

# CALASS2014

## RESÚMENES

4, 5 y 6 septiembre 2014, Granada

### RESÚMENES DE COMUNICACIONES, ATELIERS Y POSTERS DEL VIERNES, 5 SEPTIEMBRE 2014

**Viernes, 5 de septiembre**

---

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

#### SESIÓN PLENARIA II

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

**Coordinador :** Alberto Infante Campos, Escuela Nacional de Sanidad

#### Modelos de enseñanza práctica en grado

Indalecio Sánchez Montesinos, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

#### Los itinerarios formativos en la formación especializada: Troncalidad

Pilar Carbajo, Subdirectora General adjunta de la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

#### Desarrollo Profesional Continuo en los profesionales de Salud Pública

Luis Andrés López, Profesor de la Escuela Andaluza de salud pública

#### Evaluación de competencias/Evaluación Impacto de la formación

Yves Schwartz, Universidad de Provence. Francia

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

#### ATELIER 1-F

**Atelier organizado por:** Georges Borges Da Silva, France

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

**Plazas:**

**Lengua del atelier :** francés,

**Horario :** 11:30 – 19:00 – Sala 1

#### ATELIER 2-BR

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

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

**Plazas:** 20

**Lengua :** português y francés

**Horario:** 11:30 – 13:00

**SESIÓN 22 – Sala 2**

**Presidente :**

**Tema :** Accesibilidad, Igualdad 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## sistema único de salud, Bahía, Brasil.

Marluce Maria Araújo Assis, Simone Santana da Silva, Maria Angela Alves do Nascimento y Pricila Oliveira de Araújo. Universidad Estadual de Feira de Santana. Brasil. [marluce.assis@pesquisador.cnpq.br](mailto:marluce.assis@pesquisador.cnpq.br); [aassis@uefs.br](mailto:aassis@uefs.br)

**Introducción:** Las redes, que constituyen el Sistema Único de Salud (SUS), buscan articular sistemas, servicios y prácticas para componer espacios territoriales que son ocupados por poblaciones, con problemas y necesidades (individuales y colectivas) específicas. Se caracterizan por funciones y objetivos, involucran servicios de salud y sectores de la sociedad, llevan en cuenta el flujo de atendimento que define la entrada y la salida del usuario de la red, así como el sistema de gobernanza, operado por dirigentes del SUS. Al mismo tiempo, las prácticas de salud operan diariamente, como un conjunto de actividades prioritarias y rutinarias, realizadas en el proceso de trabajo de los equipos con énfasis en Salud Familiar. La efectividad, de estas prácticas, podrá facilitar la comprensión de la intención de ofrecer un cuidado orientado por acciones integrales. Estas, también pueden ser reveladas por medio del dispositivo de acogida y por la producción de actividades orientadas a usuarios, en diferentes fases de la vida. **Objetivo:** Analizar las prácticas del Equipo de Salud en la Estrategia de Salud Familiar y sus interfases con la red del Sistema Único de Salud. **Método:** Investigación de enfoque cualitativo. Participaron de este estudio 102 personas, en dos municipios de Bahía, Brasil: Grupo I (Equipo de Salud - 49); Grupo II (Usuarios de Salud Familiar - 37); y Grupo III (Dirigentes del SUS municipal - 16). El número de participantes fue definido por inclusión progresiva, e interrumpida por criterio de saturación. Los datos se recogieron con guión de entrevista semiestructurada y formulario de observación sistemática de la práctica. Para el análisis de los datos se optó por el análisis de contenido temático y para las observaciones, el flujograma analizador inspirado en Merhy (1997). **Resultados y discusión:** Las prácticas del Equipo de Salud Familiar, frente a las demandas de los usuarios, son conducidas de diferentes formas: resolver las demandas en la propia Unidad de Salud Familiar, cuando posible; encaminar las solicitudes de exámenes y de consultas especializadas para el Centro Municipal de Regulación (CMR); direccionar usuarios para policlínicas y hospitales, cuando hay demanda de urgencia y emergencia; incluso, el usuario, por su cuenta o por orientación del Equipo de Salud, puede buscar una resolución en la Secretaría Municipal de Salud. Los usuarios, al buscar la Unidad y al resolver su demanda, son encaminados para marcar horario y dar continuidad a la atención, o son dispensados para una próxima demanda. Pero a veces, surgen problemas relacionados con la insuficiencia de personal en los Equipos, principalmente el médico; infraestructura física y, materiales inadecuados e insuficientes, a parte del modelo de atención centrado en la queja – conducta. Dichas situaciones pueden repercutir con la salida de el usuario del servicio sin intervención y/o orientación del Equipo, y sin resolución de su problemática. Es importante subrayar que, desde su entrada hasta este momento, el equipo de enfermería orienta y realiza los direccionamientos. Cabe destacar, la actuación del (a) enfermero (a) que conduce, orienta y asume la coordinación del cuidado. En este camino, el usuario podrá salir de la red o (raramente) ser conducido a la Unidad de origen. **Conclusión:** Los datos muestran que la red de atención a la salud y, más específicamente, la red de servicios de la atención primaria, *locus* de la intervención de la Estrategia de Salud Familiar, presentan fragilidades en su capilarización, afectando el acceso de los usuarios. La regulación del sistema se presenta frágil y marcada por filas de espera, principalmente para marcar consultas médicas especializadas. También existen otras barreras, organizativas y de información, que comprometen el cuidado ofrecido. El modelo dominante de prácticas de los equipos es individual y el procedimiento centrado supervalora la queja – conducta, en detrimento de acciones integradoras e integrales. En fin, es esencial una red que articule gestión y prácticas profesionales, comprometiéndose con un sistema público y universal.

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

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

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

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

año.

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

En lo que se refiere a la distribución de los medicamentos genéricos el gobierno federal lanzó el Programa Farmacia Popular de Brasil – PFPB con el objetivo de descentralizar la oferta de los medicamentos. También, el programa facilita el acceso para las personas con menor poder de compra, incluso aquellas que utilizan el servicio privado de salud.

Mientras, problemas en el acceso a los medicamentos esenciales persisten, especialmente para las comunidades más pobres y que viven lejanas de las grandes urbes.

El objetivo del trabajo es describir y analizar la repercusión que tiene en la población las políticas de salud, en el consumo de los medicamentos genéricos.

El método utilizado ha sido una combinación de análisis documental y fuentes estadísticas.

Los resultados preliminares indican que Brasil tiene laboratorios farmacéuticos públicos instalados en casi todas las regiones, visando la producción de los medicamentos destinados a la política de salud pública.

En general los genéricos son más baratos en comparación a los medicamentos de marca, tanto en gastos financieros de la industria, pues ya tiene los principios activos disponibles, como en la baja inversión en la divulgación de los mismos.

Como resultado de las políticas adoptadas, el mercado brasileño ofrece actualmente medicamentos genéricos para tratamiento de los más variados problemas de salud.

Por consecuencia de la dificultad en la distribución y del acceso a los medicamentos esenciales en los centros de atención sanitaria principalmente de las regiones menos desarrolladas como Norte y Nordeste, los pacientes de SUS también están utilizando este programa de la Farmacia Popular adquiriendo sus fármacos a través del desembolso directo.

En enero de 2012, 853 millones de pacientes fueron atendidos por el Programa Farmacia Popular, mientras que, en diciembre del mismo año, el número avanzó para 3,17 millones.

De los veinte medicamentos más prescritos en Brasil, 13 son medicamentos genéricos equivalente a los 65% del total. La política de los medicamentos genéricos está en pauta hace 15 años y el precio es 35% más barato que los convencionales o de marca.

Sin embargo, entre 15 y 20 % de la población brasileña no tiene acceso a los medicamentos esenciales. Razón por la cual el gobierno viene sumando esfuerzos en la asistencia farmacéutica, asociado a nuevos programas de vanguardia, a la modernización y ampliación de la capacidad instalada de los laboratorios públicos y a garantizar la distribución gratuita de medicamentos por la red de SUS.

La cuestión específica de la producción de medicamentos, la concentración de producción en pocas industrias, trae como consecuencia una elevación de precios de los medicamentos. Así, la importación o compra de esos bienes esenciales tornase problemática para gran parte de la población de países en desarrollo, el ejemplo de Brasil. Además, las industrias farmacéuticas transnacionales están reaccionando, planteando tácticas lucrativas a este mercado de los genéricos que sin duda es bastante prometedor.

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

## **SESIÓN 23 – Sala 3**

**Presidente :**

**Tema :** Desempeño y Satisfacción 2

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

Ma. de los Ángeles Garduño Andrade, Margarita Pulido Navarro, Sandra Luz Morales Estrella, Norma Lara Flores y Addis Abeba Salinas Urbina. Universidad Autónoma Metropolitana Xocimilco. México. [angeles@correo.xoc.uam.mx](mailto:angeles@correo.xoc.uam.mx)

**Objetivos:** identificar las condiciones de trabajo, vida y salud de las trabajadoras (es) de la confección, para



proponer medidas de mejoramiento.

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

**Métodos y características de la población:** En ambas etapas se aplicó un cuestionario para caracterizar la población. La costura es una actividad feminizada El puesto de trabajo predominante fue el de costura 82.8% y 70% respectivamente. Con concentración entre las mujeres, 9 de cada 10.

Población madura (edad promedio 39 y 42), en la primera etapa 54% de las mujeres tenía más de 40 años, en segunda 70%. Nivel escolar bajo, 59.4%, no sobrepasa educación secundaria.

La mayor parte de las mujeres (89% y 86.5%) madres con doble jornada. Destacaron madres solteras, primera etapa 27% y 49% en la segunda.

Los talleres en los domicilios son reducidos, sin condiciones adecuadas para las labores, se corroboró con un cuestionario, que reportó riesgos por, polvos, ruido, cambios bruscos de temperatura, exposición constante a frío o calor, poca iluminación, vibraciones, equipos de corte inadecuados. Exigencias relacionadas el uso de herramientas manuales, sedentarismo, trabajo repetitivo, sin horas y días de descanso, pago a destajo.

Las mujeres atienden simultáneamente los trabajos de costura y doméstico. Con preguntas específicas se valoró la intensidad del trabajo doméstico, y el índice fue significativamente mayor ( $P < 0.0001$ ) para las mujeres 26.8 (13.1 en varones) en la primera y 24.1, en la segunda (vs 11.4).

**Resultados y discusión:** Las malas condiciones vida se reflejan en daños a la salud, con diagnósticos presuntivos y referidos en consultas médicas, se encontró que las mujeres presentan tasas por cien (tx100) de morbilidad más elevadas 400.1 y 657.6 que las de los varones 248.1 y 412.9. Los tres más importantes en el perfil de mujeres, fueron várices 40.7 y 59.6 (tx100), patología característica de la costura, relacionada con sedentarismo; conjuntivitis 38.9 y 51.9 (tx100) que se asoció significativamente con polvos, y lumbalgias 33.3 y 44.2 (tx100).

Entre los varones estuvieron trastornos musculo esqueléticos 34.6 y 45.2 (tx100); conjuntivitis y lumbalgia.

Las mujeres resultaron más afectadas que los varones por estrés, en la primera etapa 24.1 (tx100) (varones 8) y en la segunda de 44.2 (tx100) (vs 22.6). En la segunda etapa se realizó un estudio transversal determinando en sangre capilar: triglicéridos, colesterol HDL y glucosa; presión arterial, índice cintura cadera. Y se encontró una elevada prevalencia de alteraciones características del síndrome metabólico, 80% presentaron dislipidemia, 73% obesidad central, 15% glicemia de ayuno alterada, 15% hipertensión arterial.

Las afectaciones que producen los problemas bucales son una forma de discapacidad y afectan psicológicamente. Se encontró que sólo el 20.3% visitó al dentista en los últimos 6 meses, y que las mujeres estaban más afectadas en su salud bucal, pues con una revisión directa el índice CPOD en varones fue de 10.6 ( $Ds \pm 6.9$ ) y en ellas de 13.4 ( $Ds \pm 7.4$ ).

En la segunda etapa, al instrumento se agregaron preguntas sobre salud sexual y reproductiva y se encontró que la sexualidad es claramente más permisiva para los varones, ellos iniciaron su vida sexual en promedio a los 17 años y ellas a los 20. También se reflejó en datos sobre la primera relación sexual, en la que sólo 6.3% de las mujeres tomaron decisiones, y en el hecho de que más del 90% de las mujeres reportaron entre una y dos parejas sexuales, cuando 38.8% de los varones reportaron de 5 a 10. También se realizaron entrevistas individuales y de grupo que indican afectaciones por los mandatos sobre sexualidad.

Debe tomarse en cuenta que los hallazgos más relevantes tienen como contexto el hecho de que estos grupos constituidos como cooperativas con fines productivos, también pretenden beneficios colectivos, y en esas condiciones el cuidado de la salud no es prioritaria, por ello se les han propuesto talleres y dinámicas que permitan dar alternativas para mejorar sus condiciones laborales y de vida en general.

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

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

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

Simone Alves Garcez Guedes<sup>1</sup>; Cristiane Costa da Cunha Oliveira<sup>2</sup>; Marлизete Maldonado Vargas<sup>3</sup>; Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior<sup>4</sup>. Universidade Tiradentes- SE. Brasil.  
[criscunhaoliva@yahoo.com.br](mailto:criscunhaoliva@yahoo.com.br)

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

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

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

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

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

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

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

### Objetivo da investigação:

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

### **Contexto e descrição do problema:**

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

### **Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:**

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

### **Resultados e discussão:**

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

### **Contribuições e interesse da comunicação ao estado da arte:**

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

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

Iracema Viterbo Silva, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Davllyn Oliveira dos Anjos, Vinício Oliveira da Silva, <sup>1</sup>Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Adriana Fonseca de Melo, Thalliane Filardi de Oliveira, Thadeu Borges Souza Santos, Faculdade de Medicina / Universidade Federal da Bahia.. Elsa Jacinto Nehemia, Ministério da Saúde de Moçambique. Brasil. [iviterbos@yahoo.com.br](mailto:iviterbos@yahoo.com.br)

### **Objetivo da investigação:**

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

### **Contexto e descrição do problema:**

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



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

#### **Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:**

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

#### **Resultados e discussão:**

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

#### **Contribuições e interesse da comunicação ao estado da arte:**

Este estudo contribui para o diagnóstico da situação de saúde de trabalhadores da saúde, produzindo subsídios para a implantação e fortalecimento de programas de atenção à saúde do trabalhador deste segmento.

### **SESIÓN 24 – Sala 4**

#### **Presidente :**

**Tema :** Evaluación (2)

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

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

**Objetivo:** Construir y validar un instrumento que evalúe la aptitud clínica apegada a las guías de práctica clínica médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Material y Métodos;** El instrumento se conformó de 20 casos clínicos reales con 200 ítems, representativos de la consulta de medicina familiar relacionados con los padecimientos más comunes, fue validado por expertos en el área. Se aplicó un piloto a 28 residentes de medicina familiar de tercer grado; posteriormente en 24 médicos familiares con especialidad médica.

**Resultado;** La consistencia interna del instrumento fue de 0.91 con formula 21 de Kuder-Richardson; la prueba de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney demostró que no existe diferencia significativa entre el médico familiar (MF) y los años de egreso de la especialidad; se encontraron en 15 MF con aptitud muy bajas, 7 MF con aptitud baja, en 1 MF aptitud media, en 1 MF aptitud alta, ninguno alcanzo niveles muy altos.

**Conclusión:** La aptitud clínica es un camino hacia la integración del conocimiento para la resolución de un problema clínico, las guías de práctica clínica son la abrogación del conocimiento medico actualizado en un texto respecto alguna patología, aquí se demuestra que las guías de práctica clínica no se relación directamente con el desarrollo de una aptitud clínica latente, esto puede ser por una difusión inadecuada de las guías y otra su aplicabilidad inadecuada en el sistema de salud.

### **Avaliação das práticas profissionais em unidades básicas de saúde.**

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

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

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

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

F. Alberto Sánchez Rodríguez, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). México. [fasrt\\_4@hotmail.com](mailto:fasrt_4@hotmail.com)

### **Objetivo**

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

### **El contexto y la descripción del problema**

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

### **Material y métodos**

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

### **Resultados**

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

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

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

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

Jean-Blaise Wasserfallen y Jade Zufferey, Suisse

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

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

## **Evaluación de los profesionales en atención primaria.**

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

### **Resumen**

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

### **Resumo**

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

## **SESIÓN 25 – Sala 6**

### **Presidente :**

**Tema :** Nuevos modelos organizativos

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

Geneviève Roch<sup>1,3</sup>, Roxane Borgès Da Silva<sup>2</sup>, Marie-Hélène Deshaies<sup>3</sup>, Yvan Comeau<sup>4</sup>, Louise Hamelin-Brabant<sup>1</sup>, Francine De Montigny<sup>5</sup>, Ginette Mbourou Azizah 1

<sup>1</sup> Université Laval, Faculté des sciences infirmières

<sup>2</sup> Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières et IRSPUM

<sup>3</sup> Centre de recherche du CHU de Québec, Axe santé des populations et pratiques optimales en santé (SPPOS)

<sup>4</sup> Université Laval, Faculté des sciences sociales, École de service social

<sup>5</sup> Université du Québec en Outaouais (UQO), Département des sciences infirmières

Canada. [genevieve.roch@fsi.ulaval.ca](mailto:genevieve.roch@fsi.ulaval.ca)

### **Résumé**

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

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

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

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

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

### Participación social en los consejos de salud y la construcción de la ciudadanía en la estrategia de salud familiar, Bahia, Brasil: modelos de organización del acceso a los servicios y prácticas de salud.

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

### Resumo



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

## **Resumen**

Las luchas y movimientos sociales ocurridos durante los años 80 y 90 del Siglo XX en la América Latina han traído para la agenda de las políticas públicas brasileñas la lucha por diversos derechos. En Brasil, esta lucha se vio reflejado en la redacción de la Constitución de 1988, que valora la ciudadanía como responsabilidad pública, dando lugar a nuevas relaciones entre los derechos humanos y el desarrollo social, reafirmando la participación de la sociedad como un privilegio del ser humano y la ciudadanía como pre-requisito para otros logros.

El Sistema Único de Salud (SUS), una política de salud pública brasileña, aprobada en la referida Constitución y la crítica del modelo de atención de salud actual - centrado en el proceso de la enfermedad y la curación - amplió la búsqueda de mejoras que permitan cumplir efectivamente a las preocupaciones de la población, a fin de dar a la solución de los problemas y las demandas de los usuarios en los diferentes niveles de densidades tecnológicas que componen el sistema de atención de salud. Sin embargo, los cambios logrados a través de la expansión y la integración de las redes que no se reflejan aún en el acceso de los usuarios a los servicios de salud eficaces.

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

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

## **Contexte**

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

## **Objectifs**

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

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

## **Méthode**

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

## Résultats

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

## Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **SESIÓN 26 – Sala 7**

**Presidente :**

**Tema :** Necesidades de los ciudadanos 3

### **Características de los municipios con alta mortalidad en Andalucía.**

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

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

Elena Spina, CRISS Università Politecnica delle Marche. Italia. [e.spina@univpm.it](mailto:e.spina@univpm.it)

Negli ultimi decenni, l'emergere di associazioni di utenti e *caregiver* costituisce un fenomeno variegato riconosciuto e diffuso in molti paesi. L'elemento di novità è costituito, specie per quanto riguarda le associazioni di *self-help*, dalla loro crescente rilevanza nell'ambito della sfera decisionale, politica, manageriale e clinica relativa ai sistemi sanitari. Tali associazioni appaiono oggi in grado di stimolare un processo di *empowerment* da parte dei cittadini circa il loro diritto alla salute, nonché di influenzare in misura crescente le decisioni che vengono prese relativamente a questo ambito. Questo ruolo assunto dalle associazioni di *self-help* sembra dunque far emergere una nuova forma di "cittadinanza sanitaria" che considera il cittadino non tanto come un destinatario passivo dei servizi quanto come un attore sociale consapevole in grado di partecipare alle decisioni e alle scelte politiche relative alla sfera sanitaria.

Proprio per analizzare il ruolo svolto dalle diverse associazioni nella promozione sociale e nella rappresentanza nell'ambito dei processi di *governance*, per individuare le interrelazioni esistenti tra queste associazioni e gli altri *stakeholder* operanti nell'arena politica sanitaria e per valutare l'impatto effettivo che esse esercitano sulle decisioni relative alle diverse scelte di *governance* sanitaria, tra il 2008 e il 2010 tre équipe di ricerca hanno realizzato un'indagine, finanziata dal ministero della Salute, avente ad oggetto le associazioni di auto-mutuo aiuto per malati cronici in Italia.

Sono state incluse nella ricerca quelle associazioni attive sul territorio nazionale nelle quali fosse presente una qualche forma di auto-mutuo aiuto tra persone e/o i loro familiari affetti da patologie croniche e rare selezionate sulla base di quattro criteri fondamentali:

- a) rilevanza epidemiologica e sociale;
- b) impatto sociale e culturale;
- c) presenza di associazioni sia di recente costituzione che storicamente consolidate;
- d) comparatività internazionale.

Sulla base di tali criteri sono state selezionate 12 patologie quali specifico oggetto d'indagine.

La ricerca ha fatto ricorso a tecniche di indagine quali-quantitative. Inizialmente è stata fatta una mappatura delle associazioni attive sul territorio nazionale alle quali è stato inviato un questionario appositamente predisposto: su 290 invii sono state raccolte 200 schede, con un tasso di risposta del 66%. I dati così rilevati hanno permesso di conoscere le origini delle associazioni, il loro radicamento nel territorio, le finalità perseguite, le attività organizzate e la loro partecipazione ai processi di *governance*.

È seguita dunque una fase di approfondimento qualitativo che ha coinvolto alcune associazioni presenti nelle tre regioni sede delle unità di ricerca (Calabria, Marche e Veneto). Sono state costruite tracce di interviste semi-strutturate effettuate complessivamente a 90 soggetti scelti tra presidenti di associazioni (27), facilitatori o membri senior delle stesse (25), professionisti sanitari (medici) e sociali (psicologi, assistenti sociali, sociologi) con diversi gradi di coinvolgimento con le associazioni (20), dirigenti pubblici (direttori sanitari, dirigenti di servizi) (14), amministratori pubblici (assessori ai Servizi sociali e sanitari) (4). L'analisi delle interviste ha consentito di mettere a confronto le prospettive delle associazioni, dei loro leader, facilitatori e membri senior, con quelle degli altri *stakeholders* operanti nell'arena politico-sanitaria.

I dati quantitativi e l'approfondimento qualitativo hanno permesso di definire quello dell'auto mutuo aiuto per malati cronici in Italia come un fenomeno sociale di tipo micro-comunitario, che si presenta come una forma di sostegno non selettiva, regolata da meccanismi di inclusione flessibili e proiettata ampiamente verso l'ambiente esterno.

Le modalità d'interazione sociale interna sono centrate sulla relazione *face-to-face*, tipica del piccolo gruppo nel quale la relazione umana diretta e personale costituisce il fondamento del legame sociale. Ricercando la collaborazione istituzionale e il coinvolgimento della popolazione, i gruppi si proiettano all'esterno, cercando di mantenere elevata l'attenzione sulle questioni di cui si occupano che, spesso, vanno oltre la problematica attorno alla quale si sono costituiti, per abbracciare un orizzonte più ampio orientato alla responsabilità e alla auto-responsabilità verso la salute.

Risulta difficile prevedere verso quale direzione possano evolvere le associazioni di auto-mutuo aiuto italiane, considerato come il processo di sviluppo che queste intraprendono sia direttamente e indirettamente influenzato da variabili endogene ed esogene alle associazioni stesse. Per quanto strutturati e organizzati a livello micro-sociale essi si collocano nell'ambito di uno spazio macro e interagiscono con l'ambiente esterno, rappresentato dal terzo settore e dalla società civile, dalle istituzioni politiche e da quelle economiche e sociosanitarie: tale interazione produce continue alterazioni che possono modificare l'assetto organizzativo delle associazioni e la configurazione del sistema sociale nel suo complesso, in una direzione che, almeno per quanto riguarda la loro struttura sociale interna, appare oggi non scontata.

### Longitudinalidade na prevenção do câncer de colo de útero.

Rachel Peixoto Assompção, Secretária de Saúde de Juazeiro y Maura Maria Guimarães de Almeida, Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia (BRASIL).. Brasil. [rachelpaixoto@ig.com.br](mailto:rachelpaixoto@ig.com.br)

### Resumo

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

### Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jean Marie Cohen. Open Rome. France. [jmcoco@openrome.org](mailto:jmcoco@openrome.org)

#### **Contexte**

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



Les systèmes de surveillance de la grippe font appel à de multiples définitions cliniques de la maladie. Depuis 1984, la plupart des réseaux de surveillance de la grippe reposent sur une double surveillance, clinique et virologique. Avant l'épidémie, leur capacité d'alerte est maximisée par une définition clinique à la fois sensible (pour ne pas « rater le début de l'épidémie ») et à forte valeur prédictive négative (pour éviter d'attribuer à la grippe une épidémie due à un autre virus).

Le Réseau des GROG est un réseau de surveillance de la grippe en médecine ambulatoire et recueil depuis 2003 des prélèvements rhinopharyngés chez les malades présentant un tableau respiratoire aigu qui sont testés par culture et/ou par technique d'amplification d'acide nucléique (RT-PCR) qui identifie de façon sensible et spécifique les cas de grippe.

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

### **But.**

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

### **Méthodes**

*Période d'inclusion* : France, pendant 9 saisons consécutives de surveillance de la grippe, du 29 septembre 2003 au 23 mai 2012. *Population étudiée* : 46.879 patients consultant en médecine générale ou en pédiatrie pour une infection respiratoire aiguë, ayant fait l'objet d'un prélèvement rhinopharyngé accompagné d'une fiche clinique décrivant les symptômes présentés par le patient. Le résultat virologique est positif pour la grippe chez 13.819 d'entre eux. *Définitions testées* : ILI (infection d'allure grippale, ECDC, OMS, US CDC), ARI/IRA (Infection Respiratoire Aiguë, ECDC/OMS Europe, GROG), SG39 (Syndrome Grippal hyperfébrile à 39°C et plus, INSERM).

*Méthode de référence* : réaction virologique positive pour les virus grippaux A ou B après analyse du prélèvement par culture sur cellules MDCK et/ou par RT-PCR du prélèvement rhinopharyngé. *Périodes épidémiques*: les valeurs prédictives dépendant de la prévalence de l'infection, 3 périodes, pré- per- et post-épidémiques ont été considérées. La période épidémique est définie comme l'ensemble des semaines se situant autour du pic épidémique et couvrant 85% des prélèvements positifs pour la grippe.

### **Résultats.**

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

En période pré-épidémique, toutes les définitions ont une VPP très basse (<13%) et une VPN élevée (93,8%-96%).

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

## **SESIÓN DE TRABAJO 7 – Sala 8**

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

**Organizadora :** Susana Rodríguez Gómez y Rafaela Camacho Bejarano. España

**Plazas:** 20

**Lengua:** español

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

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

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

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

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

Las enfermeras de práctica avanzada deben ser reconocidas como proveedores de salud altamente cualificados y con una experiencia específica que aportan un “valor extra” al Sistema Sanitario donde estén desarrollando sus competencias<sup>2</sup>

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

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

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

## Objetivos

- 1 Definir qué entendemos por competencias avanzadas para los profesionales de enfermería junto a otros aspectos como son las especialidades de enfermería. Formación reglada / formación no reglada.
- 2 Identificar los diferentes ámbitos de trabajo en los que se han desarrollado las competencias avanzadas de los profesionales de enfermería en diferentes países y sus marcos de referencia (modelo de sistema sanitario, marco regulador de las profesiones sanitarias, etc...)
- 3 Experimentar con la herramienta *second life* itinerarios de atención que incorporen competencias y

- 4      prácticas avanzadas de enfermera.  
Promover la puesta en marcha de una red en los países de lenguas latinas para potenciar la práctica avanzada en enfermería

### Contenidos

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

## SESIÓN DE PÓSTERS 1 – Pasillos EASP

### Valor da força de trabalho da enfermeira.

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

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

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

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

Chaxiraxi Guedes Arbelo, Isabel M<sup>a</sup> Martos López y M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Guisado. España

### **Intervención comunitaria: prevención de tabaquismo en pre-adolescentes.**

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

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

Rosario Mata Aparicio, M<sup>a</sup> Isabel Montoso Ortiz, Carmen Rodríguez, Fátima Fernández García, R.B. Melgar Moreno y M.M. Carractó Racero. España

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

El Kebir Ghandour a,b, Marie-Pierre Gagnon a,c, Jean-Paul Fortin b,d Erik Breton a, Julie Payne-Gagnon a,  
a Axe Santé publique et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec, Québec, Canada

b Centre de recherche soins et services de première ligne au CSSS-VC, Québec, Canada

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

d Faculté de médecine, Université Laval, Québec. Canada. [el-kebir.ghandour.1@ulaval.ca](mailto:el-kebir.ghandour.1@ulaval.ca)

#### **Contexte**

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

#### **Objectif de la recherche**

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

#### **Méthodologie**

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

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

### Résultats et discussion

Parmi les 1070 articles identifiés dans les bases de données électroniques, 96 ont fait l'objet d'analyse du texte intégral. Finalement, 52 études ont été retenues comme étant éligibles et ont fait l'objet d'une analyse fine. On note que plus de 90% des études retenues sont réalisées aux États-Unis. La méthodologie quantitative a été dominante, et la majorité des travaux ont été menés auprès de patients. Des études de cohortes et des essais cliniques récents montrent que le DSPé permet d'améliorer la prestation de soins préventifs auprès des diabétiques et des enfants.

De même, l'amélioration de la qualité des soins et des résultats cliniques positifs ont été démontrés dans des études de cohortes et des essais cliniques essentiellement pour les diabétiques, suggérant la capacité du DSPé à répondre aux besoins des personnes souffrant de maladies chroniques. Aussi, l'implantation du DSPé supporte une approche organisationnelle, celle des soins centrés sur le patient, devenue critère de qualité des soins au 21ème siècle. Cependant, les études ont montré des résultats divergents quant au rôle du DSPé dans la rationalisation de l'utilisation des services de santé ou pour l'amélioration de la qualité des soins.

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

### Apports du poster

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

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

Bruno Travasso, Paola Vittorina Negri y Roberta Severin. Università Cattolica di Milano. Italia. [bruno.travasso@usa.net](mailto:bruno.travasso@usa.net)

### OBIETTIVI:

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

### IL CONTESTO E LA DESCRIZIONE DEL PROBLEMA:

Questa specifica attività, avviata dagli autori all'interno del loro dipartimento di salute mentale, si rivolge ad una popolazione non attualmente portatrice di disturbo psichico, tuttavia sofferente ed esposta ad un forte rischio di sviluppare psicopatologia o disturbi del comportamento adattivo a causa delle circostanze di vita relazionale familiare e per la sua giovane età.

Ci riferiamo ai giovani fratelli o sorelle e ai giovani figli e figlie di pazienti con disturbo mentale grave.

L'evento malattia psichica in un componente della famiglia comporta una ridefinizione di tutti i ruoli e pesi nella famiglia stessa. Spesso il disagio dei più fragili e giovani in essa si trasforma in manifestazioni persistenti di aggressività, comportamenti impulsivi, difficoltà scolastiche, mancato riconoscimento della autorità dei genitori, successivo sviluppo di disturbo di personalità.

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



Lo strumento che è stato scelto ed utilizzato in questa attività è quello dei "GRUPPI DI PAROLA".

Per la sua struttura che lo rende lo strumento più adatto per nostra popolazione di intervento (bambini e adolescenti-giovani adulti).

Ma soprattutto per le grandi similitudini che le nostre osservazioni hanno colto tra le condizioni che hanno i giovani nelle famiglie con un componente portatore di disturbo psichico e quelle dei giovani nelle famiglie con i genitori separati, ambito in cui originariamente nascono i Gruppi di Parola.

Le prime esperienze con Gruppi di Parola per bambini con genitori separati sono state condotte in Canada (Cyr e Filion), in Francia (Marie Simon) e poi introdotte in Italia dall'equipe del Centro di Ateneo "Studi e Ricerche Sulla Famiglia" – Alta Scuola di Psicologia "A. Gemelli" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (professoressa Costanza Marzotto e staff).

I Gruppi Di Parola hanno una definita struttura e metodologia che è stata tuttavia sottoposta dagli autori a necessarie parziali modifiche per essere usata all'interno delle famiglie in ambito psichiatrico.

Le modifiche sono state oggetto di riflessione e discussione.

Travasso, Negri e Severin si sono allo scopo formati presso il "Corso di Alta Formazione per Conduttori di Gruppi di Parola" di durata annuale, presso il Centro di Ateneo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

## **I RISULTATI E LA DISCUSSIONE**

Un primo bilancio generale della attività è in corso in questi mesi.

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

## **IL CONTRIBUTO/L'INTERESSE DELLA COMUNICAZIONE in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche.**

Questa attività avviata dagli autori e oggetto di descrizione ha specifiche connotazioni di intervento non terapeutico ma di tipo preventivo.

Si tratta dunque di una attività con valore di grande innovazione all'interno della pratica psichiatrica e psicologica in genere, dove in genere si arriva solo a tentativi di diagnosi precoce dei disturbi psichici già clinicamente evidenti e a conseguenti pratiche già di vera terapia farmacologica o psicoterapica.

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

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

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

Vanessa Torres Saura, Manuel J.Pérez Giráldez, M<sup>a</sup> Esther del Castillo Quesada y M<sup>a</sup> Dolores Guerrero Chica. Servicio Andaluz de Salud. Departamento de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera. España. [vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es)

## **CONTEXTO**

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

La implantación de **Sistemas de Autocontrol (SA)** en las empresas alimentarias (industrias, establecimientos minoristas, establecimientos de restauración, otros) es el método esencial reconocido por las normas internacionales (Codex Alimentarius), así como por las de la Unión Europea (Reglamento 853/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios), cuya aplicación garantiza la seguridad e inocuidad de los alimentos en cada fase de la cadena alimentaria.

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

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

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

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

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

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

## OBJETIVOS

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

## METODOLOGÍA

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

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

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

-En base a los resultados obtenidos por el AGS Norte de Málaga que se expondrán en la comunicación en formato de tablas, podemos concluir que, en base a los valores obtenidos los indicadores de la evaluación del PSSA, desde este Área sanitaria, se ha contribuido en un elevado porcentaje a dar consecución al objetivo general de supervisión de promover la implantación y desarrollo de los Sistemas de Autocontrol en los establecimientos alimentarios de Andalucía.

-La actividad de Supervisión se muestra como una herramienta eficaz en el logro de los objetivos previstos en las normativas legales de referencia y por ende, el de la Seguridad alimentaria.

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

### **Pernambuco de Brasil.**

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

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

Carmen Sánchez Cantalejo Garrido, M<sup>a</sup> Carmen Junco, Maria Silvia Bruni, Pilar Navarro, Teresa Campos y Cecilia Escudero. España y Brasil

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

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

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

Como dificuldades iniciais tivemos o desafio de trabalhar em equipe, já que nas primeiras ações, por mais que o colegiado gestor propusesse uma construção coletiva, os alunosbolsistas não assimilavam assim, se mantinham na divisão de tarefas individualizadas.

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

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

Maria Lúcia Bosi y Diana Cris Macedo Rodrigues. Universidade Federal do Ceará. Brasil. [malubosi@ufc.br](mailto:malubosi@ufc.br)

**Contexto/Introdução:** A partir da assunção da saúde como direito, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou relevância no cenário internacional como estratégia de provisão de cuidados básicos em saúde, contribuindo para a universalização do acesso à saúde. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposta como modelo para sua estruturação, opondo-se à APS seletiva adotada em outros países. Com o intuito de apoiar a inserção da ESF no território brasileiro, bem como qualificar e ampliar as intervenções realizadas pela estratégia, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A proposta incorporou outras categorias profissionais da área da saúde, dentre elas, nutricionistas, com o objetivo de fornecer retaguarda especializada às equipes de SF, buscando contribuir com a superação da fragmentação da atenção à saúde.

**Objetivo:** Descrever e Compreender percepções e experiências de nutricionistas atuantes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família acerca de sua inserção e seu lugar na Estratégia Saúde da Família.

**Métodos:** investigação orientada pela abordagem qualitativa, ancorada em fundamentos epistemológicos da vertente crítico-interpretativa. O material empírico resultou da articulação entre as entrevistas em profundidade e as observações livres realizadas junto aos nutricionistas inseridos nos NASF de Fortaleza-Ceará.

**Resultados/discussão:** o processamento do material empírico evidenciou três eixos centrais, dos quais o tema O nutricionista na Estratégia Saúde da Família foi eleito foco deste artigo, ainda que transversalizado pelos demais. Os achados revelaram que o NASF configura-se como mais uma oportunidade de emprego surgida, na qual os profissionais tem estruturado seu processo de trabalho assumindo majoritariamente uma prática individualizante e tecnicista, com escassa reflexão acerca de sua atuação. A realização de atividades em âmbito coletivo tentando prevenir doenças foi considerada a principal atribuição do NASF. Nesse contexto, grande parte dos informantes concebeu o lugar do nutricionista na prevenção e tratamento de doenças e agravos relacionados à alimentação, por meio de uma educação nutricional voltada à racionalização de recursos objetivando consumo de alimentos saudáveis. Entretanto, ainda que minoritariamente, experiências vivenciadas revelam outras formas de perceber o lugar do nutricionista, remontando à realização do cuidado em saúde coerente com os princípios do SUS.

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

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

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

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

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

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

Ana Lúcia Mello, Renata Goulart Castro, Patricia Guesser Correa Raitz. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. [alfm@terra.com.br](mailto:alfm@terra.com.br)

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

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

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



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

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

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

### Infección en el tracto urinario durante el embarazo ¿arandanos?

Abdel Karim Ruiz, Miriam (1)\*; Gavilán Díaz, Marta (2); Gallego Molina, Jessica (3).

- (1) Enfermera. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.
- (2) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Quirón. Málaga. España.
- (3) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España. [melocotoncillo@hotmail.com](mailto:melocotoncillo@hotmail.com)

### Introducción

Una infección urinaria es una infección en cualquier parte del tracto urinario, dañando el riñón (pielonefritis), la vejiga (cistitis) o la uretra (uretritis), etc.

Durante el embarazo, el alto nivel de la hormona progesterona hace que se pierda el tono muscular de los uréteres y la vejiga. Esto puede dar lugar a que las bacterias se multipliquen, a que ascienda la orina hacia los riñones haciendo más lento el flujo de la orina, o a que se comprima la vejiga a causa del tamaño del útero.

Además, durante el embarazo la orina es menos ácida y es más propensa a contener glucosa, y ambas cosas aumentan el potencial de crecimiento de las bacterias.

### Objetivos

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

### Metodología

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

### Resultados

Las infecciones urinarias son muy frecuentes, plantean un problema importante en mujeres de todas las edades: jóvenes, sexualmente activas, durante el embarazo, posmenopáusicas y en pacientes con patología urológica subyacente, causan molestias y pueden agravar otras afecciones genitourinarias.

Debido a la naturaleza crónica y la resistencia a los antibióticos, los datos existentes sugieren que el Vaccinium Macrocarpon, más conocido por arándano, puede tratar y prevenir la infección del tracto urinario de manera eficiente.

### **Conclusión**

No hay evidencia directa de seguridad o daño a la madre o el feto como consecuencia del consumo de arándano durante el embarazo o lactancia.

Es un suplemento bien tolerado seguro que no tiene interacciones significativas. Los estudios experimentales y preclínicos sugieren que los componentes del arándano tienen otros beneficios, son anti-infecciosos, anticancerígenos y antioxidantes. Además, de poder inducir cambios cardiovasculares, metabólicos, así como mejorar la actividad neuropsicológica.

### **Suelo pélvico y bolas chinas.**

Abdel Karim Ruiz, Miriam (1)\*; Gallego Molina, Jessica (2); Gavilán Díaz, Marta (3).

(4) Enfermera. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga..

(5) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga..

(6) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Quirón. Málaga. España.

[melocotoncillo@hotmail.com](mailto:melocotoncillo@hotmail.com)

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

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

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

### **Resultados:**

Las esferas vaginales son eficaces en el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal.

Son eficaces para ejercitar la musculatura del suelo pélvico.

Disminuye el riesgo de sufrir prolapsos.

Aumenta el placer en las relaciones sexuales al ser la mujer más consciente de la musculatura genital.

ayuda a aumentar la capacidad de alcanzar el orgasmo.

Aumentan la lubricación natural femenina.

### **Conclusión:**

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

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

Malika Hamedi, Yamina Rahou, Ali Sellami, Amina Ikhlef-Allal, Saci Belgat, Baghdad Makhoulouf, Aicha Kebaili y Leila Houti.

Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle. Oran. Algérie. [m\\_benghabrit@yahoo.fr](mailto:m_benghabrit@yahoo.fr)

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

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

**Méthode :** Tenant compte de ces principes, il a été possible d'appréhender selon une approche écosanté, la question de la leishmaniose cutanée dans deux foyers algériens de leishmaniose cutanée, Ain Skhoune et Draa El Mizan. Les perturbations de l'environnement naturel et social qui entretiennent la maladie ont été ainsi identifiées.

A l'issue de ce diagnostic, le programme de communication qui a été mis en place dans les sites d'étude, basé sur des ateliers de formation à la communication d'informateurs clés et de clubs santé en milieu scolaire, s'est déroulé en deux étapes.

**Résultats :** La formation d'informateurs-clés a concerné les membres des associations locales de préservation de l'environnement, les jeunes, les femmes, les éducateurs, les professionnels et les représentants de mosquées et de confréries religieuses. En milieu scolaire, la création de clubs santé a permis de former parmi les adolescents, de jeunes leaders en communication, dans une approche « jeunes pour jeunes ». Tous les participants ont été initiés aux techniques et aux outils de communication. A l'issue des ateliers, les groupes de participants ont élaboré les supports d'éducation et de sensibilisation (affiches et dépliants) portant sur les modes spécifiques de transmission de la leishmaniose cutanée et les moyens de prévention. Secondairement, des programmes locaux de sensibilisation de la population générale et du milieu scolaire ont été élaborés.

A l'issue de ces formations, les participants aux ateliers de communication ont mis en œuvre dans chaque site, leur propre programmes d'éducation. Des campagnes de sensibilisation réalisées par les informateurs clés et ciblant plusieurs sites stratégiques pendant trois jours consécutifs, ont été organisées dans les deux foyers d'étude. Des journées portes ouvertes sur la maladie ont été menées à Ain Skhoune. Dans les deux sites, un programme d'éducation en santé environnementale touchant la leishmaniose cutanée a été mis en œuvre par les clubs santé en milieu scolaire et une journée d'information a été organisée dans les collèges à l'occasion de la journée nationale du savoir.

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

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

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

Sounnia Mediene-Benchekor<sup>1,2,3</sup>, Imane Hamani-Medjaoui<sup>4</sup>, Sarah A. Lardjam-Hetraf<sup>3</sup>, Hadjira Ouhaibi-Djellouli<sup>1,3</sup>, Saada Chougani<sup>2</sup>, Louisa Goumidj<sup>5</sup>, Leila Houti<sup>1,2,6</sup>

(1) Département de Biotechnologie, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Université d'Oran, Oran, Algérie.

(2) Laboratoire des Systèmes d'Information en Santé, Université d'Oran, Oran, Algérie.

(3) Laboratoire de Génétique Moléculaire et Cellulaire, Université des Sciences et de Technologie d'Oran Mohamed Boudiaf, Oran, Algérie.

(4) Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés, Clinique Spécialisée en Orthopédie et Rééducation des Victimes des Accidents de Travail, Oran, Algérie.

(5) INSERM, U744, Institut Pasteur de Lille; Université Lille Nord de France, Lille, France.

(6) Faculté de Médecine, Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbès, Sidi Bel Abbès, Algérie. [sonia\\_mediene@yahoo.fr](mailto:sonia_mediene@yahoo.fr)

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

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

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

**Discussion :** Le syndrome métabolique, répandu dans la population urbaine du Nord de l'Algérie, est associé à une forte proportion de HDL-cholestérol bas et d'obésité abdominale, surtout chez les femmes. En ce qui concerne le bilan lipidique, bien que le niveau de cholestérol total n'atteigne pas des valeurs pathologiques, on observe, notamment chez les femmes, des niveaux délétères de HDL-cholestérol probablement liés l'inactivité physique. Chez les hommes, le recours aux soins reste d'un faible niveau compte tenu du nombre élevé d'hypertendus méconnus.

Dans la définition du syndrome métabolique selon NCEP-ATPIII, le seuil critique du tour de taille n'a pas été adapté à la population nord-africaine. Or, la recherche a montré que les valeurs seuils de tour de taille doivent être ajustées aux différentes ethnies en combinaison avec le niveau des autres facteurs de risque conduisant à la survenue des maladies cardio-vasculaires.

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

#### **Estratégia de promoção do acesso das gestantes e crianças aos serviços de saúde: o caso do projeto Mães de Minas, Minas Gerais, Brasil.**

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

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

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

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

**Contexto.** En Andalucía hasta finales del siglo XX las diferencias en los niveles de natalidad se debían casi exclusivamente a la juventud o envejecimiento de las poblaciones en función de que estuvieran más o menos esquiladas por la emigración secular. Pero en este siglo XXI la población andaluza se ha hecho mucho más compleja, con mayor diferenciación interna porque la inmigración extranjera en Andalucía ha sido heterogénea en su conjunto y más aún en su distribución espacial.

En este siglo XXI la irrupción de los nacimientos de madre extranjera ha focalizado la mirada de los investigadores. Conforme se ha ido haciendo cada vez más importante la presencia de mujeres extranjeras en nuestro país, se han realizado toda una serie de estudios a escala nacional y autonómica que han venido mostrando las diferencias y la diversidad en las pautas de fecundidad de estas mujeres extranjeras respecto a las españolas.

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

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

#### ¿Qué sabe mi paciente sobre los remedios caseros?

M<sup>a</sup> Isabel Montoso Ortiz, C. Calzado Rodríguez, R. Mata Aparicio, Fátima Fernández García, M. M. Carrasco Racero y R. B. Melgar Moreno. España

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

M<sup>a</sup> Mercedes Carrasco Racer, R. B. Melgar Moreno, Fátima Fernández García, M<sup>a</sup> Teresa Montoso Ortiz, C. Calzado Rodríguez y R. Mata Aparicio. España

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

Fátima Fernández García, M. M. Carrasco Racero, R. B. Melgar Moreno, C. Calzado Rodríguez, M<sup>a</sup> Isabel Montoro Ortiz y R. Mata Aparicio. España

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

Celia Calzado Rodríguez, Maribel Montoro Ortiz, Rosario Mata Aparicio, M<sup>a</sup> Mercedes Carrasco Racero, Fátima Fernández García, Remedios Beatriz Melgar Moreno. España

### SESIÓN 27 – Salón actos

**Presidente :**

**Tema :** Profesionales emergentes

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

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

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



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

#### **Planejamento em saúde: novos atores, novos cenários e praticas.**

Gabriel Calazans Baptista, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Maria Isabel Barros Bellini, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.

Cristiane Fischer Achutti Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.

Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.

Ana Maria Mejolaro Dalla Valle, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.

Marta Araújo Grecellé, Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Cristian Fabiano Guimarães, Instituto de Porto Alegre Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Lígia Maria Correa Geyer, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Liane B Prytoluk, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Brasil. [gabriel-baptista@saude.rs.gov.br](mailto:gabriel-baptista@saude.rs.gov.br)

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivos da investigação:** Caracterizar as organizações não governamentais da rede de apoio comunitário como serviços de saúde existentes em um município e analisar as contribuições destas organizações para a melhoria das práticas de cuidado em saúde.

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

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

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

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

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

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

Mônica Vieira, Filippina Chinelli, Ana Margarida Campello, Francisco Lobo Neto, Arlinda Moreno, Luisa Sório Flor, Alexandra Almeida y Marcio Candeias. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio FIOCRUZ e Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Brasil. [monicavi@fiocruz.br](mailto:monicavi@fiocruz.br)

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

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

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

**Horario: 14:30 – 16:00**

**SESIÓN 28 – Sala 2**

**Presidente :**

**Tema :** Necesidades de los ciudadanos 4

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

Vânia Carvalho Santos, Darci Neves Santos y Carlos Antônio de Souza Teles Santos. Universidade Federal da Bahia. Brasil. [vrticarvalho@hotmail.com](mailto:vrticarvalho@hotmail.com)

**Resumo**

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

## Resumen

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

### **Desarrollo económico, Migraciones y Mortalidad en Andalucía: una relación a explorar.**

Antonio Daponte Codina y M. Bernal. España

### **Inserção de pessoas com transtornos mentais em atividades laborativas: Debate sobre o direito, o desejo e a necessidade do acesso ao trabalho.**

Ana Paula Donizete da Silva y Sabrina Ferigatto. Brasil y España

### **La salud de las personas afectadas por un proceso de desahucio en Granada.**

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

## **SESIÓN 29 – Sala 3**

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

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

**Lengua:** português

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

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

### **As Políticas de Indução para Expansão e Consolidação dos atributos da APS e do Modelo Assistencial do Saúde da Família no RS.**

Ricardo Heinzmann y Flavio Wanderlei Gomes da Silva. Brasil

### **Um novo cenário de parceria interfederativa no Rio Grande do Sul.**

Rebel Zambrano Machado y Priscilla Lunardelli. Brasil

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



O contrato comunitário e a sensibilização para a implantação de um novo modelo.

O Cofinanciamento da Atenção Primária no Rio Grande do Sul e sua ação Indutora de Reorganização dos sistemas municipais

### As Estratégias de Formação dos Trabalhadores da Saúde no Rio Grande do Sul.

Rebel Zambrano Machado, Carmen Bagatini. Brasil

## SESIÓN 30 – Sala 4

**Presidente:**

**Tema :** Formación continúa 2

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

Rebel Zambrano Machado<sup>2</sup>, Károl Veiga Cabral<sup>1</sup> y Priscilla Lunardelli. Departamento de ações em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Brasil. [zambrano.rebel@gmail.com](mailto:zambrano.rebel@gmail.com)

#### Resumo

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

#### Experiência

O DAS, desde 2011, vem diversificando seus processos de trabalho em relação às atribuições da gestão interfederativa de nível estadual do Sistema Único de Saúde, portanto, importantes mudanças institucionais decorrem desta reestruturação que foi decisiva para importantes avanços na concepção e na implantação de Redes de Atenção à Saúde - RAS.

Os fundamentos para a constituição do trabalho ora relatado estão estruturados a partir da adoção de uma arquitetura organizacional, baseada em um modelo matricial, através de equipes multiprofissionais, que instituem um funcionamento orgânico e sintônico dos processos de trabalho com as RAS. Estas formas híbridas, contam com a existência de grupos de trabalho multiprofissionais (especialistas) e georreferenciados, a priori autogeridos, questões que são estratégicas para organizar as atividades de trabalho. Com esse tipo de estrutura na gestão do trabalho se diluiu as “caixas especializadas” tencionando a disseminação do conhecimento. Esse formato hoje abrange toda a estrutura interna da SES; os trabalhadores em saúde podem contribuir para múltiplas tarefas organizacionais, sendo que a coordenação e a cooperação vão além dos limites de setor. O modelo da gestão do trabalho ora implantado conserva traços da *adhocracia*, já que apresenta características variáveis e é adaptativo, organizado em torno de problemas a serem resolvidos por um grupo de pessoas com habilidade e profissões diversas e complementares, sendo a hierarquia construída de forma muito mais horizontalizada.

Este novo cenário tem reconfigurado o modo de trabalho das equipes, que passaram, então a se organizar, não somente em políticas específicas ou ações independentes umas das outras, mas em coletivos georreferenciados, por macrorregiões de saúde constituídas por diferentes representações, que em conjunto partilham a responsabilidade pelo planejamento, assessoramento e apoio às diferentes regiões de saúde do Estado na responsabilização pela oferta do cuidado oportuno em tempo adequado aos usuários do SUS.

No início deste processo utilizou-se o desenho de regionalização que já existia na Secretaria Estadual da Saúde, em que o Rio Grande do Sul estava dividido em sete macrorregiões de saúde: centro-oeste, metropolitana, missioneira, norte, serra, sul e vales. O objetivo do trabalho dos grupos multiprofissionais e georreferenciados desde o princípio era o Fortalecimento da Atenção Básica com foco no território. Este processo tem demandado o exercício de gestão coletiva do cuidado em saúde, a partir das necessidades de cada território. Além da organização georreferenciada, foram estruturados grupos de trabalhadores por eixos estruturantes, que são quatro: Ciclos vitais, Atenção Básica, Transversalidades/Diversidades e de Gestão, cujo principal desafio é avançar na constituição das Linhas de Cuidado, que também garantam a integralidade, garantindo ainda a integração “entre políticas de saúde”. Soma-se ao relatado a constituição de um Colegiado

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

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

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

#### **Resumen**

Desde la década de 1980 hasta los días actuales, el Brasil viene registrando la presencia del mosquito *Aedes aegypti*, principal transmisor del dengue.

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

#### **Resumo**

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

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

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

#### **Avaliação do acesso ao exame preventivo e tratamento do câncer do colo do útero na perspectiva do usuário.**

Estela Márcia Saraiva Campos y Thaís Pereira Goulart. Brasil

## Educação permanente para profissionais da atenção primária à saúde como estratégia central para a qualidade e organização da rede de atenção à saúde.

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

### SESIÓN 31 – Sala 6

#### Presidente:

#### Tema : Nuevos modelos organizativos 3

#### Gérer en réseau: un défi contemporain d'importance pour le management.

Lise Lamothe y Stéphanie Collin. École de santé publique (ESPUM). Université de Montréal. Québec.  
[lise.lamothe@umontreal.ca](mailto:lise.lamothe@umontreal.ca)

Au Canada, comme dans plusieurs pays, les transformations des impératifs de soins et services posent d'importants défis d'adaptation pour l'organisation des services de santé. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, notamment, a des impacts sur l'utilisation des services de santé et oblige professionnels et managers à concevoir et organiser des soins et services qui font intervenir plusieurs professionnels et organisations dans une relation continue. Une forme d'organisation en réseau en émerge, issue des efforts d'adaptation des modes de fonctionnement tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Ces efforts portent à la fois sur la recherche d'un meilleur arrimage du travail des professionnels conjointement engagés dans la production des soins et services que sur la recherche de nouveaux arrangements de gouverne, en inter-organisationnel, pour canaliser ces efforts. Ainsi, l'organisation en réseau rallie une grande variété de producteurs de soins qui offrent collectivement des services coordonnés et continus, adaptés à la variété des patients eux-mêmes et celle de leur condition clinique. Une telle forme organisationnelle repose davantage sur les flux d'information que sur les structures.

Bien que l'émergence d'une organisation réseau soit inévitable, sa mise en œuvre n'est pas facile; le cœur même du centre de production de soins et services en est transformé. Cette situation soulève des défis pour le management.

Dans cette présentation, nous nous appuyons sur un programme de recherche mené au cours des dernières années, et portant sur l'étude des transformations des modes de fonctionnement de l'offre des soins et services de santé. Dans ce contexte, nos observations sur l'émergence de l'organisation-réseau nous ont permis d'identifier un certain nombre de défis que ce phénomène soulève pour le management. Ces défis portent à la fois sur les aspects d'innovation associés à la création d'une forme organisationnelle nouvelle et peu comprise, que sur les aspects du management de cette innovation et de son fonctionnement.

Comment aborder la formation d'un réseau?

Quelles sont les conditions essentielles à leur mise en œuvre?

Quelles sont les compétences requises aux plans conceptuel, professionnel, interpersonnel et réflexif, pour gérer « en réseau »?

Quelle forme de leadership doit s'exercer pour canaliser un processus d'apprentissage collectif entre les personnes concernées?

Comment former un leadership collectif efficace en inter-organisationnel?

Quels sont les effets de rétroaction de ces transformations sur les structures et systèmes existants (ex. indicateurs de performance, allocation des ressources budgétaires, etc.)?

Notre présentation permettra de proposer des réponses à ces questions tout en identifiant les retombées de ces changements pour la gouverne des systèmes de santé.

#### Grupo Conductor Regional: estratégia de implantação da Rede Materno Infantil em uma região do Estado de São Paulo – Brasil.

Silvia Matumoto - EERP-USP, Silvana Martins Mishima - EERP-USP, Cinira Magali Fortuna - EERP-USP, Wilson Mestriner Junior - FORP-USP, Maria do Carmo Gulacci Guimarães CacciaBava - FMRP-USP, Adriana Barbieri Feliciano - UFSCar, Cássia Irene Spinelli Arantes - UFSCar, Marcia NiitumaOgata - UFSCar, Maria Lúcia Teixeira Machado - UFSCar, Geovani Gurgel Aciole da Silva - UFSCar, Maria Teresa Luz Eid da Silva - DRS III - Araraquara, Mônica Vilchez da Silva - DRS III - Araraquara, Cristiane Ribeiro - DRS III - Araraquara, Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos Pinto - DRS III - Araraquara, Vera Dib Zambon - DRS III - Araraquara. Brasil. [smatumoto@eerp.usp.br](mailto:smatumoto@eerp.usp.br)

### **Objetivos da investigação**

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

### **Contexto e a descrição do problema**

O projeto de pesquisa tem como objeto a rede de atenção à saúde materno infantil em processo de implantação no Departamento Regional de Saúde III de Araraquara (DRS III), em suas quatro regiões de gestão. A problemática emergiu do processo de pactuação regional para atender às necessidades dos municípios de implementar ações que impactem no atual quadro de morbi-mortalidade materno infantil e melhorem a qualidade da atenção. A redução de óbitos materno e infantis foi definida como prioridade no Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo em suas duas últimas versões (quadriênios 2008 – 2011 e 2012-2015) em consonância com as diretrizes nacionais e com a necessidade de organização da rede de atenção que priorizem projetos consistentes de intervenção.

O Brasil conta com portarias que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério: aquela que estabelece as diretrizes para a organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (RRAS), e a Portaria nº1459 que institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta última está a diretriz de formação de grupos condutores nas instâncias estadual e municipal.

O processo formal de constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do DRS III - Araraquara adotou como estratégia a construção coletiva e ascendente do Plano no território. Seu ponto de partida foi à estruturação do grupo condutor regional (GCR) e dos grupos condutores municipais (GCM).

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

Este trabalho adota como método a pesquisa-intervenção, processo no qual produção de conhecimento e transformação da realidade são ações concomitantes, fruto da interação entre pesquisadores, sujeitos e objeto de estudo. Os sujeitos do estudo são os profissionais responsáveis pela operacionalização da rede de atenção materno infantil nos municípios do DRS-III de Araraquara e que constituem o Grupo Condutor Regional dessa Rede. Os pesquisadores estão inseridos neste grupo de trabalho para produção conjunta da pesquisa-intervenção no processo de implantação da rede. O método da pesquisa-intervenção é a cartografia, cujo referencial teórico e metodológico apoia-se em autores da análise institucional. Esta pesquisa está em desenvolvimento com acompanhamento dos grupos de trabalho dos quatro colegiados de gestão regional desde janeiro de 2014 e com previsão de finalização em dezembro de 2014. A análise está sustentada pelo referencial teórico que se apoia em conceitos da atenção básica como ordenadora da atenção, rede de atenção à saúde e movimento institucionalista. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

### **Resultados e a discussão**

A formação dos Grupos Condutores Estaduais está proposta enquanto uma diretriz na portaria que Instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde, constituída por membros da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS). Este coletivo tem como atribuições: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

A mesma Portaria prevê a instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

No Estado de São Paulo, o sistema de saúde estruturou-se em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), e na RRAS 13, instituiu-se o GCR da Rede Materna e Infantil para implantação da rede cegonha.

Quando o grupo de pesquisadores iniciou o acompanhamento dos trabalhos do GCR este já havia elaborado e iniciado o componente pré-natal do Plano de Ação Regional e vem discutindo e lidando com as dificuldades e problemas identificados nos municípios. Alguns de seus membros, embora trabalhem em serviços assistenciais, não se reconhecem como parte da rede de atenção, entendendo que esta é constituída pelos gestores, pelo sistema de informação e de financiamento.

Os membros do GCR são também membros do GCM e não têm clareza de seus papéis nesses diferentes espaços de gestão da rede cegonha.

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

O referencial teórico-metodológico da análise institucional que sustenta a pesquisa-intervenção possibilita produção de conhecimento pelos próprios trabalhadores-sujeitos da pesquisa, através da análise do trabalho do GCR, suas atribuições e modo de funcionamento. Assim, opera de forma mais consistente essa estratégia de constituição da Rede Cegonha para o alcance de impacto positivo na qualificação da atenção materno-infantil na região.

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

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

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

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

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

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

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

Comment la diversité de la composition de la population a-t-elle été prise en compte dans la mise en œuvre de la dernière réforme en santé?

Une analyse comparée des besoins des sous-groupes a-t-elle été faite?

La population a-t-elle été consultée? Si oui, de quelles manières?

Quelles répercussions cette diversité a-t-elle eues sur le contenu de la réforme proposée?

Pour quelles raisons les deux réseaux ont-ils été imaginés et implantés sur une base linguistique? Quels étaient les risques d'un tel choix?

Quel impact la diversité a-t-elle eu sur la stratégie de mise en œuvre de la réforme?

Au final, après quelques années de mise en œuvre, la réforme du système de santé est-elle globale pour le Nouveau-Brunswick?

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

### **Projeto terapêutico em saúde mental.**



### **Contexto e descrição do problema:**

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

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

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

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

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

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

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

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

La régionalisation des services d'assistance pédiatrique d'urgence et thérapie intensive a démarré dans la République de Moldova par la création/ la formation de 3 département régionaux et d'un département municipal (municipalité de Chisinau) de médecine d'urgence, situés à l'intérieur de l'Hôpital Clinique Municipal Balti, de l'Institut de la Mère et de l'Enfant, de l'Hôpital Régional de Cahul et de l'Hôpital Clinique Municipal pour Enfants « Valentin Ignatenco » de Chisinau.

Les avantages principaux de la régionalisation consiste dans l'amélioration de la qualité des services médicaux accordés aux enfants en état d'urgence et la réduction du temps d'intervention en cas graves.

Selon les nouvelles dispositions de la régionalisation, les petits patients doivent bénéficier d'assistance médicale qualifiée dans les départements d'urgence des institutions de II ou III niveau, en fonction de la gravité du cas.

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

#### Le but :

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

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

#### Résultats :

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

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

#### Conclusions, impacte :

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

## SESIÓN 32 – Sala 7

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

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

Lengua: português

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

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

#### **Excesso de atribuição de diagnósticos: formação profissional e práticas.**

Maria Irma Hadler Coudry. Universidade Estadual de Campinas. Brasil. [coudry@iel.unicamp.br](mailto:coudry@iel.unicamp.br)

Esta texto tem o objetivo de discutir a posição que a Neurolinguística de tradição discursiva (Coudry, 1986/1988; Coudry *et.al.*, 2010), desenvolvida na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, tem tomado frente ao excesso de diagnósticos que têm assolado crianças brasileiras, de escolas públicas e particulares.

Isso ocorre nos dias de hoje, como tem ocorrido historicamente, a partir do momento em que o domínio da leitura e escrita distingue cidadãos e se torna um bem público universal. O texto levanta algumas fontes de equívoco em diagnósticos que interpretam como sintoma o que são ocorrências normais de quem está em processo de aquisição e uso de escrita e leitura, estudo empreendido pelo Grupo de Pesquisa/CNPq – Neurolinguística Discursiva: afasia e infância.

É alarmante a porcentagem de crianças que apresenta dificuldades escolares, por um lado, e um diagnóstico que isenta a escola da responsabilidade de introduzi-la na leitura e na escrita, bem como a família de se responsabilizar pelos problemas de seu filho, por outro. Tal realidade tem requerido, da parte do linguista comprometido com questões de linguagem de seu tempo, um investimento: (i) na formação de alunos universitários de vários cursos de graduação (linguística, letras, fonoaudiologia, pedagogia e outras licenciaturas) oferecendo disciplinas que os preparam para intervir nos equívocos da patologização de crianças normais e encaminhar a entrada da criança no mundo da leitura e da escrita; (ii) no acompanhamento longitudinal individual e coletivo no Centro de Convivência de Linguagens (CCazinho/UNICAMP) a crianças que apresentam dificuldades escolares e que foram diagnosticadas com uma ou mais patologias (Dislexia, Dificuldade de Aprendizagem, Distúrbio de Aprendizagem, Transtorno do Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade, dentre outras) e cujos dados mostram um processo normal em curso; (iii) na produção de contradiscursos tecnicamente informados para rebater a patologização, inquestionável para a grande maioria de



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

## **SESIÓN 33 – Sala 8**

**Presidente:**

**Tema :** Políticas de salud 2

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

Dario Salinas Figueredo Universidad Iberoamericana y Carolina Tetelboin, Universidad Autónoma Metropolitana. México.  
[dario.salinas@ibero.mx](mailto:dario.salinas@ibero.mx)

En la región latinoamericana, las características del modelo de desarrollo ha afectado decisivamente tanto la economía como el papel del Estado y en esa medida han gravitado en la definición de sus políticas. Aunque formalmente todas las expresiones de política manifiestan la decisión de encarar la problemática del nivel de vida de la población, sus características producen consecuencias opuestas al discurso.

El presente trabajo examina las transformaciones de la política social en América Latina como expresión de los cambios profundos que desde la década de 1980 vienen pautando las tendencias económicas y políticas predominantes. Tras la crisis de la deuda y la llamada “década perdida” para el desarrollo, la región ingresa a una fase diferente en cuya dinámica aparecen criterios vinculados al Consenso de Washington, junto a una mutación importante en la concepción del papel del Estado, el mercado, las presiones desreguladoras vinculadas a la globalización y la prevalencia de las asimetrías Norte-Sur, a la vez que se produce un cambio en las políticas sociales y sus instituciones que se abren al mercado.

Las nuevas articulaciones entre Estado, economía y sociedad sirven de referentes analíticos ineludibles para explorar las condiciones en que se producen los criterios de política y sus consecuencias. En tal perspectiva la política social es concebida como resultado de un conjunto de decisiones desprendidas de las condiciones de un modelo de desarrollo y hace parte indisoluble de los cambios estructurales. La perspectiva de este trabajo evita el tratamiento de la política social y de salud como un asunto limitado al diseño técnico, para enfatizar, en cambio, la importancia de los criterios políticos vinculados a las estrategias de poder que la sustentan. Dentro de estas coordenadas la ponencia revisa “la estructuración mercadocéntrica de la sociedad”, la problemática del “crecimiento y la desigualdad”, las “reformas de segunda generación”, los límites de la “focalización y la transferencia condicionada”, la “política social como problema de la democracia” y los límites en ese marco de las políticas de salud privatizadoras.

### **O processo de pactuação das metas e indicadores nacionais no Estado da Bahia.**

Joana Angelica Oliveira Molesini, Hadson Namour Rocha de Mattos y Chaidier Gonçalves Andrade. Brasil. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. [jmolesini@hotmail.com](mailto:jmolesini@hotmail.com)



## Resumo

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

## Resumen

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

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

Oswaldo Sinoe Medina Gómez y Oliva López Arellano. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. [epired@gmail.com](mailto:epired@gmail.com)

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

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

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

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

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

**Conclusiones:** Las tasas de mortalidad por las patologías elegidas muestran una diferencia substancial, afectando más a aquellas personas que no cuentan con seguridad social, con un incremento para el 2012.

Es importante reconocer que además de las condiciones de vida y trabajo distintas de las personas que tienen seguridad social, frente a las que carecen de ella, existe una atención diferenciada entre los servicios del IMSS y los ofrecidos por el SPS, que contribuye a las desigualdades en las tasas de mortalidad. El actual proyecto de reforma en salud, pretende tomar como base al Seguro Popular de Salud para igualar los subsistemas, por lo que se estaría ante una regresión del derecho a la protección a la salud, pues el SPS incluye un paquete mínimo de servicios médicos, con predominio curativo y con menos intervenciones que las ofrecidas por los institutos de seguridad social, con la consecuente afectación de los asegurados en este subsistema y un potencial incremento de resultados negativos en salud.

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

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

## **OBJECTIF DE LA RECHERCHE**

Permettre le déploiement harmonieux d'une expérience réussie à l'Institution de Lavigny, vers d'autres institutions qui présentent a priori les mêmes besoins et qui sont maintenant dans l'urgence de la réalisation.

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

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

## **CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROBLÈME**

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

- développer un langage commun entre les différents professionnels
- faciliter la comparaison des bilans cliniques entre professionnels ainsi que entre institutions accueillants les mêmes cas,
- fournir un outil clinique permettant l'identification et la planification des prestations, ce tout en contribuant à l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique sociale et une standardisation de la gestion administrative. D'un point de vue systémique, les champs impactés sont clairement mis en évidence par cet outil.

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

## THÉORIES, MÉTHODES, MODÈLES, MATÉRIELS EMPLOYÉS

Analyse systémique d'entreprise et représentations systémiques.

Modélisations de cursus pédagogique.

Ingénierie de formation

Projets ST REHA

Projet ANQ.

## RÉSULTATS ET DISCUSSION

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

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

## APPORTS / INTÉRÊT DE LA COMMUNICATION PAR RAPPORT À L'ÉTAT DE L'ART OU AUX PRATIQUES

Amener un regard plus global sur la situation, pour poser un diagnostic complet et pour amener des solutions de progression efficaces au niveau de l'institution, d'un micro-système voire du système de santé. La démarche va donc au-delà d'un métier ou d'un service. L'intérêt peut être ainsi acquis au niveau d'une région si la vision globale est amenée à ce niveau.

## Descentralização e regionalização da saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes.

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

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

Rodrigo Mendes Leal, Adelyne Maria Mendes Pereira, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio/Fundação Oswaldo Cruz. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Brasil. [rmendesleal@gmail.com](mailto:rmendesleal@gmail.com)

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

**El contexto y la descripción del problema:** A revisão teórica sobre a caracterização desse mercado evidencia suas particularidades e os fundamentos da sua regulação, bem como a revisão da literatura sobre os antecedentes do setor no Brasil mostra a importância dos incentivos governamentais para sua expansão. O período em foco começa no final da década de 1990, com a criação do marco regulatório setorial e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estendendo-se até 2012.

**Las teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados:** O estudo envolveu levantamento das normas legais e infralegais estabelecidas, bem como de dados empíricos do setor, em especial dos demonstrativos contábeis das Operadoras. • **Los resultados y la discusión sobre lo expuesto:** O período pós regulação é marcado por mudanças na forma de funcionamento desse mercado. Um de seus resultados foi a adoção de estratégias de diminuição do risco das carteiras pelas operadoras, por meio do crescimento mais intenso de segmentos regulados de forma menos intensa, como os planos odontológicos e também os planos médicos coletivos. Nesse contexto, houve aumento das receitas financeiras e estabilidade em termos reais das receitas de mensalidades, embora no caso dos planos médicos individuais novos, objeto de regulação específica da ANS, os reajustes de mensalidades foram superiores à inflação. Quanto à destinação dos recursos, houve aumento da taxa de sinistralidade e não foi possível evidenciar inequivocamente o aumento da eficiência do mercado por meio da trajetória das despesas comerciais e administrativas. Além disso, a análise das medianas de uma amostra de operadoras mostrou aumento da rentabilidade, principalmente em função do crescimento do volume de negócios, uma vez que foi pequeno o crescimento da margem de lucro sobre as receitas. Além disso, são apontadas distinções relevantes dos

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

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

Carlos Vassallo. Argentina

## **SESIÓN DE PÓSTERS 2 – Pasillos EASP**

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

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

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

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

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

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

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

### **Atenção primária em saúde melhores práticas na perspectiva da integralidade.**

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

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

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

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

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

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

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

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

Erik Breton a\*, Julie Payne-Gagnon a, Marie-Pierre Gagnon b, Norm Arche rc

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

b Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec

c DeGroote School of Business, McMaster University, Hamilton



## Contexte

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

## Objectif de la recherche

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

## Méthodologie

De nature itérative et participative, cette étude a misé sur la collaboration de participants provenant du milieu de la santé, lesquels ont été sélectionnés à titre d'experts et de représentants dans leur domaine. Suite à la réalisation d'entrevues auprès de 35 décideurs à travers le Canada et des résultats d'autres travaux produits par notre équipe de recherche, une consultation en ligne a été menée afin d'identifier les thèmes constituant des enjeux pertinents en lien avec l'implantation du DSPé au Canada.

Pour réaliser cette consultation en ligne, l'équipe de recherche a élaboré un formulaire, en français et en anglais. Dans ce formulaire, les répondants étaient invités à classer en ordre d'importance 14 thèmes identifiés lors des étapes précédentes du projet. Les répondants pouvaient consulter les définitions de ces thèmes à la fin du formulaire. Avec ce formulaire, une invitation a été transmise par courriel à 40 personnes afin de participer à la consultation en ligne en février 2014. Un rappel a été envoyé par la suite et les répondants ont disposé de trois semaines pour compléter le formulaire. Les données ont été compilées et un classement des thèmes prioritaires a été réalisé.

## Carnet de dezvoltare a copilului (Agendă Pentru Familie).

Tamara Turcanu, Olga CÎRSTEA, Conf. Dr. Marina ARAMĂ, Adela HORODÎTEANU-BANU, Dorina SAVOSCHIN, Alina HOLBAN, Alina FERDOHLEB, Rodica SCUTELNIC, Republica de Moldova.

## Introducere

Numeroasele studii realizate în Republica Moldova, au demonstrat un nivel insuficient de informatizare și cunoaștere de către părinți a aspectelor de creștere, dezvoltare, îngrijire și asistență medicală a copilului. Documentul medical statistic de bază utilizat de către lucrătorii medicali în prezent, este „Carnetul de dezvoltare a copilului” (formularul 112/e, aprobat în 2004 și optimizat din 01.01.2013), în care se înregistrează datele despre starea de sănătate a copilului. Acest document este păstrat doar în instituțiile medicale și nu conține informații utile pentru instruirea și sporirea nivelului de cunoștințe a părinților în ceea ce privește creșterea unui copil sănătos.

## Obiectiv

Pentru sporirea nivelului de implicare a părinților în monitorizarea sănătății și dezvoltării copiilor proprii, sporirea cunoștințelor membrilor familiei în cultivarea unui mod sănătos de viață, evitarea cazurilor de mortalitate a copiilor din cauze evitabile (traume, otrăviri, maladii respiratorii acute complicate etc.), intensificarea implicării lucrătorilor medicali în procesul de informatizare și educație a familiei a fost trasat obiectivul de a elabora un instrument nou de informatizare și implicare activă a părinților în monitorizarea creșterii și dezvoltării copilului propriu.

## Metoda

- Grupul de experți, constituit din cercetători științifici, asistenți și conferențieri universitari, reprezentanți ai Ministerului Sănătății și a organismelor finanțatoare (**UNICEF, AECD**) au elaborat Carnetul de dezvoltare a copilului (agendă pentru familie), drept o anexă obligatorie la formularul statistic oficial, dar care va fi în permanență în posesia familiei până la maturizarea copilului.
- Carnetul elaborat a fost testat în 4 raioane pilot (Soroca, Orhei, Cimișlia, Chișinău) pe un eșantion de 500 familii pentru o perioadă de 3 luni.

## Rezultate

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

## Concluzii

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

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

Julie Payne-Gagnon a\*, Erik Breton a, Marie-Pierre Gagnon c, Lara Khoury d

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

b Centre affilié universitaire-Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec

c Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec

d Faculté de Droit, Université McGill, Montréal

Canada. [julie.payne-gagnon@crchuq.ulaval.ca](mailto:julie.payne-gagnon@crchuq.ulaval.ca)

## Contexte

Au Canada, la forte hausse des coûts en santé, la demande grandissante des patients pour de meilleurs soins et les difficultés du système de santé de répondre à ces pressions ont mené à l'émergence de deux tendances complémentaires : l'apparition de l'e-santé, laissant une plus grande place aux technologies de l'information et de la communication en santé, ainsi que la transition d'un système de soins de santé centré sur le consommateur vers des soins de santé axés sur le partenariat patients-professionnels de la santé.

Les dossiers de santé personnels électroniques (DSPé) semblent être une solution respectant ces deux tendances et intéressant de plus en plus les acteurs pouvant être concernés par une telle technologie. Les DSPé ont le potentiel de soutenir les patients dans l'autogestion de leur santé, dans leur éducation, dans leur processus de soins et dans leurs relations avec les professionnels de la santé en plus d'avoir le potentiel d'alléger le système de santé. Cependant, les études et la littérature scientifique portant sur les bénéfices et les effets des DSPé se font encore rares.

## Objectif de la recherche

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

## Méthodologie

L'équipe de recherche a contacté 39 participants potentiels par courriel. Ces participants ont été sélectionnés à titre d'experts et de représentants dans leur domaine. Seulement quatre personnes n'ont pas répondu au message d'invitation. La confidentialité a été assurée et les données ont été traitées de façon anonyme. Le guide d'entrevue portait sur la vision de l'organisation du répondant au sujet du DSPé, les bénéfices et les inconvénients associés au DSPé, les facilitateurs et les obstacles associés à l'usage du DSPé, les facteurs juridiques pouvant influencer l'implantation ou l'utilisation du DSPé et l'influence des politiques gouvernementales sur l'implantation ou l'utilisation du DSPé.

L'analyse des données a été réalisée selon la méthodologie décrite par Miles et Huberman, ce qui a permis d'identifier des thèmes et des relations entre les thèmes des entrevues à l'aide de 2 construction de matrices. Deux membres de l'équipe de recherche ont réalisé de manière indépendante le processus de codification à l'aide du logiciel NVivo 9. La codification était basée sur les thèmes émergents des entrevues et de la perspective des participants.

## Résultats et discussion

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

entre octobre 2013 et février 2014. Précisons que 29 entrevues ont été réalisées individuellement et trois entrevues ont impliqué deux participants chacune. Les entrevues étaient menées dans l'une des deux langues officielles selon la préférence du répondant (18 en anglais et 14 en français). Les 35 participants représentaient cinq groupes d'acteurs (patients, professionnels de la santé, gouvernement provincial, spécialistes des technologies de l'information et administrateurs de DSPé) de 14 organisations provenant de sept provinces canadiennes.

D'une province à l'autre, le rythme d'implantation de l'e-santé, et donc indirectement des DSPé, est inégal, faisant ressortir quelques observations intéressantes des commentaires recueillis lors des entrevues. Tout d'abord, les bénéfices et les barrières identifiés par les participants ont souvent été perçus comme des facteurs potentiels, puisque la plupart d'entre eux n'ont pu utiliser directement un DSPé. Par ailleurs, ce ne sont pas tous les participants qui savaient ce qu'était un DSPé. En effet, la plupart d'entre eux possédaient une plus grande expérience à l'égard des dossiers médicaux électroniques (DMÉ), lesquels ont une plus grande diffusion au pays. Ces DMÉ ont d'ailleurs été nommés à maintes reprises comme un prérequis à l'implantation des DSPé. Les priorités des gouvernements provinciaux et des instances locales face à l'adoption des DSPé différaient selon le niveau d'implantation de l'e-santé et des DMÉ des provinces concernées.

Quatorze thèmes principaux ont été identifiés durant les entrevues comme étant des enjeux importants associés au développement des DSPé au Canada. Ces thèmes sont les suivants : l'accès et le partage de l'information sur la santé, l'autogestion, le changement culturel, la communication patient-médecin, la sécurité, la confidentialité et la vie privée, la connaissance du DSP, les coûts, l'éducation du patient, le gain de temps, la littératie, les perspectives des utilisateurs, la population ciblée, le soutien des professionnels de la santé et le suivi de l'état de santé.

### **Intérêt de la communication**

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

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

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

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

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

### **Colecho, compartiendo la cama con tu bebé.**

Abdel Karim Ruiz, Miriam (1)\*; Gallego Molina, Jessica (2); Gavilán Díaz, Marta (3).

(7) Enfermera. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

(8) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

(9) Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Hospital Quirón. Málaga. España. [melocotoncillo@hotmail.com](mailto:melocotoncillo@hotmail.com)

### **Introducción**

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

### **Objetivo**

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

### **Metodología**

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

Palabras clave: Colecho. Dormir con los padres. Lactancia materna. Síndrome de muerte súbita del lactante

### **Resultados**

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

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

### **Conclusiones**

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

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

### **A Intersetorialidade nos serviços de assistência à saúde: análise de experiência.**

Sandra Maria de Oliveira Fernandes, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. [arcas.fernandes@ig.com.br](mailto:arcas.fernandes@ig.com.br)

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

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

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

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



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

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

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

#### **Resumen**

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

#### **Resumo**

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

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

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

Les résultats de la recherche portant sur les facteurs en jeu dans l'équité en santé et de renforcer la capacité et le degré de participation des acteurs locaux en matière de définition des objectifs dans le cadre de la stratégie de santé ont montré que les facteurs liés à l'environnement, aux comportements des individus, l'hygiène de vie et au rôle des institutionnels et des politiques.

La méthode participation en atelier de production a regroupé 29 personnes représentants toutes catégories des habitants de Draa El Mizan. Les problèmes ont été classés en facteurs liés à l'environnement, aux comportements des individus, l'hygiène de vie et au rôle des institutionnels et des politiques. La priorisation a pris en compte les critères de fréquence, de gravité, d'impact sur l'individu et sur la société et la capacité de résolution du problème localement.

Cinq problèmes majeurs : la précarité et la pauvreté et la couverture universelle, l'absence de politique de protection environnementale, l'absence de politique de prévention sanitaire, les facteurs de risques sanitaires et

la difficulté de l'accessibilité aux soins ont été retenus comme prioritaires parmi plus d'une vingtaine de problèmes liés à la santé.

La priorisation des problèmes de santé grâce à la participation communautaire a permis d'avoir une meilleure visibilité des possibilités de résolution des nombreux problèmes de santé. Cette façon de poser les problèmes peut contribuer à l'amélioration de la gouvernance locale d'autant que les autorités communales sont parties prenantes du projet.

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

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

### **Resumo**

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

### **Resumen**

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

### **Trabalho de enfermagem nos serviços de imunização na atenção à saúde da família em um município da Bahia – Brasil.**

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

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

Níli Maria de Brito Lima Prado<sup>1\*</sup>, Maria Guadalupe Medina<sup>2</sup>, Rosana Aquino<sup>2</sup>. 1 Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2 Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Brasil. [nilia.ufba@gmail.com](mailto:nilia.ufba@gmail.com)

### **O contexto e a descrição da intervenção**

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

### **Objetivos da Investigação**

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

## Materiais e Métodos

Este estudo de avaliabilidade teve como questões norteadoras: (a) Os objetivos da intervenção estão bem definidos? (b) Existe entendimento pelos agentes envolvidos? (c) Quais componentes da intervenção devem ser priorizados na avaliação?

Os dados foram extraídos por análise dos documentos do projeto, entrevistas com informantes chaves (oito técnicos do projeto, 41 professores, alunos) e observação não participante, *in locu*. A coleta de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2013. As entrevistas foram transcritas e analisadas por análise de conteúdo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CCAE 09709112.3.0000.5030 e (Número do parecer 182.685) em 4 de janeiro de 2013.

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

M<sup>a</sup> Luisa Ballestar Tarín, Luisa Ruano Casado, Georgina Contreras Landgrave. España y México

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

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

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

Da Silva, GF<sup>1\*</sup>; Lucas, LHM<sup>1</sup>; Melo, ALL<sup>1</sup>; MELO, EV<sup>2</sup>; Sarmiento, SCP<sup>2</sup>; Mansilla, KMNR<sup>2</sup>; Oliva-Costa, EF<sup>2</sup>.

1- Giulliana Feitosa da Silva, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (DME/UFS) \*, 1- Luana Helena Martins Lucas, DME/UFS 1- - André Luiz Lima de Melo, DME/UFS, 2- Enaldo Vieira Melo, DME/UFS, 2- Salvyana Carla Palmeira Sarmiento, DME/UFS, 2- Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla, DME/UFS, 2- Edméa Fontes de Oliva Costa, DME/UFS. Brasil. [giulliana.feitosa@hotmail.com](mailto:giulliana.feitosa@hotmail.com)

**CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA:** A categoria docente, em geral, é uma das mais expostas a ambientes conflituosos e de alta exigência de trabalho. Seja qual for o nível em que ensine, as diversas tarefas extraclasse e atividades adicionais, problemas com alunos que chegam até ameaças verbais e físicas, pressão do tempo, etc. configuram situações estressantes que podem levar a repercussões na saúde física e mental e no desempenho profissional dos professores. Sabendo que grande parte da qualidade de ensino está intimamente relacionada à satisfação (e aqui incluímos a saúde mental) dos seus docentes, um ambiente de trabalho hostil, por qualquer que seja a causa, desestimula a sua classe trabalhadora e, pode levar a um déficit da saúde mental dos mesmos. Sintomas aparentemente simples como fadiga, insônia e irritabilidade podem ter como pano de fundo um problema crônico da Instituição de trabalho e podem estar relacionados a Transtornos Mentais Comuns (TMC). Por isso, o enfoque no estudo da saúde mental e de métodos de prevenção dessas patologias necessita ser intensos no Brasil, principalmente, dentre os educadores.

**MÉTODO:** Estudo exploratório descritivo analítico transversal, realizado com os docentes dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem numa Universidade pública do Nordeste do Brasil em março de 2014. Os participantes responderam a um questionário autoaplicável elaborado pelos autores deste estudo com questões sobre aspectos sócio-demográficos, características pessoais e atividades laborais e, questionário específico para a investigação de TMC, o Self Report Questionnaire (SRQ-20). A partir dos questionários preenchidos, elaborados de forma que as respostas já se apresentem codificadas, foi construído um banco de dados num programa estatístico e cuja análise foi realizada utilizando primeiro a estatística descritiva para descrição do perfil da população estudada e em seguida análise das variáveis potencialmente associadas à variável desfecho TMC com cálculo das Razões de Prevalência (RP).

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

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

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

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

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

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

Da Silva, GF<sup>1\*</sup>; Lucas, LHM<sup>1</sup>; Melo, ALL<sup>1</sup>; MELO, EV<sup>2</sup>; Sarmento, SCP<sup>2</sup>; Mansilla, KMNR<sup>2</sup>; Oliva-Costa, EF<sup>2</sup>. 1- Giulliana Feitosa da Silva, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (DME/UFS) \*, 1- Luana Helena Martins Lucas, DME/UFS 1- - André Luiz Lima de Melo, DME/UFS, 2- Enaldo Vieira Melo, DME/UFS, 2- Salvyana Carla Palmeira Sarmento, DME/UFS, 2- Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla, DME/UFS, 2- Edméa Fontes de Oliva Costa, DME/UFS. Brasil. [giulliana.feitosa@hotmail.com](mailto:giulliana.feitosa@hotmail.com)

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

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

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

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

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

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

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

Da Silva, GF<sup>1\*</sup>; Lucas, LHM<sup>1</sup>; Melo, ALL<sup>1</sup>; MELO, EV<sup>2</sup>; Sarmento, SCP<sup>2</sup>; Mansilla, KMNR<sup>2</sup>; Oliva-Costa, EF<sup>2</sup>. 1- Giulliana Feitosa da Silva, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (DME/UFS) \*, 1- Luana Helena Martins Lucas, DME/UFS 1- - André Luiz Lima de Melo, DME/UFS, 2- Enaldo Vieira Melo, DME/UFS, 2- Salvyana Carla Palmeira Sarmento, DME/UFS, 2- Karla Maria Nunes Ribeiro Mansilla, DME/UFS, 2- Edméa Fontes de Oliva Costa, DME/UFS. Brasil. . [giulliana.feitosa@hotmail.com](mailto:giulliana.feitosa@hotmail.com)

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Luiz Eduardo Oliveira<sup>1</sup>, Verônica Teixeira Marques<sup>2</sup>, Cristiane Costa da Cunha Oliveira<sup>3</sup>. Instituição dos autores<sup>1,2,3</sup>  
Universidade Tiradentes- SE, Brasil. [eduardoabril1965@gmail.com](mailto:eduardoabril1965@gmail.com);

#### **Resumo**

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

#### **Resumen**

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

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

Carlos Eduardo Sobral Nogueira SINTRAB. 2 Rachel Peixoto Assompção UEFS – Bahia, SINTRAB/Saúde. Brasil. [cesnogueira@hotmail.com](mailto:cesnogueira@hotmail.com)

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

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

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

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

#### Resumo

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

#### Resumen

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

### **Saúde mental de estudantes de medicina de duas escolas médicas com diferentes modelos de formação. Estudo qualitativo.**

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

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

Cinthia Mendonça Cavalcante y Maria Juliana Vieira Lima. Brasil

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

### **Relações comunitárias de um adolescente e sua família em situação de uso de crack: uso de ecomapa.**

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

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

**Objetivos da investigação:** O presente estudo teve como objetivo identificar apoios na comunidade que auxiliam a família e o adolescente no enfrentamento da situação de uso de crack.

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

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

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

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

#### **Experiências de adolescentes usuários de crack e suas famílias na busca pelo cuidado: itinerário terapêutico.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados:** Após as guerras mundiais do século passado, as sociedades europeias e norte americanas, questionaram as instituições psiquiátricas e as proposições do cuidado em saúde mental. O Movimento italiano questionou a instituição asilar, colocando uma transferência de foco do cuidado da doença para a saúde mental, com influências sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja discussão dos modelos de atenção à saúde mental concretizou-se na Declaração de Caracas em 1991, beneficiando-se subsequentemente dos resultados da reforma sanitária em favor da mudança dos modelos de atenção gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

A implantação do SUS, pautado pela universalidade da prestação de benefícios e serviços, equidade e integralidade, estadualização e municipalização da gestão, oportunizando a adequação das demandas. O modelo psicossocial de atenção em saúde constitui uma nova forma de atendimento a partir das transformações das práticas de saúde especificamente das práticas em saúde mental. Representa um conjunto de ações teórico-práticas, político-pedagógicas e éticas visando a substituição do modelo asilar. Os movimentos pela redemocratização do país, no final da década de 1970, permitiram um novo olhar sobre a situação de saúde da criança, resultando na promulgação dos seus direitos na Constituição Federal de 1988, culminando na Lei



8.069/90, que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente. Neste contexto insere-se o tema da saúde mental infanto-juvenil entre as questões nacionais relativas ao redirecionamento da atenção em saúde mental.

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

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

### Regulação do acesso. Singularidades de desafios a partir da trajetória de um usuário da rede de atenção psicossocial.

Maria Raquel Rodrigues Carvalho UECE; Lourdes Suelen Pontes Costa UECE ; Jamine Borges de Morais UECE ; Maria Salete Bessa Jorge UECE; Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão UECE. Brasil. [ilse.tigre@uece.br](mailto:ilse.tigre@uece.br)

### Resumen

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

### Resumo

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

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

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

### “QUE ÓCULOS VOCÊ USA?” Uma proposta de vídeo sobre Visita Domiciliar.

## Resumo

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

## Resumen

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

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

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

### Objetivos:

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

### Contexto e descrição do problema:

A partir de 2002, tem sido implantados no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi) voltados para o atendimento em saúde mental à infância e adolescência. Estes serviços tem como objetivo o atendimento de transtornos graves e/ou persistentes, como autismo e psicoses, através de equipe multidisciplinar e em rede com outros serviços de assistência na área da saúde, educação, de direitos e de assistência social.

Embora os CAPSi tenham como princípio o atendimento prioritário de transtornos psiquiátricos graves, ao se pesquisar trabalhos de levantamento realizados nestes serviços quanto ao perfil dos usuários constata-se que, na maioria deles, os diagnósticos encontraram-se no grupo de transtornos do comportamento e emocionais, situados no CID -10, nos códigos F90-F98, que engloba desde transtorno de déficit de atenção a transtornos comportamentais e emocionais não especificados. Vale lembrar que a investigação epidemiológica dos transtornos mentais na infância e adolescência apresenta dificuldades inerentes a esta faixa etária: o que se considera como normal/patológico para determinada etapa do desenvolvimento; a necessidade de se avaliar o caso através de múltiplos informantes (pais, professores, outros profissionais); o contexto cultural; a escolha de instrumentos de avaliação como escalas e questionários; a presença ou não de prejuízo funcional, bem como as variações qualitativas e quantitativas de cada sintoma.

Entretanto, o panorama sobre quadros diagnósticos e queixas e/ou sintomas mais comuns encontrados em serviços de saúde mental dedicados a crianças e adolescentes nos leva a fazer as seguintes suposições: boa parte dos usuários não apresentam prejuízo funcional significativo para estarem inseridas no atendimento multiprofissional, no qual está incluído o psiquiatra; as alterações comportamentais, ainda que encontradas em vários transtornos, podem estar sendo entendidas como condizentes com os critérios diagnósticos como transtorno de conduta, déficit de atenção e hiperatividade, de desafio e oposição e, como tais, serem passíveis de prescrição psicofarmacológica.

Na corrente de uma maior preocupação com a saúde mental de crianças e adolescentes, surgida nas últimas décadas tanto no Brasil como no resto do mundo, também “flutuam” cápsulas e comprimidos. Vários fatores,

entre eles, a pesquisa e a produção de fármacos encontra na população jovem um interessante *locus* de aplicação e de lucratividade. A fácil aceitação ou procura da medicação de muitos pais na resolução de condutas consideradas indesejáveis por parte de seus filhos poderia refletir a aceitação não consciente do poder midiático. Estamos induzindo as crianças ao aprendizado em relação ao uso de medicação como a solução de problemas não permitindo escolhas que possibilitem mecanismos de ação pró-ativos na resolução de problemas e dificuldades.

Assim tem sido preocupação em diversas áreas de conhecimento o crescente uso de medicação para o tratamento de problemas comportamentais em crianças e adolescentes. O Brasil é o segundo país do mundo em prescrição de metilfenidato. É frequente a indicação, por parte de professores, para os pais de uma avaliação médica pelas dificuldades de aprendizado ou por alterações de comportamento na criança. Percebe-se uma busca de eficiência através do medicamento, borra-se as possíveis características do sujeito, sua subjetividade, através de diagnósticos.

### **Metodologia:**

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

### **Resultados e Discussão:**

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

### **A priorização da atenção primária à saúde como estratégia de fortalecimento do sistema de saúde em Minas Gerais, Brasil.**

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

## **SESIÓN 34 – Salón actos**

### **Presidente:**

**Tema :** Relaciones educación y sistemas de salud

### **Proceso de trabajo de la enfermería en Brasil y en Chile.**

Cristina M. de Meira Melo, Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía – UFBA. Juliana Alves Leite Leal, Universidad Estatal de Feira de Santana – Bahía. Queuâm Ferreira Silva de Oliveira, Becario PIBIC - Escuela de Enfermería de la UFBA. Handerson Silva Santos, Profesor de la UFBA-. Nildo Batista Mascarenhas, Profesor de la Universidad Estatal de Bahía - Brasil. [julileite@hotmail.com](mailto:julileite@hotmail.com)

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

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

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

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

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

#### **Avaliação das contribuições do Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) nos processos de mudança curricular dos cursos de graduação da área da saúde de uma universidade do Brasil.**

Cristiana Leite Carvalho, Evanilde Maria Martins y Cássia Beatriz Batista. Brasil

#### **Novos campos e estratégias de ensino-aprendizagem pós-reforma curricular de enfermagem de uma universidade pública estadual da Bahia, Brasil.**

Silvana Lima Vieira y Thadeu Borges Souza Santos. Brasil

#### **Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil: dispositivos para mudanças na formação de estudantes.**

Thaís Maranhão, Izabella Barison Matos y Alcindo Antônio Ferla. Brasil

#### **Trabalho e formação na saúde coletiva: uma revisão sistemática da literatura.**

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

**Horaire : 16:30 – 18:00**

**SESIÓN DE TRABAJO 8 – Sala 2**

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

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

Plazas: 25

Lengua: español

## **SESIÓN 36 – Sala 4**

**Presidente:**

**Tema :** Nuevos modelos organizativos 4

### **Órgãos reguladores de serviços de medicina nuclear no Brasil.**

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

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

Renaud Petit, Frantz Datry y Mohammed Ennajem. France

### **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do PSF aos serviços e as práticas de saúde de média e alta complexidade.**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Le travail a pour objectif de dresser un panorama de la gestion des déchets d'activités médicales, nommés déchets d'activités de soins (DAS) au Nord et déchets biomédicaux (DBM) au Sud, et d'apporter les éléments nécessaires pour une stratégie optimale de gestion dans les différents contextes locaux, suite aux audits et reportages photos effectués en France, au Mali, Burkina-Faso, Sénégal, Togo, Guinée-Conakry, et la réalisation d'outils de formation (CD interactifs).

Les activités médicales génèrent des déchets à risques infectieux (DASRI), soit mous soit piquants coupants tranchants (PCT), chimiques toxiques (DASRCT), radioactifs (DASRR).

Ces activités concernent :

- les établissements producteurs de déchets : gros producteurs (hôpitaux et cliniques où se pratiquent chirurgie et gestes invasifs), producteurs intermédiaires (EHPAD, cabinets de radiologie,...)
- le milieu diffus : professionnels libéraux de santé (PLS) ; patients en auto-traitement (PAT) dont la pathologie la plus fréquente est le diabète.

A chaque type de déchet doit correspondre une filière d'élimination appropriée, bien identifiée, garantissant à chaque étape (tri à la source, conditionnement, collecte interne, stockage intermédiaire puis centralisé, enlèvement, transport externe, traitement, élimination finale) l'hygiène et la sécurité de tous les personnels (médicaux, techniques, prestataires du transport, ...) et des populations, ainsi que la protection de l'environnement (sols, eaux, air).

La gestion sûre et écologique des déchets d'activités médicales repose sur :

- la prise en compte des contraintes d'ordre réglementaire, structurel, organisationnel, financier, technique, technologique, comportemental
- l'instauration d'un cadre légal et institutionnel de gestion :

\* au niveau international

conventions de Bâle et de Stockholm, 4 principes pollueur-payeur, diligence, précaution, proximité

\* au niveau national

dans les pays industrialisés, cadre précis et évolutif (en France : Plans Régionaux de Prévention et de Gestion des Déchets Dangereux (PRPGDD) ; en Europe : réglementation ADR pour le transport des matières dangereuses,...)

dans les pays en développement (PED) : malgré les freins (insuffisance de moyens, ...), une gestion intégrée est en marche (mise en oeuvre de stratégies nationales d'hygiène hospitalière, collaboration intersectorielle,...).

- l'implication de tous les personnels dans une démarche systémique, grâce à la sensibilisation, l'information, la formation.

Focus sur la formation :

L'évolution des sociétés, le vieillissement de la population dans les pays industrialisés et ses conséquences

(augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques et en perte d'autonomie, développement du maintien et des soins à domicile), les progrès des techniques médicales, imposent d'adapter les politiques de formation des professionnels de santé (formations initiales/continues, médicales/paramédicales) : changements dans les cursus et les méthodologies, synergies d'équipes pluridisciplinaires, promotion d'outils de formation (exemple de la chimiothérapie à domicile : gestes techniques des soins mais aussi environnement des patients et des professionnels).

Il s'agit de développer une approche transversale du soin et des services à la personne, et de rendre le patient acteur du soin ; renforcer les atouts (en France : principe de responsabilité élargie du producteur REP pour les DASRI des PAT avec l'éco-organisme agréé DASTRI).

Il importe de mettre l'accent sur les thèmes porteurs tels que les accidents par exposition au sang (AES), la prévention des infections associées aux soins (IAS), le développement durable en santé.

La gestion optimale des déchets d'activités médicales doit être considérée comme un système dont les maîtres mots sont simplicité et rigueur, et une oeuvre de longue haleine impliquant tous les acteurs et en perpétuelle évolution.

Dans le contexte mondial OMD, Défi mondial pour la sécurité des patients, Initiative mondiale en faveur des technologies de santé, la priorité est de renforcer les capacités humaines pour un changement durable de comportement, dont la promotion de l'hygiène des mains.

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

Dumitru Siscanu, Hôpital Clinique Municipal nr. 1. Adriane Martin Hilber, Swiss TPH, Bâle Suisse. Florence Secula, Swiss TPH. Suisse. Nadejda Costin, Association Progrès par Alternative Moldova. [d\\_siscanu@yahoo.com](mailto:d_siscanu@yahoo.com)

**Contexte.** Après les six premières années de mise en œuvre, le projet moldo-suisse „Modernisation du système périnatalogique en République Moldova” (MSPM) a réussi à améliorer les standards de soins dans les maternités et a contribué à perfectionner le système de référence entre les centres de périnatalogie de différents niveaux. Toutefois, plusieurs évaluations ont montré que l'accès aux services de santé pour la plupart des mères, nouveau-nés et enfants était encore problématique, surtout dans les zones rurales.

**l'objectif** de la composante Communauté du projet a été de mieux identifier les barrières de la population à l'accès aux services de planification de la famille et des soins pendant la grossesse et après l'accouchement, mais et de tester des approches visant la mobilisation de la communauté pour augmenter le niveau d'utilisation des services médicaux périnatals, en particulièrement par les groupes vulnérables.

**Interventions.** La composante Communauté du projet a été élaborée conformément à l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant le travail avec les individus, familles et communauté (modèle IFC) en prenant en compte l'expérience locale et internationale sur le travail avec la communauté. Cette composante du projet a été mise en œuvre dans deux districts-pilotes (6 localités) pendant les années 2012 à 2014.

On a établi trois domaines d'intervention prioritaires:

**I. Mobilisation communautaire.** Dans chaque localité-pilote, le projet a facilité la création d'une équipe de membres actifs de la communauté, motivés à promouvoir les valeurs de la famille, en ayant comme priorité la santé de la mère et de l'enfant. Ces personnes se sont réunies volontairement en groupe non formel, appelé Club de Famille. Les Clubs de Famille ont organisé systématiquement des manifestations et des actions publiques pour informer la population sur la santé maternelle et infantile et ont organisé des activités pour soutenir les familles en difficulté. Un peu plus tard, les Clubs de Famille ont commencé à jouer un rôle important dans les activités de promotion de la santé en collaboration avec les travailleurs de santé et d'autres acteurs de la communauté. Les Clubs de Famille ont organisé 77 réunions communautaires et des activités liées à la promotion de la santé impliquant 3500 personnes (16% d'hommes, 84% de femmes), 25 pour cent en étant des familles socialement vulnérables.

La mobilisation des jeunes des communautés à l'aide des équipes Y-PEER créés, a été un grand succès: plus de 3300 jeunes ont participé à diverses activités d'éducation non formelles telles que les heures d'information, activités dans la rue, des flash mobs, théâtre social, etc.

**II. Renforcement des liens entre les travailleurs communautaires et les niveaux de soin pour une meilleure référence des femmes enceintes vulnérables aux services de santé.** Le projet a intervenu dans la consolidation des liens multisectoriels entre les travailleurs de la santé, les travailleurs sociaux communautaires et les autorités publiques locales pour améliorer la référence des femmes enceintes vulnérables au système de soins périnatals (assistance médicale primaire et la maternité du district). On a élaboré un mécanisme pour

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Conclusions:**

- Les Clubs de Famille et les équipes Y-PEER sont des expériences de succès à atteindre les membres de la communauté et ont bien contribué aux efforts de promotion de la santé au niveau local.
- La durabilité des Clubs de Famille a été encouragée par le renforcement des liens avec les autorités publiques locales.
- Approche de travail dans le cadre de l'équipe multidisciplinaire à renforcer la collaboration entre les travailleurs communautaires et le premier niveau de soins, assurant une meilleure identification et référence des femmes enceintes.
- La stigmatisation de la population vulnérable reste relativement élevée parmi les professionnels de la communauté: il est nécessaire de développer la capacité et la motivation pour améliorer l'attitude des prestataires de services, y compris des travailleurs médicaux.

## **SESIÓN 37 – Sala 6**

**Presidente:**

**Tema :** Nuevos roles

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

Daniel Martins Candido da Silva, UNESA y Luciana Maria Borges da Matta Souza, UNESA e UERJ. Brasil.  
[danielmcsilva@yahoo.com.br](mailto:danielmcsilva@yahoo.com.br)

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

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

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

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

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

## **SESIÓN 38 – Sala 7**

### **Presidente:**

**Tema :** Oferta de profesionales 2

### **Caracterización de la formación y de la fuerza de trabajo en en enfermería en la red estatal de salud, Bahía, Brasil.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mariana Albuquerque, Universidade de São Paulo, Paulo Mota Universidade de São Paulo, Liza Yurie Teruya Uchimura, Universidade de São Paulo, Ana Luiza D'Ávila Viana, Universidade de São Paulo. Brasil. [lytuchimura@gmail.com](mailto:lytuchimura@gmail.com)

#### **Resumo**

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

#### **Resumen**

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



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

### **Descentralização da formação profissional em Saúde: Movimentos em Territórios.**

Paula Lopes Gomide Haubrich, Cristianne Maria Famer da Rocha y Márcia Fernanda de Mélo Mendes. Brasil

## **SESIÓN 39 – Sala 8**

### **Presidente:**

**Tema :** Procesos formativos 1

### **Accompagner les étudiants en stage de maîtrise professionnelle en santé publique dans le développement de leurs compétences.**

Lise Goulet, Claire Bélanger, Nicole Beaudet, Céline Farley y Marie Hatem<sup>1</sup>, Michèle Rivard. Québec

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

### **Licenciatura en educación para la salud. Un balance a siete años de su inicio.**

Georgina Contreras Landgrave, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Oscar Donovan Casas Patiño, Silvia Cristina Mansur Quiroga, Luisa Ruano Casado, Esteban Jaime Camacho Ruiz y María Luisa Ballestar Tarín. México

### **Autoévaluation d'une filière d'enseignement en Santé publique – l'exemple de l'Université de Liège.**

Benoît Pétré, Sylvie Streel, Patrick Maggi, Claire Lepere, Freddy Coignoul, Catherine Vandeleene, Michèle Guillaume. Belgique

### **¿Es pertinente cambiar las formas de referirse al cuerpo, la nutrición y la salud?: experiencias con estudiantes de nutrición?**

José Alberto Rivera Márquez. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Concepción Díaz de León Vázquez. Universidad Nacional Autónoma de México. Claudia Unikel Santoncini. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", México. [arivera@correo.xoc.uam.mx](mailto:arivera@correo.xoc.uam.mx)

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

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

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

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

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

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

## SESIÓN DE PÓSTERS 3 – Pasillos EASP

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

Fernanda de Oliveira Sarreta, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP. Brasil. [fersarreta2009@yahoo.com.br](mailto:fersarreta2009@yahoo.com.br)

#### Resumo

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

#### Resumen

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



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

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

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

### **A preceptoria na formação de profissionais em saúde.**

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

### **Qualidade de vida de estudantes de medicina de duas escolas médicas com diferentes modelos de formação: Estudo transversal.**

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

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

Roselita Sebold y Daniela Lemos Carcereri. Universidade Federal de Santa Catarina Brasil. [roselita\\_sebold@yahoo.com.br](mailto:roselita_sebold@yahoo.com.br)

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

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

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

#### **Utilização de estratégias dialógico-reflexivas no ensino de Odontologia.**

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

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

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

#### **Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC/UECE).**

Maria Salete Bessa Jorge, GRUPSFE y Indara Cavalcante Bezerra, CAPES e Membro do GRUPSFE. Brasil. [maria.salete.jorge@gmail.com](mailto:maria.salete.jorge@gmail.com)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta visibilidade também está relacionada a qualificação dos grupos de pesquisa vinculados ao programa pode ser observada através do crescimento do número de projetos de pesquisa com captação de recursos externos, proveniente de instituições estaduais, nacionais e internacionais de fomento à pesquisa.

O campo da Saúde Coletiva não se encontra imune nem à crise de paradigmas nem à transição paradigmática. Nesse sentido, o projeto pedagógico do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE está centrado em processos de formação crítica e a articulação com os serviços de saúde. Pode ser entendido como um projeto contextualizado com a situação de saúde da população, na perspectiva do planejamento, buscando contribuir com a construção da integralidade e consolidação do SUS.

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

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

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

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

### **Determinantes sociais da saúde e a contribuição do serviço social.**

Vera Maria Ribeiro Nogueira Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Santa Catarina, Helenara Silveira Fagundes Universidade Federal de Santa Catarina, Regina Célia Tamasso Miotto Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. [vera.nogueira@pq.cnpq.br](mailto:vera.nogueira@pq.cnpq.br)

## **Resumo**

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

## **Resumé**

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



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

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

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

### **Plano estadual de saúde: intenção política e construção coletiva.**

Maria Isabel Barros Bellini- Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil, Faculdade de Serviço Social/PUCRS- Secretaria Estadual da Saúde/SES/RS. Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Gabriel Calazans Baptista, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Cristian Fabiano Guimarães- Instituto de Porto Alegre; Membro da Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.

Cristiane Fischer Achutti, Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Ana Maria Mejolaro Dalla Valle, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Marta Araújo Grecellé, Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Ligia Maria Correa Geyer, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES. Liane B Prytoluk, Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES.Brasil. [maria-bellini@saude.rs.gov.br](mailto:maria-bellini@saude.rs.gov.br)

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Caracterização**

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

#### **Descrição da Experiência**

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

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

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

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

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

### **Efeitos da Experiência**

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

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

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

**Introduction :** L'approche participative utilisée dans la démarche écosanté, intègre les acteurs locaux dans la recherche sur les problématiques de santé environnementale. A partir des connaissances scientifiques produites par les études de terrain, les acteurs locaux sont capables de produire de façon concertée, les solutions innovantes acceptables par la communauté et rapidement utilisables.

Notre travail porte sur les incidences éco citoyennes d'un projet visant à réduire selon l'approche écosanté, la leishmaniose cutanée, maladie tropicale négligée liée à la précarité. La commune agro-pastorale de Draa El Mizan, au Nord de l'Algérie, est enclavée et économiquement peu développée. Cette commune constitue un foyer de leishmaniose cutanée, entretenue par la prolifération de chiens errants et la pollution domestique.

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

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

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

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

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

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

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

**RESUMO:** Este artigo apresenta algumas reflexões quanto, as ações governamentais voltadas à formação em saúde, cuja função é atender as diretrizes da Política de Saúde Pública no Brasil, no campo da Educação na Saúde. As ações integram o Pró-Ensino na Saúde, que tem por objetivo possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do ensino na saúde contribuindo, assim, para desenvolver e consolidar esta área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, encontra-se em andamento a execução do projeto intitulado:

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

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

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

### **Permisos de maternidad, una desigualdad europea.**

Isabel María Martos López, M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Guisado y Chaxiraxi Guedes Arbelo. España

### **Objetivos.**

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

paternidad.

### **Descripción del problema.**

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

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

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

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

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

### **Material y Métodos**

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

### **Resultados y Discusión**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Torres Saura, Vanessa; Pérez Giráldez, Manuel J.; del Castillo Quesada, M<sup>a</sup> Esther. Servicio Andaluz de Salud. Departamento de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera. España.  
[vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es)

### CONTEXTO

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

La implantación de **Sistemas de Autocontrol (SA)** en las empresas alimentarias (industrias, establecimientos minoristas, establecimientos de restauración, otros) es el método esencial reconocido por las normas internacionales (Codex Alimentarius), así como por las de la Unión Europea (Reglamento 853/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios), cuya aplicación garantiza la seguridad e inocuidad de los alimentos en cada fase de la cadena alimentaria.

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

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

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

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

Desde que en el año 2004 surgiera el “**Plan para la Supervisión de los Sistemas de Autocontrol en las Empresas Alimentarias de Andalucía**” (PSSA), esta herramienta de control oficial ha ido evolucionando. Cabe pues, una década después, realizar una evaluación de dicho Plan para ver si sus resultados en salud son acordes con los objetivos previstos en el mismo y con los establecidos en el Reglamento 853/2004.

### OBJETIVOS

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

## METODOLOGÍA

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

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

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

-En base a los resultados obtenidos por el AGS Norte de Málaga que se expondrán en la comunicación en formato de tablas, podemos concluir que, en base a los valores obtenidos los indicadores de la evaluación del PSSA, desde este Área sanitaria, se ha contribuido en un elevado porcentaje a dar consecución al objetivo general de supervisión de promover la implantación y desarrollo de los Sistemas de Autocontrol en los establecimientos alimentarios de Andalucía.

-La actividad de Supervisión se muestra como una herramienta eficaz en el logro de los objetivos previstos en las normativas legales de referencia y por ende, el de la Seguridad alimentaria.

## Programas de salud en el contexto de la reforma sanitaria: Estudio de caso Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial.

Luis David Berrones Sanz y Roselia Rosales Flores. México

## Lactancia y trabajo, marco legal español.

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

## Indicadores de Saúde Materno Infantil e contribuição da Educação à Distância (EaD) como modalidade de Educação Permanente em Saúde (EPS) para profissionais que atuam neste segmento.

Ana Emília Figueiredo Oliveira, Maria Bethania da Costa Chein. Brasil

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

Vanesa Torres Saura, Leocadia Macías Santiago, Manuel J. Pérez Giráldez, Rafaela Zurera Saravia. Departamento de Salud Pública. Área Sanitaria Norte de Málaga. Hospital de Antequera. España. [vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:vanesa.torres.sspa@juntadeandalucia.es)

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

La implantación de **Sistemas de Autocontrol (SA)** en las empresas alimentarias (industrias, establecimientos minoristas, establecimientos de restauración, otros) es el método esencial reconocido por las normas internacionales (Codex Alimentarius), así como por las de la Unión Europea (Reglamento 853/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios), cuya aplicación garantiza la seguridad e inocuidad de los alimentos en cada fase de la cadena alimentaria.

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

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

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

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

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

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

## OBJETIVOS

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

## METODOLOGÍA

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

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

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

-En base a los resultados obtenidos por el AGS Norte de Málaga que se expondrán en la comunicación en formato de tablas, podemos concluir que, en base a los valores obtenidos los indicadores de la evaluación del PSSA, desde este Área sanitaria, se ha contribuido en un elevado porcentaje a dar consecución al objetivo general de supervisión de promover la implantación y desarrollo de los Sistemas de Autocontrol en los establecimientos alimentarios de Andalucía.

-La actividad de Supervisión se muestra como una herramienta eficaz en el logro de los objetivos previstos en las normativas legales de referencia y por ende, el de la Seguridad alimentaria.

## SESIÓN 40 – **Salón actos**

**Presidente:**

**Tema :** Calidad de la formación

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

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

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

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

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

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

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

Las opiniones acerca del **propósito** de la medicina familiar, se centran en la curación y prevención del padecer del paciente y su familia, subyace en ello el **pensamiento biomédico de la práctica médica**. Las expresiones acerca de los **valores** muestran que el respeto al paciente está implícito en la relación médico familiar, aunque no se vislumbra la comprensión del otro (otredad). Las expresiones sobre la **libertad del médico/a familiar en el ejercicio de la profesión** está basado en los conocimientos que permiten ejercer la propia voluntad del médico, por lo que la limitación del tiempo en la consulta deviene en un factor que ata al ejercicio medico debido a la organización gerencial. Respecto a **posición y relación** de la autoridad en la consulta médica familiar los médicos opinaron que es el **jefe del departamento clínico (JDC)** a quien se le reconoce como el solucionador mediato de los problemas de la consulta, más en el orden de una estructura jerárquica.

En la observación se evidencio, que los instrumentos de uso en esta práctica de la medicina familiar son: **la computadora, el baumanometro o esfigmomanómetro, el estetoscopio y lámpara manual o de chicote**; los cuales son utilizados ilimitadamente de manera repetitiva en esta práctica médica, pero no son exclusivos de la medicina familiar; otra observación muy importante fue el uso de la **bata blanca**, un objeto con una carga simbólica muy fuerte porque está llena de significados impregnados por la sociedad; las observaciones fueron

que la **bata blanca** se porta limpia y arreglada, pero el logo que las identifica **no corresponde al del IMSS**, sino que es de otras instituciones como el Instituto Nacional de Pediatría (INP), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Fundación BEST, UNAM, Medica Sur y algunas sin logo. El escritorio del consultorio de medicina familiar se encontró en todos los casos **invadido por la computadora, impresora y papeles**, estos limitan la comunicación verbal y no verbal con los pacientes, desgastando la relación médico-paciente, comunicando la saturación e indiferencia por parte del médico hacia el paciente.

La **actividad y propósito** observada al médico de familia en la práctica de la consulta médica de mayor a menor grado fue; el **interrogatorio médico**, el **uso ininterrumpido de la computadora** para registro de la información del paciente y de la actividad médica, la **expedición de la receta** con indicación terapéutica farmacológica nunca explicada de manera amplia al paciente o familiar, la **exploración física que se concretó a toma de tensión arterial y frecuencia cardíaca** (constantes vitales), y por último, la **interpretación de estudios de laboratorio y gabinete**, los cuales no se explican al paciente o familiar, probablemente derivado esto por la falta de tiempo en la consulta médica. Las observaciones de **valores y normas** mostraron que el médico familiar, goza de independencia en las decisiones médicas, combinada con autonomía pero no libertad en la toma de decisiones médicas, ya que está limitada por procesos administrativos de la propia institución y supervisada por el jefe del departamento clínico (JDC). Las indicaciones médicas manifiestan **dos relaciones de poder**: el médico familiar encargado del consultorio médico y el JDC encargado de la funcionalidad operativa de la Unidad Médica; en el plano administrativo se observaron **tres relaciones de poder**: a) las políticas administrativas del IMSS, b) el JDC quien es el operador del ritmo de la consulta médica, del número de referencias a segundo nivel, la prescripción razonada en razón de los indicadores institucionales, y c) el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

## CONCLUSIONES:

Los médicos familiares han reproducido un significado cultural en la praxis médica desde hace años, esta significación ha producido una ideología dentro de la estructura del IMSS específicamente en las Unidades de Medicina Familiar (APs); esta ideología está cargada de significados, una práctica médica donde existe un **nexo entre medicina familiar y familia** el cual está vacío y carente de sentido conceptual, una **identidad** delimitada al prestigio social pragmatizado en logro personal, seguridad económica y laboral; la observación de la identidad confirma una práctica médica moderna con el uso de la **computadora**, la cual **limita la comunicación verbal y no verbal con los pacientes**, desgastando la relación **médico-paciente**, produciendo la degradación constante de la identidad propia dentro del **IMSS y de la medicina familiar**, donde la relación humanística debería jugar el rol más importante; aunado a lo anterior la bata blanca portada por los médicos con logos de otras instituciones de salud, denota la falta de pertenencia a la institución donde laboran y además comunica que la atención brindada no los compromete a su institución el IMSS, **originando falta de pertenencia y compromiso laboral**.

La **actividad y el propósito** del médico familiar expresada por los médicos se caracterizó por ser **biomédica, curativa, repleta de clientelismo y breve tiempo para su práctica médica**, estos dos últimos denotan un esquema de trabajo institucional, que genera descontento por parte del paciente y por parte del propio médico; en su observación se confirmó el uso **ininterrumpido de la computadora, interrogatorio breve**, y una **exploración física** limitada a la toma de signos vitales, con la culminación de la **expedición de la receta médica**, una relación rutinaria de un ritual aceptado y consensuado por ambas partes, que asegura un orden institucional y de servicio delimitado a estas acciones breves, donde el ejercicio médico se nebuliza en servicio del indicador institucional.

Los **valores** expresados mostraron que el respeto al paciente está implícito, aunque no se vislumbra la comprensión del **otro**, se fija una postura de **alteridad profesional** que no vulnera al individuo que adolece, en lo observado encontramos actitudes de superioridad y autoritarismo por parte del médico hacia el paciente, su práctica médica tiene **autonomía en decisión médica pero no libertad** esta es cooptada por la misma institución en sus reglamentaciones administrativas y supervisadas por el **JDC, confirmando un acto médico limitado y secuestrado a la demanda de atención en la organización institucional**.

Las relaciones de poder expresadas demostraron que la autoridad es el **jefe del departamento clínico (JDC)**, sin límites determinados por parte de los médicos y en las observaciones encontramos a la prescripción dos relaciones de poder directas; **el médico familiar** encargado del consultorio médico y el **JDC** encargado de la



operatividad institucional, y tres relaciones de poder indirectas; las políticas administrativas del IMSS, el JDC operador del ritmo de consulta médica y el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

La **medicina familiar** es carente de **identidad, pertenecía y propósito** como grupo doctrinal no así como grupo Institucional que está limitado a una **actividad** lo curativo y biomédico, sus **valores** están conformados desde su formación académica básica, y sus **relaciones de poder** implícitas por un orden administrativo institucional, **la conformación de esta especialidad médica está constituida por un orden el "IMSS"**, y decaerá cuando este lo considere obsoleto o inservible para sus fines institucionales, es por esto que la medicina familiar debe tomar un rumbo único, delimitado y concreto no dependiente del IMSS o las academias.

#### Theorie A/D/S, connaissance et comportements.

Jean-Pierre Escaffre, M. Personnic, M. Quillere, A.C. Forget, A. Megret. France

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

**OBJETIVO:** Analizar el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de Medicina Familiar-Atención Primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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

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

Las opiniones acerca del **propósito** de la medicina familiar, se centran en la curación y prevención del padecer del paciente y su familia, subyace en ello el **pensamiento biomédico de la práctica médica**. Las expresiones acerca de los **valores** muestran que el respeto al paciente está implícito en la relación médico familiar, aunque no se vislumbra la comprensión del otro (otredad). Las expresiones sobre la **libertad del médico/a familiar en el ejercicio de la profesión** está basado en los conocimientos que permiten ejercer la propia voluntad del médico, por lo que la limitación del tiempo en la consulta deviene en un factor que ata al ejercicio médico debido a la organización gerencial. Respecto a **posición y relación** de la autoridad en la consulta médica familiar los médicos opinaron que es el **jefe del departamento clínico (JDC)** a quien se le reconoce como el solucionador mediato de los problemas de la consulta, más en el orden de una estructura jerárquica.

En la observación se evidencio, que los instrumentos de uso en esta práctica de la medicina familiar son: **la computadora, el baumanómetro o esfigmomanómetro, el estetoscopio y lámpara manual o de chicote**; los cuales son utilizados ilimitadamente de manera repetitiva en esta práctica médica, pero no son exclusivos de la medicina familiar; otra observación muy importante fue el uso de la **bata blanca**, un objeto con una carga simbólica muy fuerte porque está llena de significados impregnados por la sociedad; las observaciones fueron que la **bata blanca** se porta limpia y arreglada, pero el logo que las identifica **no corresponde al del IMSS**, sino que es de otras instituciones como el Instituto Nacional e Pediatría (INP), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Fundación BEST, UNAM, Medica Sur y algunas sin logo. El escritorio del consultorio de medicina familiar se encontró en todos los casos **invadido por la computadora, impresora y papeles**, estos limitan la comunicación verbal y no verbal con los pacientes, desgastando la relación médico-paciente, comunicando la saturación e indiferencia por parte del médico hacia el paciente.

La **actividad y propósito** observada al médico de familia en la práctica de la consulta médica de mayor a menor grado fue; el **interrogatorio médico**, el **uso ininterrumpido de la computadora** para registro de la información del paciente y de la actividad médica, la **expedición de la receta** con indicación terapéutica farmacológica nunca explicada de manera amplia al paciente o familiar, la **exploración física que se concretó a toma de tensión arterial y frecuencia cardíaca** (constantes vitales), y por último, la **interpretación de estudios de laboratorio y gabinete**, los cuales no se explican al paciente o familiar, probablemente derivado esto por la falta de tiempo en la consulta médica. Las observaciones de **valores y normas** mostraron que el médico familiar, goza de independencia en las decisiones médicas, combinada con autonomía pero no libertad en la toma de decisiones médicas, ya que está limitada por procesos administrativos de la propia institución y supervisada por el jefe del departamento clínico (JDC). Las indicaciones médicas manifiestan **dos relaciones de poder**: el médico familiar encargado del consultorio médico y el JDC encargado de la funcionalidad operativa de la Unidad Médica; en el plano administrativo se observaron **tres relaciones de poder**: a) las políticas administrativas del IMSS, b) el JDC quien es el operador del ritmo de la consulta médica, del número de referencias a segundo nivel, la prescripción razonada en razón de los indicadores institucionales, y c) el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

## CONCLUSIONES:

Los médicos familiares han reproducido un significado cultural en la praxis medica desde hace años, esta significación ha producido una ideología dentro de la estructura del IMSS específicamente en las Unidades de Medicina Familiar (APs); esta ideología esta cargada de significados, una practica medica donde existe un **nexo entre medicina familiar y familia** el cual esta vacío y carente de sentido conceptual, una **identidad** delimitada al prestigio social pragmatizado en logro personal, seguridad económica y laboral; la observación de la identidad confirma una práctica médica moderna con el uso de la **computadora**, la cual **limita la comunicación verbal y no verbal con los pacientes**, desgastando la relación **medico-paciente**, produciendo la degradación constante de la identidad propia dentro del **IMSS y de la medicina familiar**, donde el relación humanística debería jugar el rol mas importante; aunado a lo anterior la bata blanca portada por los médicos con logos de otras instituciones de salud, denota la falta de pertenencia a la institución donde laboran y además comunica que la atención brindada no los compromete a su institución el IMSS, **originando falta de pertenencia y compromiso laboral**.

La **actividad y el propósito** del médico familiar expresada por los médicos se caracterizó por ser **biomédica, curativa, repleta de clientelismo y breve tiempo para su práctica médica**, estos dos últimos denotan un esquema de trabajo institucional, que genera descontento por parte del paciente y por parte del propio medico; en su observación se confirmó el uso **ininterrumpido de la computadora, interrogatorio breve**, y una **exploración física** limitada a la toma de signos vitales, con la culminación de la **expedición de la receta médica**, una relación rutinaria de un ritual aceptado y consensuado por ambas partes, que asegura un orden institucional y de servicio delimitado a estas acciones breves, donde el ejercicio medico se nebuliza en servicio del indicador institucional.

Los **valores** expresados mostraron que el respeto al paciente está implícito, aunque no se vislumbra la comprensión del **otro**, se fija una postura de **alteridad profesional** que no vulnera al individuo que adolece, en lo observado encontramos actitudes de superioridad y autoritarismo por parte del médico hacia el paciente, su práctica médica tiene **autonomía en decisión medica pero no libertad** esta es cooptada por la misma institución en sus reglamentaciones administrativas y supervisadas por el **JDC, confirmandose un acto médico limitado y secuestrado a la demanda de atención en la organización institucional**.

Las relaciones de poder expresadas demostraron que la autoridad es el **jefe del departamento clínico (JDC)**, sin límites determinados por parte de los médicos y en las observaciones encontramos a la prescripción dos relaciones de poder directas; **el médico familiar** encargado del consultorio médico y el **JDC** encargado de la operatividad institucional, y tres relaciones de poder indirectas; las políticas administrativas del IMSS, el JDC operador del ritmo de consulta médica y el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

La **medicina familiar** es carente de **identidad, pertenencia y propósito** como grupo doctrinal no así como grupo

Institucional que está limitado a una **actividad** lo curativo y biomédico, sus **valores** están conformados desde su formación académica básica, y sus **relaciones de poder** implícitas por un orden administrativo institucional, **la conformación de esta especialidad médica está constituida por un orden el "IMSS"**, y decaerá cuando este lo considere obsoleto o inservible para sus fines institucionales, es por esto que la medicina familiar debe tomar un rumbo único, delimitado y concreto no dependiente del IMSS o las academias.

#### **Formación de la enfermería especializada en España, sistema de docência.**

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

#### **Perfiles de egreso de las carreras de medicina en Chile y las orientaciones de la OPS.**

Mario Parada L., Universidad de Valparaíso, Escuela de Medicina Valparaíso. María I. Romero, Universidad San Sebastián, Escuela de Medicina. Fabian Moraga, Universidad de Valparaíso, Instituto de Sociología,. Chile. [mario.parada@uv.cl](mailto:mario.parada@uv.cl)

**Objetivo:** La presente investigación tiene por objetivo realizar un análisis cualitativo de los Perfiles de Egreso de las universidades agrupadas en la ASOFAMECH, vinculando el Enfoque Social, el Enfoque Humanista y las Habilidades Socio-comunicacionales.

**Método:** Se implementó la técnica de análisis documental de los Perfiles declarados en las páginas web respectivas, con el Software Atlas Ti, estableciendo categorías y subcategorías emergentes.

**Resultados:** Los resultados en el Enfoque Social apuntan a que si bien la comunidad es elemento común, el trabajo en APS y la Promoción son escasamente incluidas. El Enfoque Humanista es abordado en mayor medida que el Enfoque Social, con contenidos puestos en la humanización de la atención, los aspectos éticos y los valores religiosos. Las Habilidades Socio-comunicacionales se incorporan parceladamente; siendo las más comunes el trabajo en equipo y el rol de liderazgo.

**Conclusión:** Se concluye que existe una notoria heterogeneidad en la información declarada, que falta un ente estatal regulador al respecto, y que a consecuencia de ello las Universidades no están incorporando cabalmente las recomendaciones de los organismos internacionales.