na utilização de medicamentos.

47. A assistência farmacêutica no planejamento: relação entre a participação dos profissionais e a qualificação da gestão.

O planejamento público no Brasil foi marcado ao longo de seu desenvolvimento por uma natureza verticalizada, elaborado por equipes muitas vezes externas às atividades em pauta. Na década de 70 foram introduzidas as ideias do político sobre o econômico e da diversidade dos atores-sujeitos. Surge então o planejamento estratégico, trazendo a necessidade do diálogo e problematização coletiva para a formulação de projetos. Com a criação do SUS e seu princípio de descentralização das ações, com direção única em cada esfera de gestão, foram implementadas políticas de planejamento, cujos instrumentos devem ser formulados de forma ascendente, de acordo com as necessidades locais até o nível federal. Para a assistência farmacêutica a inserção do planejamento visou à organização do setor, decorrente em grande parte à descentralização das ações de promoção do acesso aos medicamentos pelos usuários do sistema, que deve ocorrer com os recursos disponíveis e em qualidade, quantidade e temporalidade necessários. Este estudo tenta descrever como se dá a participação dos atores responsáveis pela assistência farmacêutica na elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário e da saúde de seus municípios, por meio da análise dos dados produzidos pelo projeto “A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do Projeto QualiSUS-Rede”. Trata-se, portanto, de uma análise de dados secundários descritiva, com abordagem metodológica quantitativa. Foram analisadas as respostas dadas por responsáveis pela assistência farmacêutica em municípios distribuídos nas cinco regiões administrativas do país, acerca de sua participação na elaboração dos seguintes instrumentos de planejamento orçamentário e da saúde: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). A coleta de dados foi realizada do segundo semestre de 2013 até o terceiro trimestre de 2015. De forma complementar, foi analisada a postagem do PMS, da PAS e do RAG pelos municípios avaliados no inquérito no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS). Em relação aos instrumentos de planejamento orçamentário foi referido pelos responsáveis pela Assistência Farmacêutica participação na elaboração do PPA em 24%, para a LDO em 12% e para a LOA de 12%. A respeito das ferramentas de planejamento da saúde foi observada a participação de 52% dos entrevistados nos PMS e de 33% na PAS e no RAG. Os resultados complementares demonstraram que 225 municípios que postaram o Relatório Anual de Gestão 2013 no SARGSUS alegaram não ter PAS para o respectivo ano e que, para o ano de 2014, este mesmo caso ocorreu com 107 municípios. Neste estudo foi possível verificar a baixa participação dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica no planejamento estratégico de atividades de sua responsabilidade, e a maior presença de instrumentos de prestação de contas no SARGSUS, como o RAG, a despeito dos documentos de planejamento e programação. Desta forma, aponta-se a necessidade de capacitação dos atores responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios a atuarem na área do planejamento, e das políticas que favoreçam a elaboração de uma programação de ações que visem a qualificação dos serviços farmacêuticos, de forma que as ações da área se apresentem de fato inseridas no planejamento orçamentário e da saúde municipais.

48. Facilidades e dificuldades para a garantia das condições sanitárias de unidades de saúde: estudo de revisão com ênfase no processo de trabalho.

Mariluce Karla Bomfim de Souza, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Brasil.

Horario: 09.00-10.30 SESSÕES PARALELAS

Sessão 33

Sala 1

Tema: Formação e a constituição da identidade

Moderadora: Magda Scherer – Brasil

Especialização em Política e Gestão do Cuidado, com Ênfase no Apoio Matricial: A Formação de Trabalhadores em Serviço no Município de João Pessoa- Paraíba.

Objetivos de investigação: Relatar a experiência, sob a ótica de trabalhadores tutores, da proposta de qualificação de 150 apoiadores matriciais do NASF da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, através da especialização em Política e Gestão do Cuidado, com Ênfase no Apoio Matricial.

Contexto e a descrição do problema: O Curso teve duração de 360 horas-aula e foi realizado entre junho de 2011 e dezembro de 2012. Tendo como objetivo Fortalecer o Apoio Matricial no SUS em João Pessoa, a partir da lógica da EPS junto a trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: O curso contou com 09 módulos, discutidos em 10 encontros presenciais, 18 grupos de estudos e em AVA (atividades práticas e fóruns). Organizados em turmas por Distrito Sanitário, os trabalhadores eram acompanhados pela figura do Tutor, um grupo de trabalhadores da gestão municipal que, mais do que aptos à atividades educacionais, eram acompanhados por orientadores pedagógicos da UFPB e estavam diretamente envolvidos com o processo de trabalho dos trabalhadores, expondo assim o seu próprio.

Resultados e a Discussão: Ocorreram transformações no processo de trabalho, que perpassaram a metodologia desenvolvida no curso, organizando conteúdos à provocar reflexões, ao passo em que induziu o uso de ferramentas da saúde coletiva (cartografia, cardápio de ofertas, fluxograma, dentre outros). Outro importante produto foi a sistematização de grande volume de informações e saberes produzidos e desenvolvidos ao longo de oito anos desde a implantação do apoio matricial até a conclusão do curso com a produção de 82 TCC.

Um importante problema identificado foram as sucessivas perdas, tanto de especializando quanto tutores, demitidos ou que se demitiram. Resultando na conclusão de apenas 82 trabalhadores de 150 compulsoriamente matriculados. Uma evasão de 45,34%. A participação no AVA também se constituiu enquanto um desafio, pois uma parcela importante dos especializando não apresentou a participação esperada nesse espaço, o que sugere uma maior atenção à plataforma e redução de encontros presenciais.

A Contribuição/O Interesse da Comunicação em Relação ao Estado da Arte e às Práticas Atuais: A experiência foi de extrema riqueza para tutores, especializando e, principalmente, à população que recebe sujeitos minimamente provocados e mais atentos às suas necessidades. A tutoria por outros trabalhadores, que acompanhavam a rotina dos especializando, também é uma estratégia que merece destaque, pois facilita o diálogo entre esses atores e contribui para que as questões sejam reconhecidas transversalmente ao trabalho, para além do curso.

Perfil de inscritos na capacitação em assistência farmacêutica para profissionais do SUS com o uso da simulação realística, no ano de 2016.

Camila Kaori Nakagawa; Diana Grazielle dos Santos; Nicole Menezes Souza; Herbenio Elias Pereira, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos / Ministério da Saúde, Brasília-DF. camila.kaori@saude.gov.br

Objetivos da investigação: Identificar o perfil de inscritos no segundo ano do curso de Capacitação em Assistência Farmacêutica para profissionais do SUS.

Contexto e descrição do problema: Milhões de pessoas sofrem danos graves em decorrência de práticas pouco seguras relacionadas a atenção à saúde, por isso, o maior desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência é a segurança do paciente. Neste contexto, a capacitação dos profissionais de saúde é de essencial para redução de eventos adversos preveníveis associados à assistência em saúde. Em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, o curso de Capacitação em Assistência Farmacêutica visa à qualificação de profissionais farmacêuticos com foco na Segurança do Paciente. Este curso está disponibilizando 1920 vagas durante o triênio de 2015-2017 e tem sido desenvolvido com o método de simulação realística pelo Hospital Albert Einstein e o Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBFAH) e a Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF).

Método: Estudo exploratório a partir dos dados do formulário de inscrição do curso, elaborado por meio do FormSus – Formulários do SUS, contendo dados pessoais, profissionais dos participantes do curso.

Resultados:No ano de 2016,o curso alcançou um total de 515 farmacêuticos inscritos de todas as regiões do país. Destes, 402 foram do gênero feminino representando 78%do total de inscritos. A região do país que apresentou um maior número de inscritos foi a região nordeste com 179 farmacêuticos, seguido pelas regiões sudeste(158 inscritos), sul (65 inscritos), centro-oeste (65 inscritos) e a norte (48 inscritos).De acordo com o público alvo do curso, os farmacêuticos hospitalares representaram82% de todos os inscritos, seguido por farmacêuticos de serviços de urgência e emergência (8%),farmacêuticos de serviços de atenção psicossocial (5%),docentes de universidades públicas (4%) e de serviços de oncologia (1%).Levando em consideração a natureza jurídica dos serviços/instituições públicos ou filantrópicos, o número de farmacêuticos advindos de serviços/instituições públicas (393 inscritos) correspondeu a 76% de todos os inscritos.

Conclusão:Observa-se que o número de farmacêuticos inscritos no curso apresentou representatividade de todas as regiões do país, com maior número de farmacêuticos hospitalares e advindos de serviços/instituições públicas.Apesar do grande número de farmacêuticos inscritos no curso, este quantitativo representa 2,05% do total de farmacêuticos cadastrados atualmente no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o que mostra a importância e necessidade do desenvolvimento e execução de novos programas de qualificação para os profissionaisdesaúde, assim como de estimular e motivar os profissionais farmacêuticos sobre a importância da educação permanente para a melhoria dos serviços de saúde, visando a segurança do paciente na utilização de medicamentos.

As redes de ensino e a formação em saúde, identidades e processos de constituição.

Tânia Celeste Matos Nunes, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. tcnunes@globocom

Accompagnement des parcours de formation: vers l'autonomie et la transformation identitaire.

Catherine Gross. IFFP – Lausanne, Suisse. catherinegross@bluewin.ch

En Suisse, plusieurs dispositifs de formation prévoient un accompagnement par des professionnels experts du domaine durant la formation des formateurs et formatrices d'adultes, des enseignants et enseignantes des écoles professionnelles, des accompagnateurs et accompagnatrices des terrains professionnels, des spécialistes de la VAE (validation des acquis d'expérience).

Cet accompagnement se déroule en petits groupes de personnes inscrits dans la même formation puis en entretiens individuels à la demande et en visites sur le terrain professionnel. Les formations qui en bénéficient durent entre environ une année et jusqu'à trois ans pour certaines.

Comment négocier un contrat d'accompagnement? Quelle responsabilité incombe aux professionnels accompagnateurs pour viser l'autonomie? Comment être avec l'Autre et parler à partir de ce qui vient de lui (M.Paul, EDUCATION PERMANENTE n° 153/2002-4)? Comment réguler la tension entre prescription et autonomie?Comment rendre visible l'invisible? Comment interroger ce qui, dans le travail, fait expérience pour pouvoir agir (Y. Schwartz, L. Durrive, 2009)? Quelle posture de médiation, quel rôle éthique facilitent l'émergence d'une transformation identitaire (N. Depraz, F. Varela, P. Vermersch, 2011, p.153)?

Cette communication souhaite mettre en lumière les chemins d'accompagnement menant à l'autonomie et à une transformation identitaire.

Tema: Atenção à Saúde da Mulher

Moderador: Ana Maria Malik – Brasil

Saúde da mulher no Brasil: avanços a partir da integração no Mercosul.

Marcel Oliveira Ferreira, Ana Angélica Martins da Trindade, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Brasil

Objetivo: Análise e discussão das possibilidades de melhorias em termos de formulação de políticas de saúde trazidas pela integração regional com suas negociações e acordos internacionais no âmbito do Mercosul, no período de 2011 a 2013, capazes de repercutir na política de saúde da mulher no Brasil.

Contexto e descrição do problema: Com o avanço da globalização, a economia internacionalizou-se e os blocos de países foram formados para integrar interesses regionais. O Mercado Comum do Sul (Mercosul) destaca-se por se constituir como um bloco econômico regional que procura relacionar questões globais a demandas locais, dentre elas a da saúde. Para o Brasil, a saúde passou, também, a ser tratada a partir da integração regional e da prática da cooperação Sul-Sul, renovando-se recursos institucionais, com propostas de normatizações regionais e avanços na saúde das nações. A violência de gênero é um importante problema de saúde pública, que pode se manifestar como violência física, que é estimulada por uma concepção de mundo vinculada à superioridade masculina, ou como violência sexual, responsável por causar danos irreversíveis à saúde física e mental das mulheres. As doenças crônicas não transmissíveis também comprometem a saúde das nações, sendo importantes causas de óbito em países de baixa e média renda.

Materiais e métodos: Revisão sistemática da literatura em meio eletrônico, utilizando o método hipotético-dedutivo, que requer a construção de hipóteses, através de leituras específicas sobre o tema como artigos, documentos oficiais, atas e livros, submetidas a testes.

Resultados e discussão: No Mercosul, o tema de doenças crônicas não transmissíveis é discutido pela Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis e pelo Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis, enquanto que a violência de gênero é trabalhada pela Reunião de Ministras e Altas Autoridades da Mulher do Mercosul. Tais instituições levaram à elaboração de diversos projetos, recomendações e acordos em âmbito regional, responsáveis por estimular os países a criarem planos nacionais para o enfrentamento dessas problemáticas. O Estado brasileiro passa a valorizar ações que buscam diminuir as desigualdades e ampliar os direitos de seus cidadãos, o que se percebe através de medidas como o Ligue 180, o Sistema de Informação de Câncer e a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que também promoveram o intercâmbio de informações e o enfrentamento de problemas de saúde pública, fortalecendo a questão social no Brasil.

Contribuição da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais: As ciências da saúde não se instituem como uma disciplina e nem como um campo separado das outras instâncias de interpretação da realidade, o que mostra a necessidade de diálogo com outras áreas do conhecimento. A área biomédica, por sua vez, não pode prescindir da problemática social, pois é evidente a influência das condições, das situações e dos estilos de vida sobre o corpo humano. A formação de blocos regionais pode proporcionar melhorias em termos de recursos sociais, mas, ao mesmo tempo, também podem ser identificados conflitos entre eles. O estudo analisa os espaços e instituições regionais criados com o objetivo de resolver as divergências entre os Estados e também de debater questões como a de gênero e a de doenças crônicas não transmissíveis, buscando-se tratada proteção, em especial, das mulheres, que representam um grupo vulnerável em muitos países, pois têm seus direitos fundamentais desrespeitados e se encontram em situação de submissão ao homem em muitas culturas, tornando-as frequentemente vítimas de violência física e psicológica.

Utilisation d'un programme de soutien postnatal à domicile.

Roxane Borgès Da Silva, Geneviève Roch, Université de Montréal, Marie-Hélène Deshaies, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval, Stéphane Turcotte, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval, Christophe Tremblay, Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval, Régis Blais Université de Montréal, Département d'administration de la santé, Ginette Mbourou Azizha3, Université Laval, Faculté des sciences infirmières, Québec. roxane.borges.da.silva@umontreal.ca

Contexte: Les organismes communautaires Famille (OCF) sont considérés comme partenaires des réseaux locaux de services des établissements de santé et de services sociaux (ÉSSS) québécois. Certains OCF offrent un programme de soutien postnatal à domicile appelé relevailles, qui demeure souvent méconnu des professionnels de la santé. Alors que l'expérience de la naissance suscite de nombreux besoins, que les contextes familiaux et sociaux évoluent rapidement, les services offerts par les OCF peuvent contribuer à une offre complémentaire à celle dispensées par les ÉSSS.

Objectifs: Deux objectifs sont poursuivis : 1) Évaluer le profil d'utilisation des relevailles offertes par les OCF en termes de continuité, de productivité et de globalité; 2) Explorer les variations d'utilisation des relevailles en fonction des caractéristiques organisationnelles des OCF, des caractéristiques des familles utilisatrices et des besoins exprimés lors de l'inscription aux relevailles

Démarche : Intégrée à même une études de cas multiples élargie, une enquête réalisée entre le 15 août 2013 et le 15 août 2014 auprès de 4 OCF a permis de collecter des données sur les demandes de services, les familles ayant reçu des visites de relevailles, les besoins de ces familles et les tâches effectuées par les assistantes périnatales pendant les visites. En s'appuyant sur le cadre conceptuel de Borgès Da Silva (2011), des indicateurs de continuité, de productivité et de globalité ont été construits. Des statistiques descriptives, des analyses de correspondances multiples avec classification ascendante hiérarchique et des régressions multi-niveaux ont été réalisées.

Résultats: Au total, 1235 visites sur 12 mois ont été réalisées par les 4 OCF auprès de 134 familles. Le recours aux relevailles vise principalement à combler un besoin de repos/répit, de soutien envers les différents besoins du bébé ou à l'organisation quotidienne et aux tâches ménagères. Le nombre moyen de visites par famille varie entre 5,5 à 12,7. Le pourcentage de visites par famille réalisées par une même assistante (continuité relationnelle) varie entre 82% et 100%. La productivité se traduit par un nombre moyen de visites par famille par mois variant entre 3,8 et 4,5. Quatre profils de visite ont été dégagés pour illustrer la globalité des tâches réalisées à domicile par l'assistante périnatale : 1) instrumental; 2) coaching; 3) nounou; 4) équilibré. Des associations entre les indicateurs et certaines variables organisationnelles et familiales sont observées, sans qu'aucune ne puisse prédire significativement l'utilisation des relevailles.

Conclusion: Les résultats permettent de dresser un portrait de l'utilisation des services de relevailles offerts par des OCF québécois. Ces services postnataux gagnent à être mieux connus des professionnels de la santé pour maximiser la complémentarité des services, le mieux-être des familles et le développement des enfants.

Los desafíos en la atención primaria al Cáncer de Mama en San Luis Potosí México. La perspectiva del personal de salud y las mujeres usuarias de los servicios.

Luz María Tejada Tayabas, Griselda Puente Martínez, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Liseth Amell Salcedo, Unidad de Investigación. Instituto de Cancerología Las Américas, e Blanca Lilia Reyes Rocha, Universidad Autónoma de Querétaro, México. ltejada@uaslp.mx

Objetivo de la investigación; examinar las características y funcionamiento de la atención primaria al cáncer de mama (CaMa) en los servicios públicos de SLP México, desde la perspectiva del personal de salud, así como de mujeres diagnosticadas y en riesgo, usuarias de los servicios.

Contexto y descripción del problema; durante la última década, el cáncer de mama (CaMa) en México se ha convertido en un serio problema de salud pública al constituirse en la segunda causa de mortalidad en mujeres de 20 años y más, con una tasa de 14 muertes por cada 100 mil mujeres¹. Y una incidencia en el año 2014 de 29 casos nuevos por cada 100 mil mujeres, el 90% de los cuales se detectaron en las etapas III y IV¹, lo que se asocia a la muerte de una mujer mexicana por CaMa cada dos horas. Ello muestra un serio problema en las acciones de prevención, detección y diagnóstico oportunos.

Describir las percepciones de los actores involucrados en la atención primaria al CaMa, aporta información relevante sobre el proceso de atención para la prevención y detección oportunos de ésta enfermedad. También puede ser de utilidad en la formulación de estrategias institucionales más acordes con las necesidades y contextos culturales de las mujeres, así como de los requerimientos del personal de salud y los centros asistenciales.

Teoría, método, modelo y material utilizado; Se realizó una evaluación cualitativa² con diseño etnográfico³, incluyéndose en el estudio 24 integrantes del personal de salud (médicos, enfermeras y trabajadores sociales), 16 mujeres diagnosticadas y 51 mujeres usuarias regulares de la atención, seleccionados mediante muestreo intencional⁴. Se llevaron a cabo grupos focales con mujeres usuarias y entrevistas semiestructuradas con el personal de salud y mujeres diagnosticadas. Se empleó análisis de contenido estructurado⁵, con apoyo del programa ATLAS.ti 6.2.

Los resultados y la discusión sobre lo expuesto. Los diferentes grupos de informantes revelan que las acciones de prevención, detección y diagnóstico oportuno de CaMa presentan dificultades relacionadas con la organización y estructura de los servicios de salud, principalmente las condiciones y los recursos humanos involucrados parecen ser insuficientes para una atención de calidad. Los principales desafíos son el número reducido de personal de salud y el exceso de trabajo. Desde la perspectiva del personal, hay una desproporción entre los prestadores de servicios y la demanda de atención, no sólo de las usuarias del Programa de CaMa sino del total de las personas que acuden al centro de salud, a quienes se ofrecen servicios de todos los programas de atención primaria (32 programas). Por su parte, las mujeres coinciden en que la capacitación clínica de los médicos es insuficiente, lo que conlleva a cometer errores en los diagnósticos.

Si bien todos los informantes coinciden en la gran ventaja de la gratuidad del programa de CaMa, particularmente las mujeres refieren que los largos tiempos de espera, la desorganización y falta de coordinación para los estudios diagnósticos y la inoportuna entrega de resultados, da como resultado la necesidad de búsqueda de atención en la medicina privada a fin de agilizar los procedimientos y acelerar el diagnóstico, lo cual les genera gastos extraordinarios.

Tales debilidades conducen a un diagnóstico tardío lo que, en parte, explica la alta frecuencia de diagnósticos en etapas avanzadas⁶.

En algunos casos, los retrasos en el diagnóstico se asocian también a la ignorancia y la falta de información en las mujeres sobre los riesgos y consecuencias de la enfermedad. La mayoría de las participantes en el estudio no se realiza el autoexamen periódicamente, y el personal de salud debe insistirles para que realicen chequeos con mastografía cuando corresponde. Incluso entre las mujeres diagnosticadas, fue común que demandaran atención al notar un nódulo en alguna de sus mamas e incluso algunas de ellas aplazaron la evaluación médica por temor al diagnóstico positivo o por una percepción distorsionada de riesgo, al pensar que no les podría pasar a ellas.

Por lo tanto, es esencial incrementar las acciones de educación para aumentar la conciencia entre las mujeres acerca de la relevancia del autoexamen y la revisión periódica⁷.

Fortalecer las acciones de prevención, detección y diagnóstico oportunos incrementaría las posibilidades de un tratamiento oportuno, la supervivencia y un pronóstico favorable, además de la optimización de recursos⁸.

Temas que se quieran discutir a lo largo de la sesión de la presentación

- Características de los programas de CaMa en otros sistemas de Salud.
- Alternativas para afrontar los desafíos de las barreras institucionales para el acceso a la atención primaria del CaMa.
- Las dificultades para la operación eficiente de las políticas públicas en materia de atención al CaMa. Experiencias en diferentes sistemas de salud.

O Acesso e a Acessibilidade das Mulheres Negras na Atenção Básica: reflexões acerca da equidade na atenção à saúde das gestantes com sífilis.

Rebel Zambrano Machado, Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Maria Isabel Barros Bellini, Liana de Menezes Bolzan, Jaqueline Oliveira Soares e Elaine Oliveira Soares, Universidade católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Brasil. rebel-machado@saude.rs.gov.br

Objetivo: Investigação sobre o Acesso e a Acessibilidade na Atenção Básica da Gestante que se autodeclara negra ou parda e seu parceiro.

Contexto: A sífilis se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil, considerada a segunda doença sexualmente transmissível prioritária pelo Ministério da Saúde. Com o aumento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita no país e na região Sul, esta trata-se de um evento sentinela para avaliar a qualidade do pré-natal, pois seu agravamento é motivo de preocupação devido ao risco do aumento de morbimortalidade do feto que ocorre através da transmissão vertical. O tratamento da sífilis é disponibilizado na rede básica de saúde e deve ser realizado conforme protocolo do Ministério da Saúde. Isso significa que a transmissão vertical da sífilis pode ser evitada, se tratada em tempo oportuno durante a gravidez. A Região Sul é a terceira região do Brasil com maior número de casos confirmados de sífilis congênita. No município de Porto Alegre, esta doença apresenta um alto índice, principalmente na população feminina que se autodeclara negra ou parda. A partir desses dados foi construído o projeto "Investigação sobre o Acesso e Acessibilidade na Atenção Básica da Gestante que se autodeclara negra ou parda e seu parceiro".

Método: Trata-se de Projeto proposto em parceria entre o NETSI (Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade/ PPGSS /PUCRS), Secretaria Estadual de Saúde/RS e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS e tem o objetivo de investigar os processos de acesso e acessibilidade da população negra ou parda delimitada a mulheres gestantes e seus parceiros na atenção básica no município de Porto Alegre, com ênfase nas doenças crônicas transmissíveis, em especial a sífilis. Para aprofundar o conhecimento em relação ao objeto de estudo, elegeu-se como procedimento de abordagem o enfoque misto, que visa a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas, afim de se obter maior compreensão dos temas abordados na pesquisa. O projeto em tela expõe fatos e suas decorrências que estão ligados ao contexto social, político e econômico e para melhor apropriação e interpretação e análise destes se ampara no método dialético, no qual está presente a investigação da realidade através do estudo. A coleta de dados será a partir de entrevistas semi-estruturas, tendo como sujeitos: as gestantes, seus parceiros e os profissionais de saúde. Essa pesquisa também se propõe a realizar uma análise documental, em que se constituem em documentos de domínio público como: as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2014 a 2015, a Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o Plano Nacional de Vigilância das DSTs, Ampliação da Cobertura e Promoção do Acesso Universal e Gratuito e Redução da Transmissão Vertical da Transmissão do HIV e Sífilis com vistas a eliminação da Sífilis Congênita. A análise dos dados será realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (2011), em que é composta por três fases: inicia-se com a pré-análise, que corresponde à fase da organização dos materiais; posteriormente, inicia-se a exploração dos materiais, realizando o estudo aprofundado a partir do referencial teórico e, por último, o tratamento dos resultados, através de sua análise.

Resultados: Os resultados desse projeto encontram-se em processo de análise documental, faltando as entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Entretanto, os dados já levantados sugerem que a acessibilidade das mulheres autodeclaradas negras ou pardas e seus parceiros não está sendo garantida pelo SUS, demonstrando a importância de se implementar ações que visem a redução das desigualdades e a garantia da equidade na atenção à saúde das mulheres negras, considerando os marcadores sociais como raça, cor, etnia, gênero e classe social.

Sessão 35

Sala 3

Tema: Interdisciplinarité et Processus de gestion participative

Sessão organizada: Manuel Salazar et Pierrette Chenevard, Suisse; Lise Lamothe, Alexandre Bugelli, François Lamy, Anaïck Briand, Université de Montréal, Québec

Intégrer un nouveau modèle tarifaire national tout en maintenant qualité et efficience dans le processus de prise en charge d'un patient.

Pierrette Chenevard, Directrice d'Espace Compétences SA, Suisse ; Cédric Delapraz, Responsable de formation Espace Compétences SA, Suisse ; Anoucha Galeazzi Directrice de HR Systemics SA, Suisse ; Manuel Salazar Directeur Hôpital de l'Institution de Lavigny, Suisse.

Gestion participative: des gains garantis pour tous.

Lise Lamothe. Vice-doyenne aux études, École de santé publique, Université de Montréal, Québec, Canada.

Sessão 36

Sala 4

Tema: Interprofissionalidade na formação universitária na área da saúde: políticas, programas e práticas pedagógicas em questão

Sessão organizada: Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira – Brasil. cleliaparreira@unb.br

O Brasil está construindo um sistema de saúde público que procura uma assistência integral, a promoção da saúde e que enfrenta a complexificação dos determinantes sociais de problemas de saúde. Com o objetivo de fortalecer

o Sistema Único de Saúde (SUS), se tem buscado a reestruturação do modelo de atenção, dando prioridade aos cuidados primários e à formação adequada para mudanças necessárias nas práticas de saúde e de educação em saúde. Desta forma, o desafio é desenvolver uma prática reflexiva e contextualizada, uma práxis pedagógica adequada para superar a formação estritamente técnica e tradicional, com foco na formação que se pautem pela ética, crítica, reflexão e colaboração, na qual seu caráter histórico, transformador, humanizado e com responsabilidade social. As inovações e mudanças na formação dos profissionais de saúde em diferentes níveis, educação em saúde, produção de conhecimento, a educação permanente são encontradas nos Programas interministeriais como o Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), o Programa Mais Médicos e o Programa de Residência Multiprofissional, que amplificam mudanças paradigmáticas adequadas às novas exigências do trabalho em saúde, que pretendem influenciar a formação e contribuir para potencializar a integração ensino-serviço-comunidade em áreas estratégicas de atuação para o SUS, nas redes prioritárias, definidas em parceria com os gestores de realidades locais e regionais. Eles representam ações conjuntas de MS e MEC, com foco na formação de todos os profissionais de saúde. De uma forma geral, a formação dos profissionais de saúde no Brasil demanda esforços e estratégias visando sua reorientação em direção à maior aproximação entre ensino e trabalho no sistema público de saúde. Nessa perspectiva, a Educação Interprofissional se apresenta como abordagem necessária às reflexões sobre o Processo de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, na realidade brasileira. Estudantes e professores reconhecem a necessidade de melhorar as habilidades para a colaboração de futuros profissionais e têm reafirmado a importância do trabalho em equipe no contexto do SUS. Da mesma forma, têm reconhecido que o ponto de maior dificuldade está relacionado com as interações interprofissionais, tais como relações hierárquicas, respeito e conhecimento do papel do outro no trabalho em equipe, o que tem encontrado na qualificação docente e na lógica do ensino universitário suas mais importantes barreiras para a adoção da EIP. No caso brasileiro, a despeito das importantes políticas de indução dessa reorientação desejada, se evidenciam limitações das instituições formadoras para a formação de habilidades, atitudes e competências para o trabalho colaborativo. Assim, o debate sobre educação interprofissional e trabalho colaborativo se mostra como necessário para atribuir maior envergadura às atuais políticas. A realidade de produção dos serviços de saúde, por sua vez, apresenta demandas ao processo de formação que não podem ser negligenciadas sob pena de fragilizar a proposta de um sistema de saúde centrado nas necessidades sociais, produzidas no seio das grandes e importantes transformações históricas. Nesse aspecto, a reforma sanitária no Brasil alcançou seu auge com a inscrição do direito à saúde na constituição de 1988, a qual vem sendo operacionalizada com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1989. Embora, com a nova legislação infraconstitucional, o Ministério da Saúde tenha assumido o papel de regulador da formação dos profissionais da saúde, apenas em 2003 este órgão passa a desenvolver iniciativas importantes neste âmbito. Diversos programas orientados para a graduação das profissões da saúde foram desenvolvidos de forma pioneira, dentro dos quais destacamos o Pró-Saúde e o PET-Saúde, por terem incluído entre seus objetivos o desenvolvimento da interprofissionalidade. Estes programas alcançaram um expressivo número de instituições de ensino superior, envolvendo milhares de professores e alunos em práticas de ensino-aprendizagem e intervenção no âmbito da atenção primária em saúde, com valorização da diversidade e complexidade das dificuldades vividas no cotidiano do autocuidado, a dimensão ética da autonomia do paciente, a reflexão sobre as dificuldades vividas e estratégias de enfrentamento e o reconhecimento destas últimas como “saberes da experiência”. Nesse sentido, é importante que sejam discutidas experiências que tenham potência para traduzir, em desenhos curriculares e práticas pedagógicas, o desenvolvimento de competências colaborativas, além de estabelecer atividades práticas e pedagógicas nas quais os estudantes atuem conjuntamente para analisar situações, conhecer cenários, tomar decisões sobre casos e propor alternativas para o enfrentamento de situações que comprometem a saúde de sujeitos e grupos populacionais, o que implica conhecer as habilidades e especificidades das diferentes profissões e buscar maior clareza sobre as complementaridades possíveis para a qualidade da atenção e do cuidado em saúde. Como os estudos sobre educação profissional, a despeito dos avanços na construção de instrumentos de avaliação, apresentam lacunas importantes à sua concretização, dentre as quais se destacam aquelas relacionadas às relações desiguais de poder existentes entre as profissões de saúde e as distintas dimensões interacionais que podem afetar a qualidade das relações interprofissionais e da atenção à saúde, e que são pouco exploradas, uma sessão temática a esse respeito ampliará as oportunidades para seu debate e reflexão.

Políticas de indução de mudanças e inovação na formação interprofissional no Brasil.

Eliana Goldfarb Cyrino, Universidade Estadual Paulista, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Universidade de Brasília, Brasil

Educação interprofissional, formação e trabalho em saúde.

Marcelo Viana da Costa, Universidade Estadual Paulista, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Universidade de Brasília, Brasil

Mudanças no ensino de graduação no Brasil: do político ao micropolítico no espaço da atenção primária à saúde.

Antônio Pithon Cyrino, Universidade Estadual Paulista, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Universidade de Brasília, Brasil

Qualificação para o trabalho em saúde e formação interprofissional: desafios para a consolidação de mudanças curriculares no ensino superior.

Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Universidade de Brasília, Brasil

Sessão 37

Sala 5

Tema: Gestão e a organização do trabalho

Moderadora: Janete Lima de Castro – Brasil

O trabalho da enfermeira no contexto das mudanças tecnológicas e organizacionais.

Ednir Assis Souza, Carmen Fontes Teixeira e Mariluce Karla Bomfim de Souza, Universidade Federal da Bahia, Brasil.
ednirassis@hotmail.com

As mudanças contemporâneas no “mundo do trabalho”, aliadas ao processo de Reforma Sanitária, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao mesmo tempo, o fortalecimento do Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) no Brasil, configuram um cenário no qual se observam mudanças nas organizações e nos processos de trabalho de diversas categorias profissionais, dentre as quais a enfermeira, cuja participação no trabalho em saúde ampliou-se quantitativamente com o movimento de expansão e desenvolvimento dos serviços de saúde, notadamente dos hospitais e recentemente, dos serviços de atenção básica. O estudo almejou revisar o estado da arte relativo à temática “trabalho” e “processo de trabalho”, em livros, artigos e trabalhos científicos, a partir da década de 1980, tomando como principal referência a teoria do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1988), com fins de ampliar e atualizar o conhecimento, bem como, situar a problemática no contexto brasileiro. Conclui-se que ao longo do tempo, o trabalho em saúde vem sofrendo transformações, mediadas pela globalização neoliberal e pela lógica da reestruturação produtiva, assumindo configurações concernentes ao cenário produtivo mundial, mas também as especificidades nacionais, regionais e setoriais. Dessa forma, no cenário de desenvolvimento das políticas de saúde, no Brasil, considerando o surgimento do SUS e ao mesmo tempo, a ascensão do SAMS, o trabalho da enfermeira, adquire traços e características que perpassam, ao mesmo tempo, aspectos relacionados à produção mundial e aspectos relacionados às especificidades nacionais. O estudo contribui para a atualização do debate sobre as mudanças que vêm ocorrendo no trabalho da enfermeira e suas repercussões nas dimensões assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa que constituem o seu trabalho, em função da incorporação científico-tecnológica e das transformações organizacionais dos sistemas (público/privado) de saúde no Brasil. Em particular, no que se refere aos objetos de investigação da Saúde Coletiva, o estudo representa uma contribuição à análise acerca dos trabalhadores da área da saúde e suas relações com os Sistemas de Saúde, em suas múltiplas dimensões.

Gestão do Trabalho: análise das estruturas organizacionais.

Janete Lima de Castro, Dyego Leandro Bezerra de Souza, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Maria Aparecida Dias e Jovanka Bitencourt Leite de Carvalho, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.
janetecastro.ufrn@gmail.com

Objetivo: Identificar estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde, visando analisar a adequação das estruturas existentes ao que preceitua o SUS em relação às políticas de valorização do trabalhador e do trabalho.

Contexto e descrição do problema: No contexto brasileiro atual o SUS pode ser considerado a política de maior envergadura na dimensão pública e inclusiva. Sua criação marcou a consolidação da Reforma Sanitária e propôs

um novo modelo organizacional baseado em duas grandes diretrizes: descentralização e democratização das ações.

A descentralização busca adequar o sistema à diversidade regional de um país continental como o Brasil com realidades econômicas, sociais e sanitárias distintas, repassando para os estados e municípios decisões relacionadas às políticas a serem implementadas, através das suas secretarias de saúde. E a democratização, busca assegurar o exercício da democracia e do controle social no SUS.

A criação e implementação do SUS também deve ser compreendido como um processo político e social em constante mudança, bem como espaço de construção e exercício de cidadania. E em decorrência dos seus desdobramentos, houve a ampliação da rede de serviços de saúde nos estados e municípios gerando a necessidade da criação de novas estruturas para diversas áreas que o compõem.

No âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde, o Ministério da Saúde criou no ano de 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como nova estrutura organizacional, no intuito de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação/ qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde.

As estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação das secretarias de saúde dos estados e municípios devem assumir na rede de serviços a responsabilidade, como a sua denominação bem o diz por duas ações que dão sustentação à cidadania: trabalho e educação. Assim, são setores, em grande parte das secretarias de saúde, com estruturas precárias, número de pessoal insuficiente para as ações desenvolvidas e com insuficiente qualificação para trabalhar na área comprometendo assim o seu papel.

Considerando o cenário de mudanças e implementações de novas estruturas organizacionais nas secretarias de saúde dos estados e municípios algumas questões importantes emergem e necessitam ser esclarecidas: Como estão se processando as mudanças para criação ou reestruturação dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde? Que atividades estão sendo desenvolvidas? Que dificuldades existem para o seu devido funcionamento?

O mapeamento dos setores de gestão do trabalho e estruturas, assim como a busca de respostas para esses questionamentos, objetos desta pesquisa, contribuem para tornar visível a falta ou não de reordenamento de seus espaços, tempos e recursos humanos necessários à implantação efetiva das suas políticas.

Teorias, métodos, modelos, materiais utilizados: Estudo exploratório e descritivo acerca da estrutura de Recursos Humanos/ Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das secretarias municipais e estaduais do SUS da Região Centro-Oeste do Brasil.

As unidades de análise foram as secretarias estaduais e municipais de saúde. Os dados sobre as instituições foram informados pelos alunos participantes do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Estes foram coletados através da aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas abordando 15 itens relacionados aos objetivos da pesquisa, contemplando informações sobre as estruturas dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde, atividades desenvolvidas, parcerias e dificuldades para o seu funcionamento. A análise foi feita em duas etapas sendo a primeira com uma abordagem quantitativa utilizando o *software Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 20.0 e a segunda incorporando uma abordagem qualitativa às interpretações, a luz de referenciais teóricos e contextuais da análise de conteúdo.

Resultados e discussões: Os setores responsáveis pela Gestão do Trabalho e da Educação das Secretarias de Saúde necessitam serem reestruturados para responderem melhor as exigências da gestão do sistema e dos processos de trabalho. Buscou-se com essa pesquisa compreender como se organizam e funcionam essas estruturas tendo como suporte empírico a estrutura de funcionamento existente.

Foram evidenciadas diversificações entre as instituições pesquisadas que mostram estruturas diferenciadas com uma tendência de reorganização na tentativa de integrar a área de gestão do trabalho e educação na saúde, mas ainda sem obtenção da referida integração. Assim como, as estruturas existentes não favorecem a viabilização de uma política que possa enfrentar desafios da área que comprometem a eficiência dos serviços de saúde.

O funcionamento dos setores responsáveis pela gestão do trabalho e educação na saúde enfrenta dificuldades de ordem estrutural, organizacional e política contradizendo o discurso de alguns gestores sobre a necessidade de priorizar área para minimização dos problemas que afetam o sistema de saúde como um todo.

Apesar de existir avanços no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS, estes estão concentrados no âmbito das secretarias estaduais e dos municípios de maior porte, persistindo dificuldades e assimetrias impedindo a adoção de política que possam contribuir para solucionar a problemática que refletem diretamente na qualidade da atenção a saúde.

Condições laborais e situação vacinal de trabalhadores da atenção primária a saúde.

Rejane Silva Rocha; Gilmar Aparecida Batista Fernandes; Denise Cristina Alves de Moura; Rosangela Maria Greco.
Universidade Federal de Juiz de Fora. rejanetrocha@gmail.com

Frente às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira surge uma proposta de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), com a estruturação das redes de atenção à saúde onde a Atenção Primária assume um papel de porta de entrada do sistema, mas com uma proposta de atenção contínua e integrada, de centro de comunicação e de coordenação do cuidado (LACERDA E SILVA et al., 2014; MENDES, 2010). A partir dessa proposta, o processo de trabalho na Atenção Primária a Saúde (APS) necessita de uma equipe multidisciplinar que atuem sob uma dimensão tecnológica, interativa e intersubjetiva, a fim de interferir no processo de adoecimento respondendo as necessidades dos indivíduos, alcançando assim uma assistência de qualidade (CARVALHO et al., 2012; FÁRIA, H. WERNECK, M. SANTOS, M.A 2009). Dentre as várias ações que compõe o processo de trabalho na Atenção Primária, destaca-se a imunização como um dos serviços prioritários que possui como objetivo a prevenção da transmissão de doenças, estando os programas de imunização em nosso país, voltados para a comunidade atendida pelas unidades de saúde e também para os trabalhadores (BRASIL, 2003). Em relação à imunização de trabalhadores e particularmente no que diz respeito à imunização dos trabalhadores que atuam na APS, esta se torna primordial, pois os agentes patogênicos presentes no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde favorecem a aquisição de doenças e assim a imunização desses trabalhadores é uma ação preventiva que contribui para a promoção da saúde, minimiza a ocorrência de faltas por adoecimento e protege a coletividade (SANTOS, et al, 2011). Portanto, estudar a situação vacinal dos trabalhadores da APS é importante, pois estas influenciam a condição de saúde dos mesmos, sendo, o objetivo deste estudo analisar e discutir a situação vacinal dos trabalhadores da APS.

Método: Estudo transversal, parte de uma pesquisa maior denominada “Trabalhadores da APS: Condições de trabalho e de vida, realizado no município de Levy Gasparian – Rio de Janeiro, com 22 participantes. Utilizadas questões para caracterizar o perfil socioeconômico, ocupacional e vacinal. Análise com SPSS versão 15. Atendidos os princípios éticos, com parecer nº 932.706.

Resultados: Participaram do estudo 20 (90,9%) mulheres e dois (9,1%) homens, com predominância (45,5%) da renda familiar entre um e dois salários mínimos. A idade variou entre 27 a 56 anos, com média de 36,7. Dos participantes, 14 (63,6%) eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três (13,5%) técnicos de enfermagem, dois (9,1%) dentistas, dois (9,1%) enfermeiros e um (4,5%) auxiliar de saúde bucal. O tempo de trabalho na APS variou de um ano a 13 anos. Dos trabalhadores, três (13,6%) possuíam dois empregos e 19 (86,4%) um emprego. Em relação ao trabalho noturno 18 (85,7%) não trabalhavam a noite e três (14,3%) sim, com carga horária semanal de 40 horas 18 (81,8%) e 30 a 82 horas 4 (18,0%). Referiram acidente de trabalho duas pessoas (9,5%), sendo um com perfuro cortante e um queda. Quanto ao adicional de insalubridade, 14 (63,6 %) não recebem e oito (36,4%) recebem. Quanto às respostas sobre as questões sobre a situação vacinal, observou-se que: 21 (95,5%) relataram possuir cartão vacinal e 1 não (4,5%). Se o cartão foi avaliado no momento da contratação, 15 (68,2%) sim e 7 (31,8%) não. Se houve necessidade em atualizar o cartão de vacinas quando foi contratado 9 (40,9%) sim e 13 (59,1%) não. Dos que precisaram atualizar os cartões, relataram ter recebido as seguintes vacinas: hepatite B, dupla adulto (difteria e tétano) e febre amarela. Todos participantes consideraram importante que o profissional da APS mantenha o cartão de vacinas atualizado pelos seguintes motivos: para estar protegido, para garantir a proteção contra doenças, evitar a transmissão de doenças e para garantir a própria segurança, dos colegas de trabalho e usuário. Ao serem questionados quanto ao recebimento de orientação a respeito das vacinas que o profissional atuante na APS deve manter em dia: 9 (40,9%) apenas no momento da contratação, 5 (22,7%) nunca receberam orientação, 4 (18,2%) com frequência, 3 (13,6%) pelo menos uma vez por ano e 1 (4,5%) somente nas campanhas de vacinação. Com este estudo foi possível verificar que os profissionais reconhecem a importância da imunização para a promoção de sua saúde bem como da saúde da comunidade que atendem, porém constatou-se que 22,7% dos participantes referiram nunca ter recebido orientações sobre quais vacinas necessitam manter atualizadas para prevenir doenças imunopreveníveis enquanto trabalhadores da APS, que se expõem aos riscos biológicos em seu cotidiano laboral, indicando esse resultado, a necessidade de melhorar ou adequar às ações educativas que estão sendo oferecidas aos trabalhadores com o intuito de estimulá-los a buscar proteção por meio das vacinas.

Tema: Condições de trabalho e saúde do trabalhador 2

Moderador: Carlo de Pietro – Itália

La tutela della salute del personale nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano: i risultati definitivi di una ricerca economico-aziendale.

Carlo de Pietro, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Svizzera. carlo.depietro@supsi.ch

La ricerca approfondisce e completa quanto già presentato al CALASS 2015, rispondendo alle seguenti domande:

- Quante sono le inidoneità (incidenza e prevalenza) nelle aziende sanitarie pubbliche SSN? Qual è il loro andamento quantitativo nel tempo? Con quale frequenza vengono riviste/revocate?
- Ci sono differenze sistematiche legate a: (i) categoria d'inquadramento; (ii) genere; (iii) età; (iv) Regioni (o macro-regioni)?
- Quali elementi orientano il comportamento/ le decisioni dei medici del lavoro responsabili della sorveglianza sanitaria del personale SSN?
- Quali sono le prassi manageriali che prevengono i problemi o ne riducono gli impatti?
- Quali sono le altre misure, di ordine extra-aziendale, che potrebbero essere prese per migliorare la gestione di tale importante attività?

IL CONTESTO E LA DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Le aziende sanitarie sono un contesto assai interessante per guardare alle modalità e ai risultati dei sistemi di controllo e tutela della salute dei lavoratori. Tale interesse deriva, nell'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche italiane, dall'esse e al contempo organizzazioni nelle quali (i) il lavoro è "usurante" sia sotto il profilo fisico sia sotto quello psichico; (ii) molte attività sono h24; (iii) la cultura burocratica e di tutele del pubblico impiego è assai presente; (iii) l'azione sindacale è tradizionalmente forte.

Negli ultimi anni diversi fenomeni hanno reso più rilevante – e problematica – la gestione di tali aspetti. Primi tra tutti tali aspetti sono certamente (i) l'aumento dei ritmi di lavoro e della sua intensità sia tecnica sia emotiva e (ii) il rapido invecchiamento degli organici aziendali.

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

La ricerca si è avvalsa di più fonti/strumenti di analisi:

- Comitato guida, che raccoglie esponenti di attori chiave per comprendere il fenomeno nelle sue diverse dimensioni (ANMA, FIASO, IPASVI, Ministero della Salute, organizzazioni sindacali, SIMLII) e discutere i risultati delle analisi quantitative e qualitative (cfr. sotto);
- Rilevazione "quantitativa" (incidenza e tipologia delle limitazioni) presso 49 aziende pubbliche SSN;
- Rilevazione qualitativa con redazione di 9 casi di studio aziendali, capaci di ricostruire le modalità organizzative di gestione del fenomeno

I RISULTATI E LA DISCUSSIONE

I risultati mostrano una alta rilevanza del fenomeno "non idoneità" ma al contempo una grande carenza di informazioni sistematiche e comparabili, sia relative a prevalenza e tipologie di tali non idoneità, sia relativa alla gestione aziendale delle stesse.

I risultati confermano la rilevanza dell'invecchiamento degli organici nella diffusione delle non idoneità, il che richiede risposte rapide ed efficaci nei contratti di lavoro, nelle regole e responsabilità istituzionali, nell'azione manageriale.

IL CONTRIBUTO/L'INTERESSE DELLA COMUNICAZIONE IN RAPPORTO ALLO STATO DELL'ARTE O ALLE PRATICHE

La ricerca per la prima volta produce informazioni e analisi a livello nazionale su un tema che sempre più è percepito come particolarmente critico dal management e dagli operatori del sistema sanitario pubblico italiano.

Condições e relações de trabalho na saúde: um estudo com servidores estaduais lotados em unidades assistenciais de municípios da Bahia.

Iracema Viterbo Silva, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Universidade Federal da Bahia, Thadeu Borges Souza Santos, Universidade Estadual da Bahia, Vinicio Oliveira da Silva, 2Universidade Federal da Bahia e Fabriccio Macedo, 2Universidade Federal da Bahia, Brasil. iviterbos@hotmail.com

Contexto/Problema: Alguns estudos têm apresentado relatos de trabalhadores acerca de situações de desprazer em relação ao trabalho na saúde. Situações estas que estariam associadas às características do modo de produção nos tempos atuais como precarização das relações de trabalho, perda contínua de direitos de proteção aos trabalhadores, flexibilidade nas formas de contratação, entre outros. No que tange ao servidor público da saúde, estes estão imunes a muitos desses problemas, entretanto, há evidências de que essa classe trabalhadora também está sujeita a determinadas situações no trabalho em saúde que podem acarretar consequências para a saúde, com o comprometimento da assistência à população, o que justifica a realização de estudos para identificação e análise do problema.

Os objetivos foram analisar as condições e as relações de trabalho de servidores estaduais da saúde e identificar situações no ambiente de trabalho que levam à insatisfação desses trabalhadores.

Metodologia: trata-se de um estudo qualitativo que utilizou os registros dos diários de campo de um estudo transversal, cujo objetivo foi identificar os principais problemas de saúde que acometem os servidores públicos da saúde. Além do instrumento contendo perguntas fechadas, entrevistadores treinados utilizaram diários de campo para fazer observações e registros dos relatos espontâneos dos trabalhadores, no momento da entrevista face a face. No processo de análise, esses registros foram digitados em planilha Excel e foram agrupados em categorias, a depender da similaridade.

Resultados e Discussão. Entre as categorias identificadas e trabalhadas, estão a ambiência e estrutura física das unidades de saúde pública que muitas vezes funciona de forma precária; a sobrecarga de trabalho é mencionada frequentemente, ao considerarem o número insuficiente de trabalhadores, o que aponta para a necessidade do dimensionamento dessa força de trabalho; sentimentos de desvalorização ao considerar que seu trabalho não recebe o reconhecimento desejável. Esse não reconhecimento é expresso não só pelo baixo salário como em situações em que realiza trabalhos abaixo do nível de competência; condições de saúde desfavoráveis que levam ao afastamento por doença, devido problemas físico e mental. Geralmente esses afastamentos são vinculados ao processo de trabalho. Outras situações ainda pouco exploradas pela literatura como a violência no trabalho em suas variadas formas, incluindo o assédio moral, apontado como mais recorrente no serviço público.

Contribuições: este trabalho soma-se a outros que têm estudado as variadas formas de gestão dos serviços públicos, abordando aspectos que são desdobramentos da atual gestão da saúde no país. Apesar de não conviverem com o problema da precarização das relações de trabalho, esses trabalhadores sofrem as consequências de administrações que não estimulam ou até dificultam a participação dos trabalhadores nos processos de decisão do sistema. A identificação dos problemas aqui identificados aquecem o debate e a busca de soluções.

Análisis de los agravios en salud de los trabajadores en la industria de la construcción civil en 76 municipios del oeste del estado de santa catrina – Brasil

Rodrigo Momoli, Centro de Referência em Saúde do trabalhador - CEREST Regional de Chapecó; Sinval Adalberto Rodrigues Junior, Letícia de Lima Trindade, Maria Assunta Busato, Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ, Brasil. rodrigo42@unochapeco.edu.br

INTRODUCCIÓN: se trata de un proyecto de investigación del Programa de Pos-Grado stricto sensu de la Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ – lo cual tiene en sus líneas de investigación, “salud, sociedad y ambiente”. La salud del trabajador (ST) se caracteriza como un importante indicador en los aspectos de salud, sociedad y ambiente. En Brasil, la ST objetiva en el marco político institucional y en la salud colectiva, contrarrestar y al mismo tiempo añadirse a las bases hegemónicas de la medicina del trabajo. También aparece en el Sistema Único de Salud (SUS) en la perspectiva de la integralidad en la asistencia en salud, basada en las acciones de promoción, prevención y vigilancia en ST. Como medidor de los aspectos de salud y ambiente,

están la ST, los agravios en ST y, entre ellos, los relacionados al proceso de trabajo en la Industria de la Construcción Civil (ICC) que son definidos como aquellos que afectan la salud de los trabajadores del sector y su cadena de producción. Frente al expuesto, se destaca la importancia del (re)conocimiento sobre los agravios en ST de la ICC, con el fin de mejorar las acciones de promoción, prevención, protección y la vigilancia en ST de ese sector. OBJETIVO: analizar el perfil de los agravios de la ST en la ICC, en 76 municipios del Oeste de Santa Catarina (SC), Brasil, Macrorregión Oeste de SC, teniendo en cuenta, las notificaciones de los agravios en ST, del banco de datos del Centro de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) – Regional de Chapecó-SC, en período del 2010 al 2015. METODOLOGÍA: este es un estudio de naturaleza cuantitativa, con enfoque descriptivo, ecológico, documental, analítico, retrospectivo y transversal. La fuente de los datos de esa investigación se consistirá por todas las fichas de notificación de agravios en ST registradas en el CEREST Regional de Chapecó – SC en el período del 2010 al 2015 que hayan sido enviadas a ese Centro, por las instituciones de salud de su zona de actuación. Los agravios son definidos como accidentes de trabajo considerados leves, graves y fatales, además de las intoxicaciones exógenas que tienen relación con el trabajo, las cuales están descritas en la Portaria 204 del 17 de febrero del 2016. Como agravios en ST, el estudio tratará, también, las enfermedades ocupacionales del segmento, como: Lesiones por Esfuerzos Repetitivos (LER), Pérdidas Auditivas Inducidas por el Ruido (PAIR), Neumoconiosis Relacionadas al Trabajo, Cánceres Relacionados al Trabajo, Trastornos Mentales Relacionados al Trabajo, Dermatitis Ocupacionales, todos arrollados en la Portaria 205 del 17 febrero del 2016. Después de ese primer paso, se tabularán los datos, organizados y almacenados en un archivo del programa Microsoft Office Excel® versión 2010, con las variables socio demográficas: sexo, edad, raza, escolaridad, ocupación, municipio de residencia y empleo; características de los accidentes como: tipo de agravio (accidente de trabajo leve, con mutilación, graves o enfermedades ocupacionales), municipio de residencia, municipio de la ocurrencia del agravio, categoría profesional del trabajador (según el Registro Brasileño de Ocupación – CBO – sigla en portugués), si hubo internación hospitalaria, tipo de procedimiento de salud recibido, registro internacional de la enfermedad (CID) del accidente causador e institución empleadora; y en relación al proceso de notificación: número de la notificación, profesional de salud que realizó la notificación, parte del cuerpo atingida por el accidente. Serán considerados criterios de exclusión las fichas de notificación que no tienen las siguientes informaciones: tipo del agravio, local del agravio, ocupación del trabajador y año del agravio. Para el análisis estadístico de los datos se utilizará el programa de la Statistical Package for the Social Sciences® - SPSS versión 20.0 de la Universidade Comunitária da Região de Chapecó para calcular las frecuencias absolutas y los porcentuales relativos a la población estudiada. Además, serán analizadas las variables categóricas, la media, mediana y el desvío patrón de las variables numéricas. Análisis adicionales de asociación, cuando sea posible, serán realizadas utilizando el test chi-cuadrado de asociación con un $\alpha=0,05$. RESULTADOS ESPERADOS: este proyecto presenta una relevancia muy significativa debido al gran número de accidentes de trabajo en la ICC en el país, en especial, por provocar, en la mayoría de las veces, fatalidades y mutilación al trabajador. También, por la necesidad de las instituciones de control y vigilancia del proceso productivo de la ICC, de tener informaciones detalladas del perfil de los accidentes de trabajo de ocurren con el trabajador de la ICC. A partir de los resultados de ese estudio se podrán proponer políticas públicas y acciones para reducir al mínimo los agravios en la salud de los trabajadores de la construcción civil.

Las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud. Una mirada a América Latina.

Carolina Tetelboin, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Darío Salinas, Universidad Iberoamericana, México. ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

El objetivo de la propuesta: El presente trabajo da cuenta de una revisión de las condiciones de trabajo, vida y salud de los trabajadores de la salud en el marco de los procesos de flexibilización en marcha en los países de la región.

El contexto y la descripción del problema. El contexto del problema es que en todos los países de la región que han seguido los lineamientos de las políticas que se sintetizan en el llamado “Consenso de Washington”, se han deteriorado las condiciones de los trabajadores en general y de la salud, de manera específica. Existen datos de diversas naturalezas que muestran la afectación que bajo estas doctrinas ha sufrido la fuerza de trabajo poniendo término al pacto social generado en la post guerra que permitió, dicho de modo general y salvo excepciones, un papel activo del Estado en la construcción de la sociedad, y de la relación del trabajo con el capital, logrado a través de sus luchas. Este pacto de clase también permitió una política de Estado que creó la infraestructura social y las instituciones públicas, incluidas las de salud, una economía de desarrollo hacia adentro y el aumento del consumo no suntuario; también la formación de capas medias profesionales y la burocracia, y a pesar de proyectos

productivos para el campo, el inicio de una importante migración campo-ciudad hacia fines de los sesentas. La década de los setentas se caracteriza por la emergencia de procesos políticos avanzados en el cono sur y centro América, que culminan con golpes de Estado que dan inicio a la imposición de la transformación neoliberal en todos los campos y que luego se extienden a la región. Esta situación ha supuesto la destrucción del patrimonio social construido con el objeto de instalar los nuevos proyectos privados no solo lo productivo, de la “compra” de las empresas del Estado como carreteras, teléfonos, televisoras, etc. sino también de nuevas áreas de acumulación de los servicios sociales como la seguridad social, la educación, la salud, la construcción de viviendas sociales, guarderías, instituciones que permitían los apoyos y la protección social para la mantención del tejido social y la convivencia dejando en adelante –en sociedades precarias desde el punto de vista del desarrollo capitalista- a los individuos solos frente al mercado.

El deterioro de la calidad del trabajo, el salario, el empleo, las formas de contratación que dan acceso a las instituciones, han transformado las condiciones de vida y trabajo, y la salud de los trabajadores en general. En el caso de los trabajadores y trabajadoras de la salud no han estado exentos de estos procesos. Por el contrario, un campo privilegiado de estas transformaciones han sido las instituciones de salud que estaban encargadas de garantizar el cuidado de la fuerza de trabajo a través de las instituciones de seguridad social, y a la población en general a través del sistema público del Estado, en relaciones variables en cada país. Se han descrito tres etapas en la transformación neoliberal: la destrucción de las instituciones públicas a través del desfinanciamiento y la descalificación de lo público y la subordinación a una nueva gestión sanitaria costo eficiente; la instalación del modelo privatizador que supone procesos de estandarización entre lo público y lo privado, y el tercero, la articulación entre lo público y lo privado, para lo cual se refinancia al público para que compre servicios en el privado. El presente trabajo revisa las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores en la región.

Las teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados: Se trata de una investigación en proceso que parte de la concepción conceptual que los sucesos en salud y sus actores están socialmente determinados. Esto significa que no se puede ver el problema, sin entender el contexto histórico que lo determina. El método se lleva a cabo a través de dos estrategias: la revisión documental y de indicadores oficiales y de organismos regionales o mundiales (OMS-OPS; OCDE, CEPAL, Ministerios de Salud; la revisión de algunos trabajos en torno al problema.

Los resultados muestran que en situaciones de tránsito institucionales de esta naturaleza como los que se desarrollan en la región, no están garantizadas las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores y por lo tanto, tampoco las condiciones de atención.

Horario: 10.30 - 11.00



Horário: 11:00 - 12.30 – Auditório 3

Sessão Plenária III

Modelos de Atenção à Saúde e a Ética no Trabalho

Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Glória Lima – Brasil

Expositores

Prof. Dr. Jairnilson Paim – Universidade Federal da Bahia – Brasil

Prof.^a Dr.^a Flávia Regina Souza Ramos – Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

Horario: 12.30-13.00

Entrega dos prêmios e encerramento do congresso

Horario: 13.00-14.15

Pausa almoço

Horario : 14.45

Saída para passeio turístico

ALASS conta com o apoio de:

Belgique

- Cliniques Universitaires Saint-Luc - Université Catholique de Louvain
- 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

Canada

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal

España

- O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

France

- 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
- Ospedali dei Colli. Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli.

Luxembourg

- 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
- Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Veracruz

Republique de Moldavie

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

Roumanie

- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse/Svizzera

- Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

18ª Edição dos prêmios de Excelência na Análise dos Sistemas de Saúde.

Por ocasião do CALASS 2016, a ALASS fará entrega pelo 18º ano consecutivo dos seus prêmios de Excelência na Análise dos Sistemas de Saúde.

- O prêmio de excelência « comunicação » será atribuído à melhor comunicação”
- O prêmio de excelência « poster » será atribuído ao melhor poster.

Os trabalhos serão selecionados anteriormente por um júri "ad hoc" da ALASS entre os manuscritos apresentados ao congresso.

O prêmio será a inscrição gratuita no congresso CALASS 2017 que deverá se realizar em Liège, Bélgica.

Atas do Congresso CALASS 2016

As comunicações aceitas pela Comissão e apresentadas na sessões e comunicação serão publicadas nas atas do Congresso 2016, na Revista Eletronica CALASS cujo ISSN é 1988-7914.

CALASS 2016 conta com o apoio de :



Por favor, verifique se há atualizações do programa em nosso site: www.alass.org

ALASS

Fax: +34 93 202 33 17

Apartado de Correos 12098

E-mail: alass@alass.org

E-08006 Barcelona

www.alass.org

Visite as páginas:



Calass 2016



@CALASS2016