

XXIII Congresso de ALASS. 9-12 Setembro 2012

Domingo, 9 de Setembro

SESSÃO 1 - Sala A

15:00 – 16:30

Tema : Custos em Saúde

**48-F - Estudos de custo na alocação de recursos para medidas de prevenção contra a gripe na França: uma revisão de literatura.**

Maria Laura Silva, France

[silva@lyon.fnclcc.fr](mailto:silva@lyon.fnclcc.fr)

A alocação de recursos em saúde, raros face à crescente demanda de novas tecnologias, é baseada em diversos fatores. Além dos fatores políticos, determinantes finais na tomada de decisão, instrumentos técnicos como os estudos de “impacto da doença” (*burden of illness*) e as avaliações econômicas (completas ou não) estão dentre as ferramentas utilizadas para auxiliar no processo de escolha entre as alternativas existentes. Os estudos de impacto da doença avaliam o fardo de uma determinada doença para a sociedade, em termos de, por exemplo, morbi-mortalidade e suas consequências desfavoráveis. Nestes estudos também podem estar incluídos os custos gerados pela doença enfocando as consequências financeiras de uma determinada perspectiva adotada, seja da sociedade, do sistema de saúde, do financiador ou do paciente (estudos de “custo da doença”). Neste contexto, nós nos interessamos pelo impacto da influenza humana na França. Apesar dos inúmeros estudos epidemiológicos sobre o impacto da gripe, raros são os estudos que associam os custos e as eventuais consequências da utilização de medidas de prevenção (vacinas e programas de vacinação) e controle (antivirais). Ainda mais incomuns são análises do papel destes estudos na tomada de decisão e sua utilização pelos gestores. Estas circunstâncias justificam uma pesquisa mais aprofundada das atitudes e expectativas dos gestores envolvidos nas decisões relacionadas ao contexto da influenza humana.

**Objetivos :** Este resumo traz os resultados da primeira etapa dessa pesquisa, uma revisão bibliográfica visando (1) identificar os estudos de custo da doença conduzidos na França e (2) descrever o seu papel nas decisões relacionadas às vacinas e programas de vacinação contra a gripe.

**Métodos :** Nós pesquisamos cinco bases de dados (PubMed, Web of Science, EconLit, Cochrane, Euronheed), sem limitar o período, utilizando uma combinação de palavras-chave que abrange as áreas de avaliação econômica, políticas e tomada de decisão em saúde, e influenza humana. Os artigos foram incluídos no estudo de acordo com a presença de três critérios: (1) alocação de recursos para programas de vacinação e vacinas contra a gripe, (2) evidências de uso ou falta de uso de avaliações econômicas e (3) resumo disponível. Os artigos selecionados foram examinados através de um estudo analítico sobre o contexto (período, tipo de intervenção analisada...), métodos e resultados (uso de estudos de custo, fatores que favorecem ou limitam seu uso). As referências bibliográficas dos artigos selecionados foram analisadas para encontrar bibliografias adicionais.

**Resultados e discussão :** De um total de 335 referências encontradas, 50 publicações foram selecionadas. Após a análise das referências bibliográficas dois artigos adicionais foram incluídos. Os 52 estudos selecionados foram realizados em diversos países, principalmente Estados Unidos, Canadá e Europa. Dos 30 estudos realizados na Europa, apenas 11 foram feitos apenas na França e em colaboração com outros países. A maioria dos estudos excluídos abordava a tomada de decisão individual em nível local (i.e.: ato de ser vacinado) ou trazia avaliações de custo de tratamentos profiláticos ou curativos com antivirais.

Autores dos 11 estudos realizados na França recomendam o uso dos resultados encontrados como evidências na elaboração de políticas públicas como, por exemplo: o aumento da cobertura vacinal para determinados grupos de idade (crianças e idosos) e setores sociais (adultos com remuneração ativa e profissionais de saúde); a provisão de estoques de vacinas para possíveis pandemias; disponibilidade de acesso a outros tipos de vacinas com diferentes composições virais. Entretanto, nenhum destes estudos investigou se tais recomendações foram utilizadas pelos gestores franceses para a elaboração de políticas de programas de vacinação e vacinas. Este fato pode estar relacionado às diversas controvérsias em torno da interpretação dos estudos de custo da doença, já que segundo muitos autores, a abordagem por eles utilizada

não mede o real "impacto", ou seja, o custo de oportunidade que é a compreensão de que a aplicação de recursos em determinados programas e tecnologias implica a não-provisão de outros. No entanto, muitos estudos de impacto da doença têm sido publicados na Europa e no mundo, e várias revisões sistemáticas enfatizam a importância desses estudos sobre a política de saúde.

**As contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais :** Nossa revisão de literatura demonstrou que são raros os estudos de custo da influenza realizados na França e que nenhum deles avaliou a real utilização de seus resultados na tomada de decisão para a alocação de recursos para programas de vacinação e vacinas. Neste sentido, torna-se fundamental a pesquisa da utilização destes estudos junto aos gestores, para: identificar as necessidades dos gestores relacionados com políticas referentes à gripe, orientar o desenvolvimento de estudos de custo da gripe com real interesse para estes gestores, desenvolver uma bibliografia de fácil acesso, leitura e entendimento para os gestores. Nosso trabalho permitiu-nos justificar o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa junto aos gestores franceses envolvidos na tomada de decisão quanto aos programas de vacinação e vacinas disponíveis no país. Este estudo será conduzido em parceria com redes nacionais de vigilância da gripe e laboratórios nacionais de referência, para a definição dos atores a serem investigados e a elaboração de questionários e possíveis entrevistas.

### **123-BR - Saúde Pública e Eficiência Econômica: Uma Avaliação Empírica do Programa de Compras de Medicamentos - Brasil (2010-2011)**

Wendy Beatriz Carraro e Elisangela Luzia Araujo, Brasil

[wendy.carraro@ufrgs.br](mailto:wendy.carraro@ufrgs.br)

**Contexto e a descrição do problema:** A aprovação da Constituição Federal do Brasil no ano de 1988 foi um marco no desenvolvimento brasileiro, particularmente no campo social. Nesta, o Estado brasileiro assumiu a responsabilidade na redução das desigualdades sociais e regionais, na promoção do bem comum e a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, garantidora dos direitos dos cidadãos, dentre eles a saúde.

Isto posto, uma questão que surge como relevante é o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde e a formulação de políticas sociais e econômicas que atuem na redução dos riscos de adoecer. Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988, com objetivo de assegurar aos cidadãos brasileiros o direito a consultas, exames, internações e tratamentos, nesse sistema que se configura num modelo de atendimento gratuito e com cobertura universal. No âmbito do SUS, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, como parte essencial da Política Nacional de Proteção à Saúde brasileira, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações de melhoria das condições da assistência à saúde da população. Dessa forma, o fornecimento de medicamentos pelo SUS busca obedecer aos critérios de universalidade, qualidade e eficiência, pela redução dos custos e do desperdício no uso do dinheiro público. No que se refere a esse último objetivo, o sistema se utiliza da modalidade de licitação, denominada de pregão eletrônico, para aquisição dos bens e serviços requeridos, sendo a disputa pelo fornecimento de medicamentos, pelas empresas privadas, feita em sessão pública e tendo como critério o menor preço.

A partir dessa conduta, o SUS, através de sua Política Nacional de Assistência Farmacêutica, espera alcançar o objetivo a que se propõe, qual seja: o aprimoramento dos serviços, a melhoria da qualidade de vida da população, a redução do desperdício de recursos públicos e, consequentemente, maior eficiência e efetividade das políticas públicas, razão pela qual torna-se relevante uma investigação mais apurada no âmbito da política de compras de medicamentos pelo sistema público de saúde.

Nesse intuito, a hipótese que norteia esta pesquisa é a de que, se o sistema é eficiente, no que se refere à economia de recursos públicos, os preços pagos através do sistema de Pregão Eletrônico, entre as diferentes regiões brasileiras, não deveriam apresentar grandes variações, atendendo ao objetivo da política no esforço por garantir os princípios do SUS: o constante aprimoramento dos serviços, a melhoria da qualidade de vida, evitando-se o desperdício de recursos públicos e, consequentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas.

Na presente pesquisa, busca-se responder à seguinte questão: Existem variações significativas de preços nas compras de medicamentos efetuadas pelas diferentes regiões brasileiras? A hipótese que se trabalha é a de que os preços pagos através do sistema de Pregão Eletrônico, pelas diferentes regiões, não deveriam apresentar variação significativa, se o sistema é eficiente economicamente, em consonância com os princípios estabelecidos pelo SUS.

**Objetivos da investigação:** O objetivo deste artigo é avaliar a eficiência da política nacional de assistência farmacêutica, no âmbito da aquisição de medicamentos pela rede pública de saúde. Nesse propósito, utiliza-se de uma abordagem econométrica para testar se existem variações significativas, nos preços pagos pela compra pública de medicamentos, entre as diferentes regiões brasileiras. O escopo da análise abrange nove medicamentos que representam o rol básico de medicamentos para o controle de duas doenças crônicas no país: o Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Espera-se, a partir dos princípios estabelecidos pelo SUS, que não existem grandes variações de preços entre as regiões brasileiras, o que seria um indicativo da eficiência do sistema.

**Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:** Os dados utilizados nesta pesquisa foram extraídos da base disponibilizada pelo Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais - SIASG<sup>1</sup> referente às compras de medicamentos realizadas no período de janeiro/2010 a agosto/2011. O modelo econométrico se refere a uma análise *cross section* com a seguinte forma funcional:

$$P = \beta_0 + \beta_1 Q + \beta_2 D_1 + \beta_3 D_2 + \beta_4 D_3 + \beta_5 D_4 + \beta_6 D_5 + \beta_7 D_6 + \beta_8 D_7 + \beta_9 D_8 + \beta_{10} D_9 + \beta_{11} D_{10} \quad (1)$$

Ou de uma forma geral:

$$P = \beta_0 + \beta_1 Q + \sum_{j=1}^{11} \beta_j D_j, j = UF \quad (2)$$

Sendo,

P = O preço pago pela compra dos medicamentos.

$\beta_i, i=0, \dots, 11$  = parâmetros.

Q = a quantidade comprada de medicamentos por cada região brasileira

D<sub>j</sub> = a variável *dummy* para cada região.

O uso de *dummies* é justificado para se avaliar, qualitativamente, o fenômeno da existência ou não de variação de preços entre as regiões brasileiras.

### Resultados e discussão:

Os principais resultados alcançados por esta pesquisa evidenciaram que os coeficientes estimados são, de uma forma geral, não significativos. Esse resultado faz com que se rejeite a hipótese de que os preços pagos pelas compras de medicamentos pelo sistema público de saúde, para as diferentes regiões brasileiras, apresentem variações bruscas entre si e, portanto, neste quesito do uso eficiente dos recursos públicos, sugere-se que o sistema público atinge os objetivos a que se propõe. Uma exceção, contudo, ocorreu para a região brasileira do Distrito Federal e o medicamento Enalapril 20 mg.

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

A análise econométrica mostrou que existem variações significativas em relação à região parâmetro, e que apenas a avaliação econométrica, é um instrumento insuficiente para que se faça uma inferência acerca das reais causas destas variações, para isto, seria necessária uma investigação de caráter qualitativo.

### 145-P - GESTÃO DE STOKS: Caso Prático de uma Farmácia Comunitária

Mafalda Morgado, Andreia Paula, Márcia Palha, Raquel Moreira e Ricardo Marques, Portugal.

[mafalda.morgado.rebelo@gmail.com](mailto:mafalda.morgado.rebelo@gmail.com)

### RESUMO

No paradigma atual, os Profissionais de Farmácia, para além das funções técnicas, deparam-se cada vez mais com funções de gestão. Tendo a farmácia uma atividade maioritariamente de venda de produtos, observa-se a necessidade de implementar um modelo eficaz de gestão de *stocks*. Pretende-se com este estudo analisar a gestão de *stocks* de uma farmácia comunitária. As informações foram recolhidas através de uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, ao Gestor da mesma.

A farmácia em análise utiliza o Sifarma 2000® como *software* de gestão de *stocks*, seguindo maioritariamente um Modelo Aleatório. Os resultados obtidos através da Análise ABC encontram-se próximos aos da Lei de Pareto. Considera-se, assim, que a política de gestão de *stocks* adotada é eficaz.

### RESUMEN

En el paradigma actual, los profesionales de farmacia, más allá de las funciones técnicas, se enfrentan cada vez más con las funciones de gestión. La farmacia tiene una actividad en su mayoría de venta de productos, observando la necesidad de implementar un modelo eficaz para la gestión de *stocks*. Se pretende con este estudio analizar la gestión de *stocks* de una farmacia comunitaria. Información sobre la gestión de *stocks* de la farmacia fueron recolectados a través de una entrevista semi-estructurada, con preguntas abiertas, a la gerente de la misma. La farmacia en cuestión utiliza Sifarma 2000® como *software* de gestión de *stocks*, fundamentalmente a través de un modelo aleatorio. Los resultados del análisis ABC están a punto de la Ley de Pareto. Es, por tanto, que la política de gestión de *stocks* resulta eficaz.

### 154-P - Modelos de Financiamento na Saúde

Mafalda Morgado, Andreia Paula, Márcia Palha, Raquel Moreira e Ricardo Marques, Portugal

[mafalda.morgado.rebelo@gmail.com](mailto:mafalda.morgado.rebelo@gmail.com)

### Resumo

O tema do Financiamento em Saúde revela-se de extrema importância nos dias que correm, observando-se que as modalidades seguidas influenciam o comportamento das diferentes entidades ativas no processo e, como resultado, afetam

a qualidade, eficiência, efetividade e equidade no acesso. O maior desafio por detrás da sua manutenção é conseguir a compatibilização da parte humana com a parte económica. Este trabalho surge, com a pretensão de compreender o desenvolvimento nos esquemas de financiamento em saúde, a par da evolução no próprio Sistema de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, resultante de uma revisão de literatura. Podemos concluir que a evolução do Serviço Nacional Saúde leva a que a política de financiamento do mesmo seja alterada, de forma a fazer face às suas exigências e às do Estado Social. Com esta nova política do Orçamento Base-Zero, crê-se estar perante um modelo capaz de combater o aumento da despesa em saúde e de elevar a qualidade dos cuidados, com o objetivo maior de tornar o Serviço Nacional Saúde financeiramente sustentável.

## Resumen

El tema del financiamiento de la Salud es muy importante en estos días, observando que los procedimientos seguidos influyen en el comportamiento de las diversas instancias que trabajan en el proceso y, en consecuencia, afectan la calidad, eficiencia, eficacia y equidad en el acceso. El mayor desafío detrás de su mantenimiento es conseguir la compatibilidad de la parte humana con la parte económica. Este trabajo aparece, con la intención de comprender el desarrollo de esquemas de financiamiento de la salud, en consonancia con la evolución en el propio sistema de salud. Este es un estudio exploratorio, resultante de una revisión de la literatura. Se puede concluir que la evolución del Servicio Nacional de Salud conduce a que la misma política de financiación se cambie con el fin de satisfacer sus necesidades. Con esta nueva política de presupuesto de base cero se cree que se está enfrentando un modelo para combatir el creciente gasto en salud y elevar la calidad de los cuidados, haciendo lo Servicio Nacional de Salud sostenible.

## 174-M - Una estrategia de Evaluación de Tecnologías en Salud en la actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector Salud en México

Pedro Rizo Ríos, Rosa Maria Ceballos e Patricia Chico Aldama, México

[auroragonzalez@prodigy.net.mx](mailto:auroragonzalez@prodigy.net.mx)

## SESSÃO 2 – Sala B

15:00 – 16:30

**Tema :** Demografia e Envelhecimento

## 35-I - Innovazione integrata sociale, tecnologica e finanziaria per l'invecchiamento attivo e in salute: il ruolo strategico dei fondi pensione.

Bice Previtera e Felli Fausto, Italia

[biceprevitera@gmail.com](mailto:biceprevitera@gmail.com)

## Riassunti

Contesto: La cornice è l'attuazione locale delle politiche sanitarie europee in fase di cambiamento e globalizzazione, governata da sostenibilità, qualità ed equità.

Obiettivi: Rispondere alla crisi.

Teorie, metodi, modelli: Il progetto STF-INNOINTEGRA propone innovazione integrata sociale, tecnologica e finanziaria e un ruolo strategico dei Fondi Pensione.

Discussione: Il progetto studia una società in evoluzione per dare adeguate risposte ai nuovi contesti in cui la popolazione anziana vive.

Interesse e contributi allo stato dell'arte: La tecnologia avanzata, catalizzatore per nuovi modelli organizzativi, può avere grande influenza sui futuri sistemi sanitari.

## Resumo

Contexto: A moldura é constituída da actuação a nível local da política sanitária com visão europeia, indagando qual é o desafio fundamental para o sistema sanitário em uma fase de mudança e globalização governamental, dos objectivos de sustentabilidade, qualidade e equipa.

Objectivos: Vem apresentada uma proposta concreta para responder á crise.

Teoria, método, modelo e materiais utilizados: O projecto social, Technological and Financial Integrated Innovation for Active and Healthy Ageing: Strategic Role of Pension Funds (STF- INNOINTEGRA). A proposta foi enviada oficialmente a Bruxelas a 2 de Fevereiro de 2012 para participar num grupo de busca europeia, estabelecendo o campo Social Science and Humanities ao interno do VII programa quadro. Vêem descritos os objectivos, com a consistência do consorcio (22 pessoas representativas de 14 países diferentes) a fidelidade do lucro, do horizonte temporal a longo termo, as varias opções de investimento, a caracterizam-se de Low risk, a infra-estrutura do investimento, a possibilidade de compilar experiencia de local multigovernance, com a planificação de baixa participação e uma programação de larga escala.

Resultados e discussão: Se fala de resultados em expectativa. O projecto têm em conta, um específico estado de arte: uma sociedade em evolução que precisa de novas chaves de leitura, para dar respostas adequadas aos novos contextos – económico e social – em que a população idosa se encontra a viver. Ocorre partir próprio da consideração do valor adjunto a esta última; é necessário também estudar do mesmo modo os mecanismos de suporte financeiro, analisando a política económica concreta para o idoso, o envelhecimento activo e o percurso de assistência inovador, não só o direito moderno mas também o da pessoa idosa e novos modelos organizativos para o serviço.

Interesse e contributo da comunicação relativamente ao estado da arte e às práticas: A tecnologia avançada, desenvolve um papel de catalisador para novos modelos organizativos, pode ter grande influência sobre o futuro sistema sanitário, seja no campo da promoção da saúde que no sector da assistência a longo termo, em modo que seja directo ou indirecto: serviço baseado sobre a tecnologia que poderão representar um suporte crucial aos diversos portadores de interesse; se indicarem de um lado os benefícios do sistema e, de outro os obstáculos a superar; ela além que intervir favoravelmente na optimização dos recursos e na qualidade, pode interagir do mesmo modo com a função de care manager em que o modelo de assistência é inovativo. Da análise conduzida emerge recomendações: melhorar os resultados da metodologia de avaliação, elevando o conhecimento sobre as oportunidades oferecidas da tecnologia, endereçar para o contexto justo, para o seu desenvolvimento e por fim implementar e manter a “infra-estrutura” para a interacção semântica.

### **88-CH - Faire face aux enjeux du vieillissement de la population : la politique de santé publique adoptée par le canton de Vaud.**

Eliane Deschamps, Christophe Büla, Patrick Beetschen, Stéphane David, Carol Gay, René Goy, Thomas Giger, Noémie Hainard, Brigitte Santos Eggimann e Nataly Viens Python, Suisse

[Eliane.Deschamps@chuv.ch](mailto:Eliane.Deschamps@chuv.ch)

#### **Resumo**

Até 2030, um Vaudois em cinco será de 65 anos. Até esta data, a proporção de pessoas com 80 anos e mais terá aumentado em 75%. O sistema de saúde vaudois está em uma posição, para acusar este choque? Para antecipar essas mudanças, o Cantão de Vaud tem uma política de "Envelhecimento e saúde", que estabelece o quadro para a adaptação do vaudois sistema de saúde para a mudança demográfica e epidemiológica dos próximos 20 anos.

#### **Riassunti**

Entro il 2030, un Vaudois in cinque sarà di 65 anni. A questa data, la proporzione di persone all'età di 80 anni e oltre avrà aumentato del 75%. È vaudois sistema sanitario in grado di accusare questo shock?

Per anticipare questi cambiamenti, il cantone di Vaud ha una politica di "Invecchiamento e salute" che definisce il quadro per l'adattamento dei vaudois health system per il mutamento demografico ed epidemiologico dei prossimi 20 anni.

### **173-M - Envejecimiento poblacional y la respuesta social organizada en México.**

Patricia Chico Aldama e Rizo Ríos Pedro, México

[auroragonzalez@prodigy.net.mx](mailto:auroragonzalez@prodigy.net.mx)

**Objetivo.** Identificar la acciones y el acceso a población con envejecimiento y la respuesta social organizada en nuestro país y su cobertura nacional

#### **Contexto**

Los avances tecnológicos dedicados al control de enfermedades se han ido incrementando considerablemente para propiciar una mejor calidad y expectativa de vida de la población, pero a pesar de dichos avances, no se ha podido controlar enfermedades silenciosas, como la diabetes mellitus, y las cardiovasculares.

En México, se pone de manifiesto el efecto de la incorporación de los avances médicos, especialmente los correspondientes a vacunas y uso de antibióticos, pero también el resultado de un desarrollo desigual de la sociedad. Alcanzar los niveles de salud que han logrado otras naciones no será posible mientras no haya una transformación de aquellas condiciones sociales que posponen o impiden la satisfacción de las necesidades de salud.

La respuesta social organizada, las barreras de tipo económico o la disponibilidad de tiempo contribuyen a afectar negativamente propiciando el desarrollo de cuadros más severos o de complicaciones. Las características de urbanización del país hacen que para localidades pequeñas o alejadas la distancia a los servicios de salud se convierta en la principal barrera para demandar atención médica. La organización de los servicios de salud es otro aspecto que requiere de adecuaciones para hacer frente al complejo panorama de la morbilidad actual en el país. A la importancia de enfatizar las actividades preventivas se suma la de incorporar elementos de sensibilidad cultural en el entrenamiento del personal de salud. La cobertura universal de una atención médica de calidad constituye el primer eslabón en la serie de acciones que es necesario llevar a cabo para mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, ésta debe ser complementada con otras acciones que permitan identificar prioridades, planear servicios y evaluar el desempeño de los servicios de salud.

**Metodología :** Identificación de la población que se atiende a población denominada adultos mayores y su cobertura y la demanda en estas instituciones del sector salud. Utilizando las bases de datos de fuentes oficiales del sistema nacional de salud.

La compilación regular de información estadística, la recolección de aspectos específicos mediante encuestas y la ampliación y modernización de la captura y organización de bases diversas de información sobre salud, como los registros por patologías específicas, son igualmente fundamentales para la consecución de una sociedad con niveles de salud más elevados. La expansión de la investigación científica en todas las áreas médicas y de la salud y por consiguiente el aumento de la proporción de población anciana en el país. Sin embargo, en el caso de nuestro país esta situación se ve exacerbada ante la ausencia, por décadas, de acciones preventivas que promuevan entre la población ciertos hábitos encaminados a lograr lo que se ha dado en llamar el “envejecimiento exitoso”, es decir, propiciar que las personas mantengan durante el mayor tiempo posible la mayoría de las funciones básicas posibles. Los cambios sociales y económicos que han devenido en un patrón de morbi-mortalidad con predominio de patologías no transmisibles, la reducción de la fecundidad y el incremento de la proporción de personas en edades avanzadas permiten señalar a la dinámica de las condiciones de salud como un aspecto medular para la definición en el futuro cercano de las tendencias poblacionales en el país. En este sentido, sólo mediante el diseño de políticas sanitarias que incorporen de manera integral los diversos problemas de salud expresados en las estadísticas de mortalidad y morbilidad, al tiempo que reconozcan el papel de los aspectos sociales, económicos y culturales en la transformación de las condiciones de salud, la importancia del establecimiento de acciones intersectoriales, y de sus resultados, estaremos en capacidad de responder al desafío que representa un panorama de salud. Las reformas recientes han generado avances importantes, pero todavía persisten diversos retos.

En primer lugar, se requieren recursos públicos adicionales –cuya disponibilidad dependerá básicamente de una reforma fiscal– tanto para seguir reemplazando el gasto de bolsillo como para satisfacer la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica, especialmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad. Esto último es particularmente cierto para la población afiliada al SPS, que cubre un número todavía reducido de intervenciones de alto costo. . Otro desafío en materia financiera será alcanzar el equilibrio correcto entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y los servicios curativos, por el otro.

**Nuestro país demuestra cambios poblacionales importantes respecto al pasado, como el aumento en la esperanza de vida, que es actualmente de 75.2 años promedio y con una tasa de natalidad en disminución de 2.16 hijos por mujer, vs. índices superiores en las décadas pasadas y una población total estimada de 105.9 millones de personas, lo que coloca a México como uno de los países con mas población del continente. Con lo cual se evidencia que las necesidades de atención medica han cambiado radicalmente colocando en primeros sitios a la mortalidad por tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades del hígado y del corazón como las principales causas de muerte a nivel nacional, a diferencia de hace 50 años en donde era causada por enfermedades prevenibles por vacunación.**

Es necesario asimismo aumentar la orientación al cliente y la capacidad de respuesta del sistema de salud sobre todo considerando las crecientes expectativas, tanto de pacientes como de prestadores de servicios, generadas por el proceso de democratización del país y por la reforma misma. Finalmente, es urgente fortalecer la oferta de servicios en las zonas más marginadas del país para ampliar el acceso regular a una atención integral de la salud de las poblaciones más pobres, en particular de las comunidades indígenas. En términos más generales, el mayor reto del actual sistema mexicano de salud es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

**En conclusión,** la situación epidemiológica del país tiene un comportamiento de naciones desarrolladas, determinado por una reducción en la proporción de las infecciones de la infancia, sobre todo en las áreas urbanas, con un aumento en la magnitud de las enfermedades crónicas, provocando la necesidad de administrar a un solo individuo medicamentos a largo plazo, frecuentemente de por vida, así como una mayor variedad de medicamentos.

#### **175-M - Mortalidad por neoplasias malignas México 1990-2009.**

Aurora González Rivera, Pedro Rizo Ríos, F. Sánchez, Patricia Chico Aldama e P.Murguía, México  
[auroragonzalez@prodigy.net.mx](mailto:auroragonzalez@prodigy.net.mx)

El cáncer se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, para el año 2002, se reportaron 6,7 millones de personas que murieron a causa de tumores malignos, los más frecuentes fueron el cáncer de pulmón, el cáncer de estómago y el de mama. En la actualidad existen aproximadamente 24.6 millones de personas con cáncer. Según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), en 1998, el [CaCu](#) ocupaba el primer lugar con 22 mil casos por año.

**Objetivo:** Analizar el panorama epidemiológico de las principales causas de muerte por cáncer en la población mexicana de 1990 al 2009.



**Metodología:** Se utilizaron las bases de datos oficiales, proyecciones de población de México 2000-2050 y la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas (CIE-O 3° ed.); se estimó la tasa anual de mortalidad nacional y la mortalidad global de cáncer; se calcularon tasas de mortalidad estandarizadas por edad (TMEE) para las 10 principales causas de muerte por cáncer por año y sexo; se evaluó el porcentaje anual de cambio (PAC) y se estimó la evaluación del índice de años de vida potencialmente perdidos IAVPP.

**Resultados:** En el periodo de estudio se registraron 9,169,180 defunciones en la población mexicana, de las cuales el 11.9% fueron por neoplasias malignas, con un incremento de la RPM de 9.7 a 12.1. Para el 2009, en el sexo masculino, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar con un incremento en su tasa de mortalidad de 5.6 a 9.9 por 10<sup>5</sup> personas, una TMEE de 10.9 a 11.6, un PAC de 3.04, con promedio de edad para la muerte de 77 años. Para el sexo femenino, el cáncer mamario se desplaza al primer lugar con un incremento en su tasa de mortalidad de 5.2 a 9.3 por 10<sup>5</sup> personas, una TMEE de 6.6 a 10.8, con PAC de 2.9 y promedio de edad para la muerte de 59 años. Las neoplasias malignas que presentaron mayor incremento en el PAC fueron en hombres, el cáncer de colon y en mujeres, el cáncer de ovario. Las tendencias de mortalidad proporcional, muestran un incremento para las mujeres de los 30 a los 64 años de edad y para los hombres, el exceso de mortalidad, se presenta de los 15 a los 29 años. Las TMEE de las neoplasias malignas de estómago tienden a disminuir en ambos géneros, la de colon a incrementar y las de páncreas e hígado se mantienen relativamente constantes. Para el 2009, las TMEE de colon en ambos sexos se presenta en casi todos los estados del norte del país, a diferencia del cáncer de hígado que se presenta principalmente en el sureste. En la mujer, el [CaMa](#), bronquios y pulmón se presentan en los estados del norte, y para el [CaCu](#) y las leucemias linfoides en los estados del centro y sur. Tanto Baja California como Baja California Sur tienen las TMEE más altas en el hombre, y en el noroeste se presentan con mas frecuencia las neoplasias de próstata, bronquios, laringe, y cerebro. Tanto Baja California Sur como Sonora presentaron mayores índices de mortalidad prematura en el hombre con 1.54 y 1.49 AVPP y mujeres, Baja California Sur y Chiapas con 1.35 y 1.31 AVPP. Conclusiones. Con el presente análisis se aprecia un incremento en el peso absoluto y relativo de la mortalidad por cáncer en México y documenta su comportamiento epidemiológico. El estudio, puede servir de base para establecer con objetividad los programas necesarios, para mejorar el estado de salud de la población.

### **SESSÃO 3 – Sala C**

**15:00 – 16:30**

**Tema :** Trabalho e formação do farmacêutico e sua relação com a qualidade da assistência farmacêutica como componente fundamental da eficácia dos sistemas de saúde.

**Sessão organizada :** Professora Doutora Magda Scherer, Fac. Ciências da Saúde, Univ. de Brasília, Brasil

#### **82-F - Démarches « Performance » et engagement dans le travail, le cas des cadres de proximité à l'hôpital.**

Bertrand Parent, France

[Bertrand.parent@ehesp.fr](mailto:Bertrand.parent@ehesp.fr)

#### **S7-BR 99-BR - O Farmacêutico na Atenção Primária de Saúde: uma nova identidade em construção?**

Magda Scherer, Andreia de Oliveira e Luana Chaves Barberato, Brasil

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

#### **149-BR - Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro.**

Rosana Isabel Dos Santos e Marení Rocha Farias, Brasil

[rosanadossantos17@gmail.com](mailto:rosanadossantos17@gmail.com)

**Objetivo:** Analisar diferentes concepções subjacentes ao termo “assistência farmacêutica”, bem como o contexto histórico no qual cada concepção se insere.

**Contexto e descrição do problema:** Particularmente desde o início desse século, o termo “assistência farmacêutica” tem sido empregado e difundido no Brasil para designar várias ações e serviços vinculados ao acesso da população aos medicamentos. Neste trabalho, assume-se que a polissemia do termo tem atuado como um obstáculo epistemológico para a produção do conhecimento nesse campo, bem como para a definição do direito e no desenho dos processos de trabalho relacionados.

**Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:** A fonte de pesquisa foi constituída por arquivos pessoais aos quais foram somadas publicações encontradas por meio de consulta nas bases de dados SciELO, LILACS e o Banco de Teses da CAPES, utilizando a expressão “assistência farmacêutica”, sem limitação inicial de data, finalizando em maio de 2011. Esse material forneceu referências a outras publicações que foram igualmente utilizadas.

Os elementos do contexto histórico, sempre que necessários, foram buscados em fontes secundárias (livros e teses, em sua maioria) dedicadas à história do Brasil e à historiografia da saúde e suas profissões no Brasil.

A perspectiva epistemológica adotada nesse trabalho é a de que o real, sem negar a sua existência, mas na qualidade de objeto a ser conhecido, não é passível de apropriação em sua totalidade, tal como se manifesta, e o seu conhecimento é mediado por teorias. Apóia-se em Bachelard, no que diz respeito à historicidade da epistemologia e à relatividade do objeto.

O aporte teórico, historiográfico e analítico foi buscado em autores que não se limitam à história factual e evolucionista, mas analisam e interpretam os fatos históricos à luz dos contextos políticos, econômicos, sociais e culturais nos quais ocorrem, situando-os como produtos de tensões e conflitos sociais.

A escolha do referencial teórico, além da utilidade instrumental para as análises, também foi realizada em função de sua potencialidade para orientar a ação política.

**Resultados e discussão:** Até o início do século XX, enquanto prática, assistência farmacêutica teria correspondido ao trabalho de cuidado junto a indivíduos e comunidades, exercido por farmacêuticos e outros profissionais, sendo caracterizado pela escuta, compreensão das necessidades do paciente, aconselhamento e, se necessário, elaboração e dispensação de algum medicamento. No processo de industrialização no Brasil do século XX, em especial no setor farmacêutico, assistência farmacêutica foi associada à disponibilização de medicamentos, de forma desvinculada de uma prática profissional, em um período em que ocorria a descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde, paralelamente à valorização do medicamento, em sua dupla natureza de agente terapêutico e objeto de consumo. Com este sentido, o termo é associado às medidas de facilitação do acesso ao medicamento, estabelecidas por políticas sociais. Inicialmente, sob o modelo de seguro social, tais medidas se caracterizaram por conceder benefícios a grupos de trabalhadores, configurando uma modalidade de direitos sociais definida pela expressão “cidadania regulada”. Na década de 1970, no bojo da reforma centralizadora do governo militar, Assistência Farmacêutica passou a designar o fornecimento de um elenco mínimo de medicamentos à população de baixa renda, por ação direta do Estado, caracterizando-se como uma relação de cidadania invertida. Posteriormente, em um contexto político distinto, com a positivação do direito universal à saúde e na iminência da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), essa concepção, reducionista e centralizada, tornou-se anacrônica, embora permanecesse influenciando as novas concepções e práticas. Principalmente nas décadas de 1980 e 1990, foram realizados esforços de conceitualização e teorização, analisados nesse trabalho. Atualmente, Assistência Farmacêutica no setor público brasileiro se refere ao fruto das políticas sociais voltadas à saúde, cuja materialidade ocorre com a oferta de medicamentos e serviços afins e se viabiliza prioritariamente na rede de serviços do SUS. Em função da relevância político-social e dos montantes financeiros envolvidos, está-se exigindo a participação do profissional farmacêutico, dando-lhe uma oportunidade ímpar para a construção de uma prática coerente com uma proposta societária equânime.

#### SESSÃO 4 - Sala A

17:00 - 18:30

**Tema :** Prescrição de Medicamentos

#### 84-F - Encadrement de la prescription et de la dispensation des antibiotiques : quelles évolutions pour rationaliser l'usage ?

Catherine Dumartin, Marine Aulois-Griot, Marie Baumeville e Catherine Maurain, France  
[catherine.dumartin@u-bordeaux2.fr](mailto:catherine.dumartin@u-bordeaux2.fr)

**Introduction :** La France est le pays européen qui consomme le plus d'antibiotiques, après la Grèce et Chypre. L'accroissement de la résistance bactérienne aux antibiotiques a conduit à l'élaboration de programmes nationaux pour préserver l'efficacité de ces anti-infectieux. En France, comme dans les pays de l'Union européenne, les antibiotiques ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale (ou dans des conditions encadrées pour l'azithromycine au Royaume-Uni). Des recommandations de prescription sont diffusées par les agences sanitaires nationales et par les sociétés savantes. Toutefois, la consommation ne diminue pas à l'hôpital et, après une réduction en ville entre 2001 et 2008, les données de vente montrent une reprise des consommations.

L'objectif de ce travail est d'analyser l'impact de modifications des conditions de prescription et de dispensation des antibiotiques en France afin de proposer des évolutions du cadre juridique pour mieux maîtriser l'utilisation de ces médicaments.

**Méthode :** Nous avons recensé et caractérisé les modalités de prescription, de dispensation, de prise en charge et de suivi des consommations des médicaments en France. Nous avons analysé les conséquences de modifications des modalités applicables aux antibiotiques dans les contextes hospitalier et communautaire. Des propositions ont été formulées pour l'encadrement de certains antibiotiques.

**Résultats :**



### *Encadrement actuel des antibiotiques*

Les antibiotiques commercialisés en France sont des médicaments avec autorisation de mise sur le marché (AMM) et soumis à prescription médicale (liste I), à l'exclusion d'un antibiotique faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation. Certains antibiotiques sont réservés à l'usage hospitalier. Pour les antibiotiques disponibles en ville, seul un antibiotique fait l'objet d'un encadrement spécifique de sa prescription (prescription hospitalière pour le Tiénam® (impénème)). A l'hôpital, des recommandations et circulaires incitent au contrôle de la dispensation des antibiotiques et à l'évaluation des traitements comportant des carbapénèmes. Des indicateurs de processus et de moyens sont suivis dans le cadre des contrats de bon usage des médicaments conclus entre les hôpitaux et les autorités sanitaires. En ce qui concerne la médecine de ville, la convention médicale 2012 comporte des indicateurs portant sur les volumes de prescription d'antibiotiques et la part des génériques.

### *Autres encadrements envisageables*

Des encadrements spécifiques ont été développés pour les médicaments : médicament réservé à l'usage hospitalier, médicament à prescription hospitalière, médicament à prescription initiale hospitalière, médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes, médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement, médicament d'exception. La réglementation sur les médicaments à prescription restreinte pourrait ainsi être adaptée aux antibiotiques : par exemple, obligation de prescription après utilisation d'un test de diagnostic rapide lorsqu'un tel test est disponible, prescription réservée à certains spécialistes ou médecins ayant une qualification reconnue en milieu hospitalier, prescription initiale hospitalière ou réserve hospitalière stricte pour des antibiotiques de dernier recours ou à haut potentiel de sélection de résistance comme les carbapénèmes.

**Discussion :** L'encadrement actuel de la prescription et de la dispensation des antibiotiques et les plans de rationalisation de l'utilisation de ces médicaments, basé sur des mesures éducatives des prescripteurs, n'ont pas permis de réduire durablement les consommations. Les professionnels eux-mêmes demandent un encadrement plus contraignant de l'utilisation de ces médicaments. Le cadre juridique français offre des opportunités de renforcer l'encadrement de l'usage des antibiotiques en s'appuyant sur la réglementation des médicaments à prescription restreinte et en fixant des objectifs spécifiques en ville, grâce à la convention médicale, et dans les établissements de santé, via les contrats de bon usage des médicaments. En priorité, les AMM des carbapénèmes, fluoroquinolones et céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération devraient être modifiées pour intégrer les conditions de prescription restreinte. Ces propositions contribuent à renforcer la collaboration médecin prescripteur-biologiste-pharmacien dans la conduite des traitements antibiotiques pour une meilleure sécurité des patients. Elles s'intègrent dans le récent plan national d'alerte sur les antibiotiques dont les actions 17 et 18 visent à mieux encadrer l'utilisation des antibiotiques et à « réfléchir à une possibilité de statut spécifique des antibiotiques » en France. La lutte contre les résistances bactériennes représentant en enjeu de santé publique dans l'Union européenne, les mesures prises en France pourront avoir un impact sur les stratégies des autres Etats membres.

### **110-BR - Acesso a vacina para papilomavirus humano so sistema único de saúde, Brasil**

Adenilda Lima Lopes Martins, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, Rosely Cabral Carvalho e Colbert Martins Filho, Brasil  
[adenildamartins@hotmail.com](mailto:adenildamartins@hotmail.com)

**Introdução:** O Papilomavírus Humano (HPV) representa um vírus de DNA com reconhecido potencial de indução tumoral que infecta o trato genital feminino mais prevalente entre mulheres de vida sexual ativa. A associação entre o HPV e o câncer cervical é única, nenhum outro tipo de câncer humano apresenta uma relação tão estabelecida. O câncer de colo é uma doença potencialmente diagnosticada nas fases pré invasoras, porém os programas de rastreamento ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não possibilitaram a redução dos casos da doença e medidas de prevenção contra o câncer. A resposta imunológica é feita pela imunidade inata, humoral e celular. A vacina surgiu como possibilidade da prevenção deste câncer que tem prevalências variáveis na dependência da região do Brasil.

**Objetivo:** discutir o acesso a vacina para HPV no SUS - Brasil, destacando os principais aspectos de uma política de prevenção de câncer do colo do útero e outras patologias relacionadas ao vírus.

**Metodologia:** A pesquisa foi realizada com base na revisão bibliográfica de artigos indexados na base de dados Scielo, na literatura buscamos informações em revistas, livros e sites especializados como Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Ministério da Saúde (Brasil)<sup>1,2,3</sup>. Os descritores utilizados foram HPV, infecção pelo HPV, vacinas, SUS. A análise dos dados agrupou artigos com estudos de acesso a vacina HPV e custo e efetividade em uma política de saúde.

**Resultados:** Dentre as várias discussões feitas para validar a indicação da vacina, o custo- efetividade foi considerado o principal ponto a ser avaliado. Devemos considerar as taxas de incidência e mortalidade do câncer cervical, do Brasil especialmente em algumas regiões do país. Dados do INCA (2012) mostram uma variação de 10,85/100.000 no sul do país até 35,13/100.000 na região norte. Estas diferenças regionais se mantêm quando analisadas as taxas de mortalidade por câncer de colo. As vacinas disponíveis mostram efetividade para os tipos específicos, podendo ser consideradas eficientes quando aplicadas em um programa de vacinação contra o HPV com uma ampla cobertura da população em programas de prevenção do cancer<sup>4</sup>.

**Conclusão:** O acesso restrito em razão do seu alto custo atual e a baixa disponibilização pela rede pública (raros são os municípios brasileiros que ofertam) são entraves importantes no controle deste câncer tão prevalente <sup>5</sup>. Os dados apresentados pelo INCA (2012), sugerem a necessidade da discussão das políticas de inclusão da vacina, que devem ser avaliadas em razão dessas diferenças apresentadas nas taxas de mortalidade e incidência de câncer nas diferentes regiões do país. No Brasil, as vacinas são ofertadas desde ano de 2010, em Campos de Goytacazes (Rio de Janeiro) e em 2011 no município de São Francisco do Conde (Bahia), para mulheres de 09 a 14 anos. O acesso as vacinas de HPV no Brasil, representa um grande desafio para o SUS, especialmente nas regiões em que as medidas de prevenção ofertadas têm se mostrado ineficientes.

#### **111-BR - Diagnóstico do perfil de prescrições pediátricas em unidades básicas de saúde de Feira de Santana, BA**

Adenilda Lima Lopes Martins, Caio Vinicius Freitas de Andrade, Carlito Lopes Sobrinho, Adenilda Lima Lopes Martins e Davi Felix Martins Junior, Brasil

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

A adoção de padrões racionais de prescrição é imprescindível para o uso seguro e adequado dos medicamentos. A Organização Mundial de Saúde vem estimulando a realização de estudos farmacoepidemiológicos para a avaliação deste uso, em especial na população pediátrica, considerada como mais vulnerável à ocorrência de reações adversas a medicamentos. O presente estudo objetivou descrever o padrão prescritivo de medicamentos na atenção básica em pediatria, através da análise de prescrições pediátricas, elaboradas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Feira de Santana, Bahia, Brasil, durante os meses de maio e junho de 2008. Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo, baseado no cálculo de Indicadores do Uso de Medicamentos da OMS. Foram estudadas e analisadas 3.167 prescrições pediátricas elaboradas em treze (13) Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizavam assistência pediátrica no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, com ênfase nos medicamentos prescritos como primeira opção terapêutica, conforme ordem de ocorrência no receituário médico, nos meses de maio e junho do ano de 2008. Os dados foram categorizados nas seguintes variáveis: Unidade Básica de Saúde; sexo do paciente (masculino / feminino); mês da prescrição médica (maio / junho); via de administração (oral, injetável, tópica, respiratória); forma de apresentação do fármaco (líquida, sólida e gasosa); prescrição por nome genérico (sim/não); prescrição de antibióticos e injetáveis (sim/não); medicamento essencial (sim/não); presença do nome e da concentração do princípio ativo (sim/não); presença da posologia (sim/não – completa/incompleta). Os dados foram processados e analisados com o auxílio do software SPSS® for Windows, versão 9.0, na Sala de Situação Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS). Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) seguindo as recomendações formais brasileiras. Dentre as vias de administração mais indicadas, destacaram-se a oral (91,1%), tópica (7,1%) e respiratória (1,3%). Houve predominância de formas líquidas (1965), com ênfase em suspensões (51,4%), gotas (24,6%) e xaropes (17,6%). As formas sólidas de maior frequência foram os pós para suspensões extemporâneas (83,1%) e comprimidos (8,1%). Foram prescritos 2.800 medicamentos por denominação genérica, com predominância da amoxicilina (27,5%), mebendazol (15%), sulfametoxazol+trimetoprima (9,6%), cefalexina (6,3%) e dipirona (6%); e 167 medicamentos por nome fantasia, dentre eles: Polaramine®(21,6%) Decongex Plus®(15%), Protovit®(12,6%), Bactrim® (8,4%), Berotec®(7,2%). A concentração do princípio ativo do medicamento prescrito estava ausente em 68,2% das prescrições. No entanto, a posologia estava presente e completa em 66,1% das destas. Os resultados obtidos revelaram predominância de prescrição de antimicrobianos, antiparasitários e analgésicos na população pediátrica estudada. O uso de nomes comerciais é uma prática que está em desacordo com princípios legais que regulamentam a obrigatoriedade da prescrição por denominação genérica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A ausência do registro da concentração dos medicamentos prescritos é um dado preocupante, visto que pode ocasionar erros na dispensação e administração, especialmente com as formulações empregadas em pediatria. O registro completo da posologia foi considerado um dado positivo, contendo informações sobre dose, frequência de administração e intervalo entre as doses, cuja presença é fundamental para que o paciente e/ou responsáveis sejam orientados sobre a adesão correta dos regimes terapêuticos propostos no documento prescritivo.

#### **112-BR - Indicadores do uso de medicamentos na atenção pediátrica em Feira de Santana, BA.**

Adenilda Lima Lopes Martins, Caio Vinicius Freitas de Andrade, Carlito Lopes Sobrinho e Davi Felix Martins Junior, Brasil  
[adenildamartins@hotmail.com](mailto:adenildamartins@hotmail.com)

A prescrição médica é considerada um dos parâmetros de referência para estudos que avaliam o uso de medicamentos nas populações humanas, em particular nos pacientes pediátricos. Por este motivo, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu indicadores para descrever e avaliar as práticas gerais de prescrição de medicamentos. O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil das prescrições pediátricas em 13 Unidades Básicas de Saúde, no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo e exploratório, baseado no cálculo de Indicadores do Uso de Medicamentos da OMS. Destes, foram selecionados cinco Indicadores de Prescrição (IP), um Indicador de Assistência ao Paciente (IAP) e dois Indicadores Sobre o Serviço (ISS). Foram estudadas e analisadas 3.167 prescrições pediátricas elaboradas em treze (13) Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizavam assistência pediátrica

no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, nos meses de maio e junho do ano de 2008. Os dados foram categorizados nas seguintes variáveis: Unidade Básica de Saúde; sexo do paciente (masculino / feminino); mês da prescrição médica (maio / junho); prescrição por nome genérico (sim/não); prescrição de antibióticos e injetáveis (sim/não); medicamento essencial (sim/não); medicamento dispensado (sim/não); disponibilidade de listas de medicamentos essenciais (sim/não) e disponibilidade de medicamentos-chave (sim/não). Por fim, os dados foram processados e analisados com o auxílio do software SPSS ® for Windows, versão 9.0, na Sala de Situação Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS). Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) seguindo as recomendações formais brasileiras. Destas prescrições, 53% foram destinadas a pacientes do sexo masculino e 76,1% apresentaram registro da idade do paciente. Houve predominância de prescrição de anti-infecciosos sistêmicos, antiparasitários e de medicamentos que atuam no sistema respiratório. A média de medicamentos por prescrição foi 2,2, sendo 83,8% de medicamentos genéricos, 51,5% prescrições de antibióticos, 0,6% prescrições de medicamentos injetáveis e 66,9% de medicamentos essenciais. Do quantitativo total de 4.700 medicamentos prescritos, 69,4% foram efetivamente dispensados. Não haviam cópias de listas de medicamentos essenciais nos serviços de atenção básica incluídos no estudo e a disponibilidade de medicamentos-chave foi de 77%. Entre os indivíduos do sexo masculino, 83,9% dos medicamentos prescritos foram genéricos, 54,2% das prescrições foram de antibióticos e 0,8% de injetáveis. Para os menores de um (01) ano de idade, obteve-se uma média de 2,4 medicamentos/prescrição, superior ao grupo dos lactentes e pré-escolares. No entanto, somente 76,7% dos medicamentos prescritos foram genéricos, 61% das prescrições continham medicamentos essenciais e 59% dos medicamentos prescritos foram efetivamente dispensados. O grupo dos pré-escolares (1 a 6 anos) apresentou 54,8% de prescrições de antibióticos. Os resultados revelaram uma predominância da antibioticoterapia, especialmente entre lactentes e pré-escolares, bem como um percentual insatisfatório de prescrições de medicamentos essenciais e dispensados, evidenciando a necessidade de adoção de práticas prescritivas pautadas no uso racional de medicamentos e emprego da lista local de medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde municipal.

#### 129-E - Evaluación de la terapia sanguínea en los hospitales públicas de la Comunidad de Madrid.

Ana Plaza Ugalde, Mercedes Parrilla Martín, José Luis Rodríguez Nava, Mariano Villanueva Hurtado, Isidro Álvarez Martín e Antonio Cachá, España  
[anamaria.plaza@salud.madrid.org](mailto:anamaria.plaza@salud.madrid.org)

**CONTEXTO:** El RD 1088/2005 establece los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión y determina que las autoridades sanitarias competentes establecerán medidas de inspección y control a fin de garantizar que se cumpla lo dispuesto en la norma.

**OBJETIVO:** Por primera vez la *Resolución de 6 de abril de 2011, de la Dirección General de Ordenación e Inspección*, incluye en el marco del Plan Parcial de Evaluación Sanitaria un Programa de Evaluación de los Servicios de Transfusión de los hospitales adscritos al Servicio Madrileño de Salud con el objetivo de verificar que su estructura, organización y funcionamiento se adecuan a las disposiciones vigentes en el Estado español.

De los dos centros de transfusión que existen en la Comunidad de Madrid, el Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid (CTCM), gestiona la atención transfusional de los 25 hospitales públicos, unas 14.581 camas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El Servicio de Evaluación de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Comunidad de Madrid, ha realizado un protocolo de evaluación. Tras su pilotaje y validación en 2010, en 2011 se evalúan los veinticuatro centros restantes del ámbito de la sanidad pública madrileña. Se elabora una base de datos ACCESS 2003, realizando el análisis descriptivo, punto de partida para evaluaciones sucesivas.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** *Características generales de los Servicios de Transfusión (ST) y de las Unidades de Donación (UD):* Los ST visitados se integran, en su mayoría, en los hospitales a través de los Servicios de Hematología y Hemoterapia.

En todos, el trabajo inicial del personal se tutela por los de mayor experiencia.

Todas las UD utilizan la documentación del CTCM y cuentan con carro de parada con medicación y sistemas de mantenimiento adecuado. Más de la mitad recogen sangre para donación autóloga, que posteriormente se remite al CTCM para su verificación, y fraccionamiento.

**Actividades de los Servicios de Transfusión:** Todos los ST de la Comunidad de Madrid, solicitan los componentes sanguíneos (CS) al CTCM comprobando el pedido a su recepción. El transporte es competencia del CTCM.

Para la gestión de los CS, todos los ST cuentan con un sistema informático. Todos los centros **comprueban el Sistema ABO y Rh de los componentes** que llegan del CTCM, aunque en diferentes momentos.

El 38% de los centros que tienen sangre autóloga la almacenan en cámaras exclusivas, el resto lo hacen diferenciadamente en la misma cámara.

**La administración de los componentes sanguíneos,** precisa de prescripción médica al igual que consentimiento informado (CI). En el 46% de los hospitales es informatizada, el resto manual, y cuatro tienen solicitudes de extrema urgencia.

Todos los centros disponen de CI para transfusión.

**Previamente a aplicar cualquier componente eritrocitario homólogo** se realizan pruebas de compatibilidad y antes de la transfusión siempre se lleva a cabo **una verificación de grupo del receptor** (analítica o documental).

**La salida de los CS del ST va siempre acompañada de un documento de entrega/recogida.** El 83% de los ST, generan un Documento de Control Transfusional (DCT) que contiene todos los datos de identificación del paciente y componente, estando previsto que recoja los datos transfusionales y de posible reacción adversa.

**Transfunde generalmente** el personal de enfermería de la Unidad de hospitalización, con excepción de un centro en el que transfunde el personal de enfermería del ST, en los quirófanos se lleva a cabo bajo la supervisión del anestesista.

**Aspectos reseñables de la trazabilidad:** todos los ST cuentan con registros informáticos además de los manuales, donde anotan todos los movimientos de los CS, el servicio al que se destinan y el paciente. La trazabilidad de la transfusión se logra con más facilidad a través de los ST que a través de la historia clínica.

Todos los ST disponen de **sistemas que garantizan el que pueda comunicarse las posibles reacciones adversas que se detecten en el proceso de transfusión.**

**Sistemas de Calidad:** la mitad de los centros evaluados tienen algún tipo de acreditación, de los que once son UNE-EN-ISO 9001:2008, uno CAT y tres las dos. Todos tienen elaborados procedimientos (PNT) más o menos extensos de cada una de las fases del proceso.

Puede afirmarse, que los hospitales de la red pública visitados cuentan con medidas adecuadas para realizar la colecta de sangre, disponen de los sistemas para la gestión de los componentes sanguíneos, y de las condiciones para realizar la prescripción y administración de sangre y componentes para uso de sus instalaciones.

## SESSÃO 5 – Sala B

17:00 - 18:30

Tema :

### 9-Q - La notion de rétablissement : son sens, son origine, sa nature comme concept non clinique, politique et organisationnel.

Hubert Wallot, Québec

[hwallot@teluq.quebec.ca](mailto:hwallot@teluq.quebec.ca)

Le concept de rétablissement est un concept non clinique principalement développé et popularisé aux États-Unis par des personnes traitées pour troubles psychiques graves à une époque où prévalait un pessimisme quant au pronostic et qui ont voulu redresser la situation. Diverses conjonctures historiques ont concouru à son acception actuelle, notamment la situation de la psychiatrie aux USA, l'antipsychiatrie développée principalement dans les pays anglo-saxons et l'évolution parallèle du courant de la réadaptation psychosociale. Ainsi, le concept a acquis une valeur politique.

Comment ce concept se compare-t-il avec d'autres tels que «rémission» ou «guérison» ou «réadaptation»? Plusieurs éléments étymologiques entrent dans le mot «rétablissement» en y apportant son lot de connotations un «re» comme dans retrouver et un ensemble de mots d'origine similaire: table, stable, établir, mots qui réfèrent un élément de solidité et de stabilité. Donc une nouvelle stabilité. Le verbe pronominal «se rétablir» qui connote un processus rend bien l'esprit du concept maintenant en santé mentale.

Ce concept dans son acception actuelle a diverses composantes: espoir vu comme position active qui ne se laisse pas décourager par une étape difficile imprévue, reprise du pouvoir (empowerment) dans les décisions quotidiennes comme dans le projet de vie et enfin l'inclusion sociale vue comme une insertion significative dans une vie affective familiale, amicale et citoyenne où la personne est reconnue autant pour ce qu'elle est que pour ce qu'elle fait. Trois ingrédients apportant du plaisir et du bonheur dans la vie de la personne. Concept non clinique mais centré sur la personne, il devient un ingrédient majeur de l'approche clinique.

Bien que centré sur l'individu, on peut aussi entrevoir une portée également organisationnelle dans les différentes composantes de ce concept pour les organisations, petites ou grandes, de services en santé mentale et même autres? Comment l'entrevoir?.

### 24-F - Quelle efficacité pour la régionalisation du système de santé français du point de vue de ses acteurs : le cas de l'industrie pharmaceutique.

Catherine Dos Santos e Céline Soulas, France

[catherine.dossantos@esc-clermont.fr](mailto:catherine.dossantos@esc-clermont.fr)

## Resumen

Reconociendo que, las cuestiones que conciernen la salud son heterogéneas y no pueden responder a un único objetivo nacional de sanidad pública, la regionalización francesa se inscribe en la perspectiva de ofrecer a los ciudadanos un mejor acceso a los servicios de salud.

Con la creación de las Agencias Regionales de Salud (ARS), la dimensión territorio de salud aparece con toda coherencia y sentido. La emergencia de esta nueva dimensión geográfica ha puesto también sobre el tapete la importancia teórica y

operacional en la atribución de roles y más precisamente el papel de los industriales farmacéuticos en las políticas públicas de salud.

Un estudio exploratorio realizado sobre diez laboratorios farmacéuticos nos permite aquí hacer un primer esbozo de la situación sobre las condiciones y las modalidades de cooperaciones entre actores económicos e instituciones regionales. Así, abordar la reforma estipulada por la ley Hospital Patients Territorios con la perspectiva de las empresas sanitarias nos ofrece la oportunidad de comprender mejor las apuestas estratégicas de organización de tales acciones comerciales.

## Résumé

Les politiques de santé européennes, jusqu'à peu chassées gardées de l'État, sont au cœur d'un consensus à la finalité simple : réformer le système de santé afin que l'action publique soit placée sous l'égide des régions proclamées « panacée administrative ». En effet, l'organisation des régions, en plus d'être adaptée aux réalités factuelles du système de santé, apparaît comme le remède aux maux d'un système centralisé malade de ses dépenses non maîtrisées et des inégalités qu'il génère sur le territoire national. Quelques interrogations demeurent pourtant quant à la forme que doit prendre cette régionalisation : déconcentration ou décentralisation ? Régionalisation administrative, budgétaire, ... politique ? De surcroît, la multitude d'acteurs qui interviennent dans la mise en place d'une politique de santé renvoie à l'épineux problème de l'attribution des rôles dans une réforme de la région, théâtre de conflits d'attributions de toute sorte.

En 2010, dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), la France rendait officielle son entrée dans les dynamiques de régionalisation sanitaire. Elle franchissait en outre une nouvelle étape en y intégrant un volet médicamenteux. Désormais, la loi HPST impacte l'organisation, les leviers et les modalités de la relation entre l'industrie pharmaceutique et les acteurs du système de soins sur le terrain.

L'objet de notre propos sera ici de mieux appréhender les processus inhérents à la régionalisation en France depuis 2010 afin de faire la lumière sur les objectifs qu'elle porte. Nous choisissons par ailleurs de nous focaliser sur les résultats et résultantes que la loi HPST pourrait respectivement viser ou produire malgré elle, particulièrement sur l'évolution des stratégies pharmaceutiques.

C'est à cette fin que nous proposerons, dans une première partie, une analyse théorique et empirique des expériences de régionalisation en Europe. Nous chercherons à cerner les objectifs poursuivis par la mise en place d'une telle réforme afin d'identifier au mieux les changements structurels qu'elle pourrait potentiellement engendrer et de définir les enjeux qui pèsent sur l'exercice d'une régulation des services de santé par une instance régionale.

Dans une seconde partie, nous nous interrogerons quant à l'impact de la loi de régionalisation française sur les stratégies des laboratoires pharmaceutiques en territoires de santé. L'industrie pharmaceutique reconfigure en effet son approche commerciale sous l'impulsion de la loi HPST. Pour les entreprises du médicament, il s'agit de passer d'une stratégie d'offre quantitative à une stratégie contributive. Après avoir fait un tour d'horizon des diverses actions mises en œuvre par les laboratoires, nous mobiliserons les théories de l'agence pour présenter les potentielle dérives opportunistes du système de régionalisation français tel que la loi HPST l'a conçu depuis 2010.

## 42-F - Comparaison intercontinentale des systèmes de gestion du risque lié à la pollution atmosphérique : les cas de Lyon (Union Européenne) et de Mexico (Accord de Libre-Echange Nord-Américain)

Nicolas Sègerie, France

[nicolas.segerie@wanadoo.fr](mailto:nicolas.segerie@wanadoo.fr)

## 124-M - Testimonio de experiencias traumáticas y sus efectos psicoterapéuticos.

Emma Ruiz Martín del Campo, México

[emmaruiz0808@hotmail.com](mailto:emmaruiz0808@hotmail.com)

El caso de Anna, joven mujer bosnia que vivió el llamado 'último genocidio del siglo XX': la matanza de alrededor de 8000 musulmanes por su pertenencia étnica y sus creencias religiosas.

Teniendo como punto de arranque mi participación como observadora en psicoterapias para migrantes llevadas a cabo en "Refugio", centro para atención a refugiados y emigrantes en Bremen, Alemania, doy cuenta del proceso a través del cual una joven mujer que vivió la destrucción de su pueblo, la huida y la matanza de familiares y conocidos, Anna, compartió con un equipo psicoterapéutico las vivencias traumáticas experimentadas, lo que resultó en efectos liberadores de angustia y de producciones sintomáticas. Anna dio testimonio ante un equipo de profesionales de la psicoterapia, de un hecho histórico de crueldad extrema y fue invitada a escribir y publicar dicho testimonio, a lo que respondió que no le era necesario, pues llevaba la experiencia grabada en su interior y ya la había compartido con nosotros que la escuchábamos, enfatizó, con mucha atención. Lo anterior me dio pie para indagar la posibilidad, respectivamente imposibilidad, de dar testimonio escrito de experiencias extremas. Tomando el caso de escritos como los de Primo Levi y algunos de los poemas de Paul Celan (el primero sobreviviente de los campos de concentración nazis y el segundo víctima indirecta del nazismo que aniquiló a sus padres), analizo los obstáculos y efectos de la puesta por escrito de experiencias traumáticas para entregarlas como testimonio a la luz pública.

## 119—CH - « Breakthrough collaborative » - Application à la prévention des événements indésirables liés au médicament, au sein de la Fédération des Hôpitaux Vaudois.

Anthony Staines, Patricia Albisetti e Costanza Mattia, Suisse



**Objectifs :** Réduire de 20% les événements indésirables liés au médicament, sur une période de 18 mois, au sein des 10 établissements participant au "Breakthrough collaborative".  
Evaluer la méthode et les résultats.

**Contexte et description du problème :** Les événements indésirables liés au médicament figurent dans le trio de tête des problèmes de sécurité des patients à l'hôpital. Une meta-analyse de l'Académie américaine des sciences médicales montre que les erreurs de médicament, à l'hôpital, s'élèvent en moyenne à une par patient et par jour. La Fédération des hôpitaux vaudois a donc décidé d'organiser, pour un groupe de dix établissements, un collectif de travail pour la diffusion et la mise en œuvre d'un ensemble de bonnes pratiques de sécurité médicamenteuse (Breakthrough Collaborative).

**Théories, méthodes, modèles, matériels employés :** Les Breakthrough collaboratives sont une organisation temporaire pour l'apprentissage dans laquelle sont représentés une pluralité de professions et d'établissements. Les organisateurs du collectif de travail préparent une revue de littérature des meilleures pratiques et élaborent, avec la collaboration d'experts, un ensemble d'interventions d'amélioration.

Les établissements sont invités à déléguer un pharmacien, un médecin et un cadre de soins au sein du collectif. Les participants sont formés aux meilleures pratiques, puis les testent dans une unité de soins pilote, les évaluent et les ajustent, puis les diffusent dans une deuxième unité, puis dans un service, un département, un site, jusqu'à atteindre le déploiement à l'ensemble de l'établissement. Le collectif se réunit tous les trois mois pour échanger les expériences de test et de déploiement, pour apprendre à partir des réussites et discuter les ajustements à apporter aux interventions d'amélioration.

Pour la Fédération des hôpitaux vaudois, le programme d'amélioration a consisté en 15 interventions d'amélioration, regroupées autour de trois thèmes : la fiabilisation de l'identification du patient, la gestion des médicaments à haut-risque et l'amélioration du processus de préparation des médicaments dans l'unité de soins.

**Résultats et discussion :** Plusieurs indicateurs de processus indiquent des améliorations : par exemple, sur une échelle de 1 (minimum) à 4 (maximum) les patients évaluent le caractère systématique de l'utilisation du bracelet d'identification par les soignants, avant les soins, à 1.4 en novembre 2010 et à 2.6 en mars 2012. Le taux de comprimés déblistérés présents dans le pilulier des patients, après la préparation et avant l'administration, est de 3.95% en 2011 contre 2.22% en 2012. En mars 2012, 60% du personnel des admissions prend le temps d'expliquer aux patients le but des bracelets d'identification, contre 25% en mars 2011.

Une mesure d'outcome est réalisée par revue de dossiers au moyen du Trigger Tool lié aux médicaments. Cette mesure est toutefois réalisée avec 3-4 mois de décalage par rapport au mois de présence des patients et n'est pas encore terminée au moment où nous soumettons cette communication. A ce jour, les résultats montrent une amélioration de l'outcome, mais le nombre de données n'est pas encore suffisant pour établir une preuve statistiquement significative de l'amélioration.

**Apports / intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques :** La communauté hospitalière est à la recherche de méthodes pour l'amélioration de la sécurité des patients dans les domaines liés au médicament. Cette communication apporte une série d'interventions d'amélioration et leur évaluation.