

Terça feira (martes) 11 de setembro

SESSÃO 6 - Sala A

08:30 - 11:00

Tema : Vaccination et vaccins

Sessão organizada : Valérie Siranyan, ISPB-faculté de pharmacie de Lyon. Université Claude Bernard Lyon 1, France

S1-F 2-F - La problématique de la preuve en matière de vaccins potentiellement défectueux.

Eric Fouassier eHélène Van den Brink, France

eric.fouassier@u-psud.fr

Les victimes de dommages causés par des produits de santé, en particulier des vaccins, peuvent rechercher la responsabilité des fabricants sur le fondement de la responsabilité du fait des produits défectueux. On rappellera que ce régime de responsabilité sans faute, visant notamment à faciliter l'action des victimes, a été introduit par une directive du 25 juillet 1985, transposée en droit français par une loi du 19 mai 1998. Pour obtenir une indemnisation, la victime n'a plus à démontrer une faute du fabricant, mais doit seulement prouver l'existence du dommage, le défaut du produit et le lien de causalité entre le défaut et le dommage.

Il est apparu assez rapidement que la charge de la preuve du défaut et du lien de causalité pouvait néanmoins se révéler encore trop lourde pour les victimes. C'est ce qui est arrivé, par exemple, à la suite de campagnes de vaccination contre l'hépatite B, certaines personnes vaccinées ayant développé une sclérose en plaques peu de temps après la vaccination, ce qui les a persuadées d'un lien de causalité qu'aucune étude scientifique n'a permis d'établir avec certitude, sans toutefois exclure de façon péremptoire la possibilité de ce lien.

Afin de favoriser l'indemnisation des victimes, la Cour de Cassation a développé une jurisprudence visant à alléger pour ces dernières le poids de la preuve. Elle a ainsi reconnu que tout défaut d'information équivaut à un défaut de sécurité. Puis elle a admis que, même en présence d'un doute scientifique sérieux, la preuve de l'aptitude du produit à causer un dommage du type dont se plaint la victime peut résulter de présomptions, pourvu que celles-ci soient graves, précises et concordantes.

Certains auteurs ont pu alors s'inquiéter d'une évolution conduisant à l'engagement quasi systématique de la responsabilité des laboratoires. Or des arrêts récents ont montré un certain infléchissement de la jurisprudence. La responsabilité des fabricants de vaccins s'est trouvée écartée au motif que les éléments présentés par les victimes n'étaient pas susceptibles de constituer des présomptions suffisamment graves, précises et concordantes. Cette évolution récente conduit, semble-t-il, à un rééquilibrage dans la mise en œuvre de la responsabilité du fait des produits de santé défectueux. Elle doit être approuvée : la réparation des victimes ne saurait se faire en effet au détriment d'une nécessaire sécurité juridique pour les laboratoires concernés.

S1-F 3-F - Vaccins et Pays en développement : enjeux économiques et défis.

Hélène Van den Brink, Valérie Siranyan e Eric Fouassier, France

helene.van-den-brink@u-psud.fr

La découverte des vaccins a éradiqué ces dix dernières années les fléaux que constituaient la peste, le tétanos, ou la poliomyélite. La vaccination est devenue, dès lors, un des piliers majeurs des politiques de santé publique. Toutefois, si les politiques nationales de vaccination sont de nature quasi-universelle, force est de constater que les priorités de santé publique sont différentes dans chaque pays et qu'il en résulte de nombreuses disparités.

Ainsi, dans les pays en développement, la vaccination est plus mal placée que les autres services de santé et les ressources limitées sont souvent accordées à des soins curatifs. Si cette situation s'explique souvent par le choix des priorités des organismes donateurs, il est à souligner également que les nouveaux vaccins mis au point contre les maladies rencontrées dans les pays industrialisés ne sont généralement pas adaptés aux pays en développement. L'accès aux vaccins fait donc face à des défis majeurs que sont notamment les coûts et la recherche de nouveaux vaccins de qualité basés sur les besoins des pays pauvres.

Cependant, l'interdépendance des pays et la propagation de nouvelles maladies en cas d'épidémie - SRAS, grippe A/H5N1, grippe A H1/N1 - ont progressivement placé la problématique de l'accès aux vaccins au centre des discussions mondiales de la santé et des mécanismes de financement novateurs ont été mis en place ces dernières années. Si ces solutions originales apportent des réponses concrètes, elles restent néanmoins bien insuffisantes au regard des besoins.

A ce titre, il nous a paru intéressant de traiter des enjeux et des défis des pays en développement à l'accès aux vaccins en dressant un état des lieux actuel des solutions développées par la communauté internationale.

S1-F 4-F - Les nouvelles missions de pharmacien.

Raphaël Moreau, France

Depuis plusieurs années nous constatons une évolution du système de santé français vers une meilleure adaptation aux nouveaux enjeux sanitaires ou économiques.

Une loi du 21 juillet 2009 dite de modernisation ou loi HPST (hôpital patients santé et territoires) a apporté des modifications profondes dans l'organisation de la prise en charge des soins à l'hôpital et en ville.

L'article 38 de cette loi reconnaît la place des pharmaciens d'officine comme un acteur de santé publique de premiers recours et définit de nouvelles missions d'exercice notamment en coopération avec les autres professionnels de santé :

Les pharmaciens d'officine :

- *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé*
- *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.*

Depuis des années, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) constate une couverture vaccinale insuffisante ou inégale en France et alerte les autorités sur les risques courus par la population.

Devant cette situation, le Ministère chargé de la Santé a demandé à l'Académie nationale de Pharmacie un rapport sur « le rôle des pharmaciens dans la prise en charge de la vaccination » en recherchant les possibilités de faire contribuer les pharmaciens d'officine à l'amélioration de la couverture vaccinale.

Les recommandations du rapport de l'Académie nationale de Pharmacie publié en Février 2011 seront reprises dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en conclusion des Assises du Médicament de Juin 2011. On peut retenir des propositions innovantes pour la France mais inspirées des pratiques d'autres pays :

- *Recommandation n°24 : Organiser le suivi vaccinal des patients par les pharmaciens.*
- *Recommandation n°25 : Prévoir, sous réserve d'une étude préalable, que le pharmacien, spécifiquement formé, puisse réaliser l'acte vaccinal sur prescription.*
- *Recommandation n°26 : Etudier la possibilité pour le pharmacien de pratiquer de sa propre initiative des rappels de vaccination chez les patients adultes.*

Le vaccin « qui n'est pas un médicament comme les autres » puisqu'il est administré à un sujet sain, garde une place majeure dans le système de santé

S1-F 5-F - L'organisation de la semaine européenne de la vaccination.

A.S. Malachane, France

Sous l'impulsion de l'OMS Europe, est organisée chaque année la semaine européenne de la vaccination sur l'ensemble du continent ; l'objectif étant de mobiliser tant les professionnels de santé que les citoyens du risque de résurgence de maladies, faute d'un niveau de couverture vaccinale suffisant. Si le thème précédemment sélectionné s'articulait autour de la recherche commune de solutions face aux mêmes difficultés, en 2012, il a été choisi de mettre l'accent sur les vaccinations des adolescents. En conséquence, du 23 au 30 avril 2012, a eu lieu sur notre territoire, un ensemble de manifestations ayant pour but de sensibiliser les jeunes aux maladies pouvant être évitées par la vaccination. Les professionnels de santé, prescripteurs, dispensateurs ou administrateurs, pourront saisir l'occasion pour

réactualiser leur connaissance et ainsi mieux éduquer et prendre en charge leurs patients. Les Agences Régionales de Santé des 23 régions de France ont été les maîtres d'œuvre de cette initiative.

En Rhône-Alpes, les agents de l'ARS en charge de la politique de prévention des fléaux sociaux et des risques infectieux ont souhaité rencontrer les membres des professions de santé réglementées au travers des instances ordinaires. Les responsables des services de la protection et de la promotion de la santé ont aussi été conviés. En outre, ont été organisées des séances gratuites de vaccination sur toute la région. Des calendriers de vaccination, dans une vingtaine de langues, ont été distribués, notamment dans les lycées, universités ou grandes écoles. Les pharmaciens, par leur proximité et leur disponibilité auprès des populations ont été largement mis à contribution. Des affiches ont été exposées dans les vitrines des officines. Des fascicules d'information sur les bénéfices et les modalités de la vaccination ont pu être délivrés dans les pharmacies, avec des conseils personnalisés. Pour leur part, les instances ordinaires des médecins ont transmis le programme des manifestations au travers de leur lettre d'information.

L'implication des professionnels de santé est primordiale pour la réussite d'une telle entreprise. En effet ils restent les mieux placés pour informer les patients de l'intérêt collectif de la vaccination. Ils pourront, en outre, à l'occasion d'une consultation ou de la dispensation de produits de santé, vérifier le respect du calendrier vaccinal à l'aide d'un dossier patient traditionnel ou virtuel. Les campagnes de santé publique doivent toujours être relayées auprès des individus par la mise en place d'une relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient, indispensable pour une prise de décision adéquate.

S1-F 7-F - Expériences canadiennes et américaines pour l'optimisation de l'immunisation des populations.

Loïc Geffroy e Valérie Siranyan, France

Dès 1998 la fédération internationale pharmaceutique (FIP) soulignait la transformation du rôle du pharmacien à travers le monde. De plus en plus, les spécialistes du médicament dispensent non seulement des produits mais aussi des services adaptés aux besoins de leurs patients. Par leur expertise, ces derniers deviennent responsables de l'usage sûr et rationnel des produits de santé au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins. A cet égard, au-delà des frontières, les pharmaciens d'officine pourraient contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale de la population par le développement de services pharmaceutiques mais aussi peut-être en participant à l'administration des injections, en fonction des évolutions législatives au niveau national. Les pharmaciens québécois peuvent proposer depuis 2004 à leur client, un service d'administration par un infirmier ou infirmière. D'autres provinces canadiennes ou américaines, autorisent déjà l'administration des vaccins par des pharmaciens d'officine.

Selon une enquête réalisée entre septembre 2008 et mai 2009, un peu plus d'un quart des pharmacies du Québec proposait un service d'administration des vaccins. Cette proportion pourrait augmenter ces prochaines années. Les demandes des patients constituent un facteur majeur de la mise en œuvre d'un tel service en officine. A l'inverse la proximité avec une clinique médicale représente un frein à son développement. En outre l'accessibilité des pharmaciens et l'amplitude horaire de l'ouverture des officines paraissent des atouts essentiels. Les déplacements des usagers du système de santé seront réduits, favorisant ainsi l'observance et le maintien de la chaîne du froid.

Plusieurs Etats américains ont déjà fait le choix d'autoriser la vaccination par les pharmaciens, sur le fondement d'une prescription ou d'un protocole de soin. Dès 1997, plus de 100 000 actes d'immunisation ont été effectués par des pharmaciens américains, dans le respect de guides diffusés par l'APhA. Des programmes de formation et de certification ont été progressivement développés en fonction des besoins des professionnels et des patients. La comparaison du taux de vaccination de la population âgée démontre l'intérêt de la mise en œuvre d'un acte d'immunisation par les pharmaciens. Aux Etats-Unis, ces derniers demeurent de plus en plus impliqués pour la vaccination des adultes, évoluant du statut d'éducateurs à celui d'acteurs. Dans un contexte de baisse de la démographie médicale, ce modèle d'extension de compétences pourrait séduire d'autres régions du monde.

S1-F 8-F - Les craintes des patients face à la vaccination.

Valérie Siranyan, France

valerie.siranyan@univ-lyon1.fr

Un bref regard, sur Internet et les réseaux sociaux, suffit pour prendre conscience de l'ampleur des polémiques envers les vaccins qui sont accusés de tous les maux : destruction du système immunitaire, psychoses, autisme, mort subite du nourrisson, asthme, allergie.... Lorsqu'un usager du système de santé refuse la prescription ou la dispensation d'un vaccin, pour lui ou ses enfants mineurs, deux consciences s'affrontent : celle d'un professionnel de santé, médecin, sage-femme ou encore pharmacien, doté d'une connaissance basée sur l'expérience et la logique scientifique, et celle d'une personne, le plus souvent étrangère au monde médical, dont la pensée irrationnelle peut être guidée par l'intuition. Dans un tel contexte d'opposition, les campagnes d'information soulignant les bénéfices de la vaccination à l'égard de

l'ensemble de la population restent d'une efficacité limitée. A l'inverse, la mise en place d'une relation de confiance au sein d'un colloque singulier peut participer à l'évolution des croyances vers le doute puis vers l'acceptation d'un acte individuel pour une protection collective.

Mieux comprendre les craintes des patients, analyser leurs croyances ou intuitions sensibles tel qu'évoquées par Kant dans la critique de la raison pure, permettra au professionnel de construire des réponses appropriées, des conseils adaptés à la personnalité de chaque malade ou usager du système de santé. Les facteurs liés à la peur de la vaccination sont multiples et complexes dans une société à la recherche du progrès scientifique et technique. La mise en œuvre des politiques de santé publique par les autorités compétentes devra intégrer le développement d'une certaine remise en cause des institutions tant nationales qu'internationales.

Un médicament, tel qu'un vaccin, reste un poison, soumis à des précautions d'emploi. Si un patient atteint d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital tolérera l'apparition de nausées chimio-induites, un individu bien portant n'admettra pas les risques liés à la vaccination, y compris pour protéger ses propres enfants. Au surplus, la voie administration parentérale, est souvent associée dans l'inconscient collectif, à un empoisonnement, renvoyant aux épisodes les plus sombres de notre histoire. Les populations ne perçoivent le danger infectieux qu'en cas d'épidémie imminente. La distance géographique ou temporelle rend les individus indifférents aux risques collectifs. Or la baisse du taux de vaccination des populations devient un véritable problème de santé publique, avec notamment la résurgence de maladies telles que la rougeole ou la rubéole. Aussi certains gouvernements s'interrogent sur l'éventualité de rendre certaines vaccinations obligatoires.

S1-F 83-F - Vaccination des populations - Pandémie de grippe A H1N1. Facteurs explicatifs de la campagne de vaccination.

Yves Matillon, France

94-F - Le contrôle de la promotion des vaccins en France après la loi du 29 décembre 2011.

Céline Pulon, Catherine Dumartin, Marie Baumevielle e Catherine Maurain, France

Celine.Pulon@u-bordeaux2.fr

Élaborée dans le contexte de crise sanitaire qu'a suscité « l'affaire du Médiateur® », la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (JO 30 déc. 2011) a profondément remanié l'encadrement de la promotion en faveur des médicaments que le code de la santé publique définit comme « toute forme l'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation de ces médicaments, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leur fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur » (art. L. 5122-1).

Alors même que le code communautaire relatif aux médicaments à usage humain (Directive (CE) n°2001/83 modifié, art. 88 bis à 100), distinguant la publicité faite auprès du public de celle destinée aux professionnels de santé, laisse aux États membres le choix des moyens à mettre en œuvre pour encadrer la promotion afin de favoriser le bon usage du médicament, cette loi a profondément remanié le dispositif législatif hérité de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 modifiée qui avait transposé la Directive (CEE) n°92/28 du 31 mars 1992 relative à la publicité à l'égard des médicaments à usage humain.

Imposant à la promotion des médicaments des objectifs de non tromperie, de protection de la santé publique, d'objectivité, de respect des termes de l'autorisation de mise sur le marché et de bon usage du médicament, ce cadre juridique faisait coexister deux régimes de contrôle *a posteriori* ou *a priori* selon que la promotion était destinée aux professionnels de santé ou au public. Il prévoyait par ailleurs des adaptations à la diffusion de cette promotion en raison du statut du médicament (soumis à prescription, pris en charge par l'assurance maladie) ou de certaines destinations thérapeutiques (vaccins, médicaments présentés comme supprimant l'accoutumance au tabac ou l'envie de fumer). Ainsi, outre une analyse des innovations apportées par la loi à un encadrement de la promotion (concernant notamment le contenu des messages, le fonctionnement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), le cas des vaccins fera l'objet d'une prise en compte plus particulière. Ces dernières années ont connu, à la fois, des campagnes gouvernementales importantes pour des vaccinations non obligatoires et la défiance de la population à l'égard de certains de ces médicaments (hépatite B, grippe saisonnière).

164-P - O Programa Nacional de Vacinação em Portugal: uma história de sucesso.

Paula Vasconcelos, Luciana Bastos, Teresa Fernandes, Ana Leça, Isabel Castelão, Etelvina Calé, e Graça Freitas, Portugal

pvasconcelos@dgs.pt

Introdução : Portugal é um país com décadas de tradição na área da vacinação. Datam de 1799 as primeiras acções de vacinação contra a varíola. Em 1812 a vacinação contra a varíola foi alargada à população de forma gratuita. Data de 1949 o Decreto nº 37508, atribuindo à Direção-Geral da Saúde a competência de "propor a obrigatoriedade de vacinação contra determinadas doenças infecciosas quando e onde for julgada necessária e conveniente". Em 1965 foi implementado o Programa Nacional de Vacinação (PNV) pelo Decreto-Lei nº 46628. Trata-se de um programa universal, gratuito, acessível e sem barreiras para qualquer pessoa presente em Portugal. O PNV tem vindo a ser atualizado, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico, as alterações no padrão epidemiológico das doenças, a atitude dos cidadãos perante a vacinação, o desenvolvimento demográfico e social e a evolução dos serviços de saúde. Mantém-se um programa prioritário e totalmente financiado pelo Ministério da Saúde. Presentemente, o PNV inclui vacinas para 12 agentes etiológicos de doenças infecciosas.

Objetivos do PNV: 1. Reduzir a morbilidade e mortalidade e atingir o controlo das doenças infecciosas abrangidas pelo Programa

2. Proteger os cidadãos através da administração de vacinas eficazes e seguras

3. Garantir o acesso de todos os cidadãos ao Programa sem qualquer tipo de barreira

4. Garantir a sua atualização em termos de doenças emergentes e reemergentes, com base na evidência científica, avanços na vacinologia e adequação às estratégias nacionais e internacionais de saúde.

O processo estratégico e operativo do PNV : Desde 1965, a coordenação do PNV é efectuada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e a sua concretização deve-se à aplicação criteriosa do programa a nível regional e local, como prioridade anual dos planos de acção e das actividades dos serviços de saúde em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.

A equipa da vacinação da DGS articula-se com os responsáveis pela vacinação a nível das Administrações Regionais de Saúde que, por sua vez, se articulam com os responsáveis locais pela vacinação a nível dos ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) e/ou ULS (Unidades Locais de Saúde).

As atualizações do PNV ao longo dos anos são baseadas em pareceres técnicos da Comissão Técnica de Vacinação (CTV). A CTV é uma comissão independente, formada por especialistas de diferentes áreas da saúde, nomeados por despacho do Ministro da Saúde, que contribui, com independência científica, para o desenvolvimento, monitorização e avaliação da política vacinal nacional.

As últimas alterações no PNV incluem, em 2006, a substituição da vacina oral contra a poliomielite pela vacina injetável e a introdução da vacina contra o meningococo C, e em 2008 a introdução da vacina contra infeções por vírus do Papiloma Humano.

Resultados e discussão : A efetividade do PNV é demonstrável através da vigilância das doenças transmissíveis de declaração obrigatória. Comparando o número de casos declarados e o número de mortes para quatro doenças alvo do PNV na década anterior ao início do PNV (1956-1965) com os da década 1999-2008, verificou-se a diminuição da morbilidade e mortalidade.

SESSÃO 7 – Sala B

08:30 - 11:00

Tema : Avaliação em diferentes domínios

11-CH - Evaluation médico-économique de l'immunonutrition chez les patients opérés d'un cancer gastro-intestinal.

Christophe Pinget, H Chevrou-Severac, Y Cerantola, M Schäfer, N Demartines et JB Wasserfallen; Suisse

Christophe.Pinget@chuv.ch

Contexte: L'immunonutrition (IN) est une forme particulière de thérapie nutritionnelle. Il s'agit d'une nutrition clinique qui, en plus de fournir tous les nutriments vitaux, contient des substances destinées à soutenir et à renforcer le système immunitaire. Parmi ces substances appelées immunonutriments, on peut citer divers acides aminés (arginine, glutamine, glycine), les nucléotides ainsi que les acides gras oméga-3. L'IN peut-être préopératoire, postopératoire ou périopératoire (pré- et postopératoire). Une récente méta-analyse a montré que l'IN réduisait significativement l'incidence des complications et la durée de séjour hospitalier chez les patients opérés d'un cancer gastro-intestinal (Cerantola et al. 2011).

Objectif: Calculer le coût des complications associées à la chirurgie des cancers gastro-intestinaux et évaluer l'impact économique pour l'hôpital d'utiliser l'IN pour tous les patients opérés de ces pathologies.

Méthode: Le risque relatif de complications dans le groupe IN versus le groupe contrôle est basé sur une récente méta-analyse (Cerantola et al. 2011). Le coût de l'IN est basé sur le prix de l'immunonutriments Impact® sur le marché suisse. Le coût des complications est calculé en utilisant la comptabilité analytique d'un hôpital universitaire suisse (2006-2010). Les coûts hospitaliers de 420 patients hospitalisés pour une opération chirurgicale d'un cancer gastro-intestinal ont été sélectionnés sur la base des codes diagnostiques (CIM-10) et opératoires (ICD-9). Parmi ceux-ci, 64 présentaient au moins une des complications d'intérêt. Afin de tenir compte de la lourdeur des cas indépendante des complications d'intérêt, nous avons développé une méthode utilisant le cost-weight du DRG du séjour pour dériver un indice de sévérité exogène (ISE). Une régression du coût du séjour sur l'indice de sévérité exogène et sur une variable binomiale représentant l'existence de complications permet d'obtenir le coût strictement lié aux complications. Finalement, l'impact incrémental net sur le coût du séjour de l'utilisation de l'IN a été calculé et une analyse de sensibilité sur le taux de complication a été menée.

Résultats: Le risque relatif de complication pour les patients IN est de 0.48 en administration préopératoire, 0.50 en administration périopératoire et de 0.65 en administration postopératoire. Le coût incrémental d'avoir au moins une des complications d'intérêt se monte à CHF 14'949 (95%IC 10'712-19'186) par patient. L'impact économique net par séjour de l'IN représente une économie de CHF 2'598 en administration préopératoire, CHF 1'588 en administration périopératoire et CHF 1'137 en administration postopératoire.

Conclusions: L'IN pour les patients opérés d'un cancer gastro-intestinal est une intervention thérapeutique efficace dans la mesure où elle diminue à la fois le risque de complication et le coût global de la prise en charge hospitalière.

61-CL - Los psicofármacos, un buen ejemplo del binomio biológico - social y sus limitaciones para comprender los nuevos escenarios.

Jimena Carrasco, Chile

jjimenacarrasco@uach.cl

El presente trabajo surgió de mi investigación doctoral, que trató de forma crítica la implementación en Chile de las transformaciones Salud Mental y Psiquiatría. La elección del mismo se relaciona con los resultados del trabajo de campo, donde adquirió relevancia el tema de los psicofármacos, tanto para los profesionales como para los usuarios. A partir de éstos fue necesario un análisis del tema, que puede aportar a discusiones en torno a los desafíos críticos en Salud Mental y Psiquiatría.

Objetivo o la propuesta de la investigación: Problematizar la dicotomía biológico - social en los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica y reformas de los sistemas de salud mental, y analizar sus consecuencias en relación a nuevas formas de resistencia a las lógicas de gobierno neo liberal

Contexto y la descripción del problema: En Chile, a partir de la década de los noventa, comienza una reforma de la institución psiquiátrica y de las entidades encargadas de la salud mental. Luego, en la década siguiente, se lleva a cabo una reforma a la salud. Estos cambios combinan aspectos de los procesos de reforma de la institución psiquiátrica en Europa y la adopción de un modelo político y económico en Salud. Las contradicciones y ambivalencias entre ellos han llevado a los profesionales del área a una serie de cuestionamientos, contradicciones y malestar, relacionados a sus actuaciones en sus ámbitos de intervención.

Como herencia de la anti psiquiatría los profesionales inmersos en estas transformaciones se cuestionan que los tratamientos farmacológicos como solución. Se asume que los problemas no tienen un origen biológico (sino que social) pero se les trata como si lo tuvieran. Esto dificulta que los sujetos de intervención se hagan cargo de sus propias situaciones problemáticas y lleva a que sus expectativas sean las que se tienen de una intervención biomédica. Al mismo tiempo, los protocolos obligan al uso de fármacos y a formas de intervención propias de la institución psiquiátrica. Ante tales contradicciones, se hace necesario reflexionar acerca los marcos que se dicen críticos (de la psiquiatría tradicional) y sus usos en los procesos de neo liberalización de la salud. En específico, se analiza la des medicalización de la salud mental y la psiquiatría como forma de configuración de subjetividades neoliberales (Rose, 1999)

Teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados: Se utilizan perspectivas críticas para el análisis de los procesos de reforma, en especial la noción de poder, biopolítica y gubernamentalidad de Foucault (1977, 1978, 1979). El método consistió en un acercamiento de tipo etnográfico a un Centro de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Valdivia, Chile. Para el análisis de la información se utiliza la propuesta de Tirado y Mora (2004) acerca del pensamiento social actual; Hardt y Negri, (2001) acerca de las transformaciones de la biopolítica; Rose (2007) la noción de Biopolítica Molecular.

Resultados y la discusión sobre lo expuesto: Las prácticas de los interventores involucrados en procesos de reformulación de la Salud mental y la Psiquiatría en Chile constituyen formas de resistencia al poder disciplinar propio de la institución psiquiátrica pero no están exentas de nuevas formas de gobierno, más próximas a una sociedad de control

(Carvalho, Mainieri, Arraes et al., 2009). Las nuevas acciones están orientadas a normalizar las relaciones en los entornos familiares de ciertos grupos y a que los sujetos se involucren activamente en ellas. Sin embargo, las expectativas de los usuarios se relacionan con el abordaje médico tradicional y la entrega de medicamentos.

El uso de psicofármacos se asume como algo a acotar en los procesos de reforma y se asocia con la psiquiatría clásica que pone el origen del problema en la biología. Sin embargo la exigencia de acceso a psicofármacos por parte de los usuarios puede entenderse como resistencia al modelo de subjetividad neoliberal.

Los psicofármacos no son algo que se impone desde arriba o desde fuera, sino tecnologías de las cuales los sujetos pueden adueñarse en sus formas de resistencia. La comprensión de los problemas como sociales no garantiza la liberación de los sujetos y por el contrario, puede significar aún mayores niveles de control sobre las vidas de los sujetos.

104-BR - EnTenda: comunicação para o uso racional de medicamentos.

Rachel Magarinos-Torres, Luciana Maria Ramires Esper, Janete Gonçalves Evangelista, Marcelo Simão de Vasconcellos, Paulo Eduardo Potyguara Coutinho Marques, Flávia Garcia de Carvalho, Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira, Amanda Castro Domingues da Silva, Guile Gutfilen Schlesinger e Felipe Felizardo, Brasil

rmtorres@vm.uff.br

109-BR - Assistência ao pré-natal e parto: uma avaliação usando os conceitos de utilização e acesso aos serviços de saúde.

Estela Márcia Saraiva Campos, Manuella Barbosa Feitosa, Ronaldo Rocha Bastos, Estela Saraiva Campos, Isabel Gonçalves Leite, Luiz Cláudio Ribeiro, Maria Teresa Teixeira e Marcel Vieira, Brasil. estela.marcia.campos@gmail.com

OBJETIVO: Avaliar utilização e acesso aos serviços de pré-natal e parto, investigar associações com as condições de vida e verificar a distribuição geográfica.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: As desigualdades sociais em saúde manifestam-se de maneira diversa no processo saúde-doença, bem como no acesso e utilização a serviços de saúde e tendem a refletir o grau de iniquidade existente na sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. Partindo de tais premissas é premente buscar avaliar a equidade, especialmente em sistemas, que adotam a saúde como política pública e de caráter universal, como é o caso do Sistema Único de Saúde - SUS do Brasil. Para o presente estudo adotamos o entendimento de utilização dos serviços sob o enfoque do uso compreendendo-o como todo contato direto (consultas e hospitalizações) ou indireto (exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde. E para acesso um conceito baseado em uma estrutura abrangente, ao entendê-lo como o grau de adequação entre as necessidades da população e as respostas do sistema de saúde. A interação entre os sistemas de saúde e os indivíduos é subdividida em três dimensões: Disponibilidade, Acessibilidade Financeira e Aceitabilidade. Essas dimensões levam em consideração as oportunidades e constrangimentos que influenciam o comportamento dos indivíduos na procura por cuidados de saúde em diferentes contextos de modo sistêmico e integrado.

MÉTODOS: Inquérito domiciliar de corte transversal por amostragem complexa em múltiplos estágios com 345 mães de um município de médio porte (acima de 500.000 habitantes) do estado de Minas Gerais/Brasil. Os dados foram analisados por meio de: análise fatorial, regressão linear múltipla ($p < 0.05$) e distribuição espacial.

RESULTADOS: Predomínio da utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde, relação direta entre as opiniões tempo de espera e qualidade do atendimento, resultados positivos para os indicadores do pré-natal, concentração do parto hospitalar e cesário. As dimensões predominantes do acesso no pré-natal foram: Disponibilidade e Aceitabilidade e, no parto: Acessibilidade Financeira e Aceitabilidade. A distribuição espacial mostra áreas com vantagem do acesso onde há atenção primária. Na regressão linear as características socioeconômicas e demográficas influenciaram o acesso.

CONCLUSÃO: Acesso e utilização dos serviços têm intrínseca relação, a metodologia proposta possibilitou mensurar os distintos conceitos. Resultados contribuem para melhor organização de políticas de acesso que impliquem tanto em serviços disponíveis como em capacidade de uso.

S7-BR 159-BR - Sistema Nacional de gestão da assistência farmacêutica (HORUS) – uma ferramenta para atuação do farmacêutico na atenção primária Karen.

Karen Sarmiento Costa, José Miguel do Nascimento Júnior, Brasil

karen.costa@saude.gov.br

A área de tecnologia da informação e informática em saúde têm assumido um papel cada vez mais relevante no mundo e muitos países têm avançado nas suas políticas de saúde com base em um sistema de informação abrangente e de qualidade. A inovação da informação em saúde é fundamental em áreas que exigem tomadas de decisões de relevância sanitário-social, como a Assistência Farmacêutica. Nesse campo da saúde, apesar dos significativos avanços na área no Brasil, observa-se a ausência ou existência de informações pouco fidedignas e insuficientes sobre o acesso, perfil de utilização, controle de demanda e estoques dos medicamentos, dificultando a melhoria do acesso e orientação para uso

racional dos medicamentos. Diante desse quadro, novas estratégias de informação em saúde constituem instrumentos de apoio decisório: possibilitam aplicar o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica das populações às ações e serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. Nas políticas públicas de Assistência Farmacêutica, vultosos investimentos nas esferas federal, estadual e municipal não contam com informações sobre dados de gestão, farmacoeconômicos e farmacoepidemiológicos, que permitam potencializar as aplicações de recursos. A introdução de ferramentas de informatização dos serviços farmacêuticos foi priorizada para qualificar a Assistência Farmacêutica no SUS, em âmbito federal, com o advento do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS. A partir dessa ferramenta inovadora, aliada a outras fontes de dados, busca-se constituir o Sistema de Informações sobre a Assistência Farmacêutica praticada no SUS, que permitirá, aos gestores de políticas públicas, conhecerem em tempo real a situação da Assistência Farmacêutica em cada região, favorecendo aos usuários do SUS melhoria das suas condições de saúde. Lançado em dezembro de 2009, 25% dos municípios brasileiros e dezenove Secretarias de Estado da Saúde fizeram a adesão do Sistema. Na Atenção Primária, as principais mudanças observadas e relatadas em municípios que utilizaram o Sistema HÓRUS foram: qualificação de atividades técnico-gerenciais e serviços assistenciais; potencialização do recurso aplicado em Assistência Farmacêutica na Atenção Primária; e qualificação de recursos humanos. Tais resultados permitem evidenciar os benefícios do Sistema em relação ao acesso da população aos medicamentos, **bem como a melhoria na gestão do processo de trabalho**. É reconhecida a importância da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária, visto que este nível de atenção deve equacionar problemas de saúde de maior relevância em seu território, utilizando "tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade", dentre estas o uso de medicamentos não somente para cura/reabilitação, mas para promoção da saúde e prevenção de doenças. Esses dados demonstram o interesse e a necessidade dos gestores de saúde na organização e qualificação dos serviços farmacêuticos no SUS e ao mesmo tempo levantam outras questões essenciais para garantia do acesso qualificado e humanizado, como a estrutura física das farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico, recurso humano e gestão. Através da informatização dos serviços farmacêuticos os gestores poderão medir, estabelecer indicadores e avaliar o desempenho da Política de Assistência Farmacêutica no país.

SESSÃO 8 - Sala C

08:30 - 11:00

Tema : Medicamentos e Sistemas de Saúde

20-I - Un cadre critique des contrôles dans le système de santé.

Monica De Angelis, Itália

m.deangelis@univpm.it

Riassunto

La sanità è il comparto in cui esistono più regole e più controlli. Raramente sono coordinati fra di loro e fra gli organi che ne sono titolari spesso vi sono sovrapposizioni finendo per creare ostacoli al loro concreto esplicarsi. La costruzione di un quadro sistematico di insieme mira a enucleare i punti critici, a individuare più facilmente possibili soluzioni per un sistema che risulta spesso poco efficace, selezionando quelle più fattibili e più soddisfacenti soprattutto ai fini del controllo della spesa.

Résumé

La santé est le secteur où il y a plus de règles et plus d'inspections. Rarement sont coordonnés entre eux et entre les organismes qui réalisent des activités de surveillance sont souvent des chevauchements. Cela crée des obstacles à leur réalisation pratique. La construction d'un cadre systématique vise à distinguer les points critiques, d'identifier plus facilement les solutions possibles pour un système qui est souvent inefficace, en sélectionnant les solutions les plus réalistes et les plus satisfaisantes, principalement dans le but de contrôler les dépenses.

23-BR - Política Nacional de Medicamentos brasileira: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos.

Terezinha Noemides Pires Alves, Mattos, R.A e Padula, R. C. P, Brasil

noemides@uol.com.br

Resumo

A Política Nacional de Medicamentos brasileira constitui elemento fundamental para implementar ações de melhoria nas condições de saúde, ao preconizar a garantia da disponibilidade, acesso e uso racional de medicamentos por todos os setores da população. Por meio de abordagem qualitativa, ela foi analisada, concluindo que não conseguiu abranger muitos dos problemas relacionados ao uso do medicamento e dar todas as respostas governamentais necessárias aos

problemas por ela levantados ou já existentes e que houve avanços em suas diretrizes, contribuindo para efetivar direitos à assistência terapêutica integral.

Resumen

La Política Nacional de Medicamentos brasileña constituye elemento fundamental para implementar acciones de mejoría en las condiciones de salud, al preconizar la garantía de la disponibilidad, acceso y uso racional de medicamentos por todos los sectores de la población. Por medio de abordaje cualitativo, fue analizada, concluyendo que no logró abarcar muchos de los problemas relacionados al uso del medicamento y dar todas las respuestas gubernamentales necesarias a los problemas por ella levantados o ya existentes y que hubo avances en sus directrices, contribuyendo para efectivar derechos a la asistencia terapéutica integral

33-BR - O Papel do Poder Legislativo Brasileiro na Produção Legislativa e no Controle de Medicamentos.

Marcos Paulo Dias Rodrigues, Brasil
marcos.paulo@anvisa.gov.br

Os objetivos da investigação ;

Apresentar a produção legislativa brasileira relacionadas a área de medicamentos ;
Apresentar os projetos de lei relacionados a área de medicamentos ;
Apresentar demais proposições legislativas relacionadas a área de medicamentos

o contexto e a descrição do problema ;

No Brasil o Poder Legislativo exerce três funções típicas: representar o povo, criar as leis e fiscalizar os atos do Poder Executivo. O Poder Executivo tem como função típica administrar o Estado Brasileiro, para isso pode fazer somente o que a Lei autoriza. Para o melhor desempenho da sua função o Poder Executivo desenvolve Políticas Públicas que antes de serem implantadas devem ser aprovadas pelo Poder Legislativo, para terem o respaldo legal.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, foi criada pela Lei 9.782/1999, tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras e entre as suas atribuições o dever de regulamentar, controlar e fiscalizar medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias.

Atualmente existe cerca de XXX projetos de lei relacionados a área de medicamentos em tramitação no congresso Nacional e mais uma série de proposições legislativas que exercem de forma direta e indireta o controle de medicamentos no Brasil e que estão sendo acompanhadas pela Coordenação de Assuntos Parlamentares da Anvisa. Diante do exposto, é necessário acompanhar e analisar os Projetos de lei e as demais proposições legislativas que estão tramitando no Congresso Nacional, bem como o marco legal existe relacionado aos medicamentos.

as teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados ;

O estudo envolve a análise do Direito, com foco no processo legislativo, e com base na ciência política;

os resultados e a discussão ;

Entender o Papel do Poder Legislativo na criação de leis, acompanhar a produção legislativa relacionadas a medicamentos e o papel da Coordenação de Assuntos Parlamentares da Anvisa, no processo de aprimoramento da legislação sanitária.

as contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais;

Em vários países o Poder Legislativo é o principal formador de legislação para autorizar o Poder Executivo a implantar as suas políticas públicas. Diante do exposto, entender a relação entre os poderes, as características do poder legislativo, os projetos que estão em discussão e o marco legal existente e fundamental para qualquer profissional de saúde que tem intenção de implantar mudanças no arcabouço jurídico para atender as novas necessidades nacionais e mundiais na área da saúde.

36-F - Quelle est l'influence de la régulation sur l'accès à l'innovation pharmaceutique? Les nouveaux antidiabétiques oraux dans 3 pays Européens (France, Angleterre et Allemagne) et en Australie.

Catherine Sermet e Sylvain Pichetti, France
sermet@irdes.fr

Si en Europe les procédures d'autorisation de mise sur le marché sont désormais centralisées, chaque pays reste libre de réguler l'accès, le prix et le remboursement des médicaments, ainsi que la prescription selon ses propres règles. Les restrictions de remboursement ou de prescription, les recommandations, la fixation du prix sont autant d'instruments à la disposition des responsables des politiques de santé pour réguler l'accès à l'innovation. Dans un contexte où l'innovation pharmaceutique est de plus en plus coûteuse, il est intéressant de s'intéresser à l'impact de ces différents instruments et à leur utilisation à la lumière de l'expérience de 3 pays européens et de l'Australie.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de cette régulation sur la diffusion et l'utilisation de nouvelles classes thérapeutiques, ici, les deux classes les plus récentes d'antidiabétiques oraux, les glitazones et les gliptines.

Méthodes : Nous avons analysé la régulation selon 5 critères : l'autorisation de mise sur le marché, la fixation du prix, le remboursement, les recommandations ou guides de bonne pratique et les outils mis à disposition des professionnels ou du public pour accompagner la diffusion. Les spécificités nationales observées ont été mises en regard de données sur l'utilisation de ces médicaments afin d'en évaluer l'impact.

Les données de vente des médicaments proviennent de la société IMS Health. Il s'agit des ventes en officine de ville, fournies dans deux unités : l'unité standard et une unité monétaire exprimée en euros, pour la période 2006-2009.

Les informations sur la régulation ont été rassemblées essentiellement par l'intermédiaire d'une recherche documentaire sur internet, une mobilisation des réseaux internationaux des auteurs et une revue de la littérature scientifique.

Résultats : L'analyse des données d'utilisation des antidiabétiques oraux montre de grandes différences entre ces quatre pays, en particulier en termes de répartition des molécules utilisées. Si au total, le nombre de DDD/1000 habitants et par jour est relativement proche entre les trois pays Européens, aux alentours de 24, en revanche, la répartition des molécules et des dosages utilisés révèlent des pratiques très différentes. L'Angleterre se démarque par exemple par une utilisation importante des sulfamides hypoglycémifiants et des dosages de metformine 500. Les médecins français confirment leur attraction pour les nouvelles molécules en prescrivant environ 30% plus de glitazones et de gliptines.

L'analyse des politiques mises en œuvre montre des différences dans la formulation des recommandations, plus restrictives dans certains pays que d'autres, un remboursement des nouvelles molécules conditionnées au fait que les traitements de première ligne aient échoué, ou ailleurs la condamnation sauf exception de la trithérapie (association de trois antidiabétiques oraux).

Cette étude est encore en cours. Davantage de résultats seront disponibles à la date de CALASS.

89-F - La problématique des prescriptions « hors-amm » en droit communautaire et en droit français.

Marine Aulois-Griot, Inna Gridchyna, Marie Baumeville, Céline Pulon e Catherine Maurain, France
Marine.Aulois-Griot@u-bordeaux2.fr

Fondée sur des conditions de fond qui perdurent depuis la directive fondatrice 65/65/CEE, à savoir l'évaluation de la qualité pharmaceutique, de l'effet thérapeutique et de l'absence de nocivité – ces deux derniers critères étant réunis dans la notion de rapport bénéfice /risque favorable –, l'AMM permet la commercialisation d'un médicament dans un cadre bien défini. Cette autorisation est une limitation à la liberté de commerce dans la mesure où elle détermine non seulement les indications qui ont été validées par des essais cliniques *ad hoc*, mais également les contre-indications, en particulier en terme de populations auxquelles est destiné le produit. *De facto*, l'AMM n'a vocation à couvrir que l'indication librement sollicitée par un demandeur, sous réserve des obstacles que posent par ailleurs certaines populations au développement clinique (population pédiatrique, personnes âgées, malades en situation pathologique concomitante particulière notamment).

Pour certaines populations, l'arsenal thérapeutique s'avère donc insuffisant : ainsi en est-il de la population pédiatrique ou de celle des personnes âgées pour lesquelles de nombreuses études montrent qu'il y a un grand nombre de prescriptions hors-AMM. Tel est aussi le cas des patients qui souffrent de maladies rares, ou de ceux pour lesquels les traitements conventionnels s'avèrent inefficaces ; dans ces hypothèses, la solution thérapeutique peut se trouver hors du champ de l'AMM.

Le législateur européen a tenté d'apporter une réponse à ces besoins thérapeutiques par l'adoption de textes spécifiques aux médicaments orphelins (Règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et Règlement (CE) n° 847/2000 de la Commission du 27 avril 2000 établissant les dispositions d'application des critères de désignation d'un médicament en tant que médicament orphelin et définissant les concepts de « médicament similaire » et de « supériorité clinique ») et aux médicaments pédiatriques (Règlement n° 1901/2006 du Parlement européen et du Conseil relatif aux médicaments à usage pédiatrique). Ces textes ont pour objectif respectif d'inciter voire d'imposer aux industriels le développement de médicaments pour les patients atteints de

pathologies rares d'une part, pour les enfants d'autre part. Ils proposent des aménagements au cadre initial de l'AMM et sont une première solution de la question des prescriptions hors AMM.

Pour autant, les médecins disposent d'une liberté de prescription, et dès lors, ils peuvent être amenés à rédiger des prescriptions médicamenteuses hors des indications retenues par l'AMM. En France, le législateur a cherché à proposer un cadre à ces prescriptions dans des indications non validées par une autorisation de mise sur le marché. Avec l'adoption de la loi n° 2012-2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et la mise en place des « Recommandations Temporaires d'Utilisation » ou RTU à l'initiative de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, il convient dès lors d'analyser les préoccupations du législateur français sous deux angles : la protection de la santé publique et la maîtrise des dépenses pharmaceutiques.

95-F - La gouvernance du médicament en France : historique et perspectives.

Marine Aulois-Griot, Catherine Dumartin, Pascal Combeau e Catherine Maurain, France

Marine.Aulois-Griot@u-bordeaux2.fr

Depuis le décret du 17 avril 1942 qui créa le service central de la pharmacie et du médicament au Ministère chargé de la santé, la « gestion » administrative du médicament en France a évolué, au gré de différentes crises sanitaires. Ainsi, suite à l'affaire du sang contaminé par le virus du sida, l'évaluation du médicament, sur le plan sanitaire, fut confiée à une agence, qui assurait, pour le compte de l'État, des prérogatives de police sanitaire. Par la suite, le champ de compétences de cette agence fut étendu à d'autres produits de santé.

Dans le même temps, sur le plan économique, était créée une structure, le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS), placée auprès ministres. Chargé de mettre en œuvre les orientations ministérielles, le CEPS contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament.

Avec la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, apparaît la notion de « gouvernance des produits de santé ». Dans un avis de la Commission générale de terminologie et de néologie publié au Journal Officiel de la République Française du 22 avril 2009, la gouvernance est définie comme une manière de concevoir et d'exercer l'autorité à la tête d'une entreprise, d'une organisation ou d'un État. Il est précisé que la gouvernance s'apprécie en tenant compte du degré d'organisation et d'efficience, mais également de critères tels que la transparence, la participation et le partage des responsabilités.

La gouvernance des produits de santé passe donc par un pilotage impliquant l'ensemble des partenaires, et conduit à une prise de décision en ayant considéré tous les intérêts. Ce nouveau système de gestion doit faciliter l'adaptation au changement.

Ainsi, en 70 ans, nous sommes passés d'un système d'évaluation du médicament qui relevait de la seule compétence de l'État incarné par le ministre chargé de la santé, à un système de gouvernance, qui s'est accompagné d'une externalisation de l'expertise, d'un renforcement de la démocratie sanitaire - également impulsé par l'Union européenne qui préconise une plus grande transparence dans les institutions sanitaires, une publicité des décisions prises dans ce domaine, et une plus grande participation des citoyens -.

Il apparaît intéressant d'analyser cette évolution des institutions sanitaires dans le domaine du médicament et de préciser l'éventuelle complémentarité et les interactions existant entre gouvernance et politique des produits de santé, dans leurs composantes sanitaire et économique.

105-BR - A seleção de medicamentos na percepção de gestores e prescritores do Sistema Único de Saúde do Brasil: pesquisa Fala Essencial.

Rachel Magarinos-Torres, Vera Lucia Edais Pepe e Claudia Garcia Serpa Osório-De-Castro, Brasil

rmtorres@vm.uff.br

SESSÃO 9 - Sala D

08:30 - 11:00

Tema : Gestión integral de las 3 etapas formativas de los profesionales

Sessão organizada: Teresa Campos García. Servicio de Desarrollo Profesional y Formación. Consejería de Salud y Bienestar Social . España

S9-E 140-E - Modelo de gestión por competencias: Estrategias de integración de la formación de los profesionales sanitarios en las 3 etapas.

Teresa Campos García, España

S9-E 141-E - Modelo de relación con las Universidades en la etapa de grado.

Susana Rodríguez e Armando Romanos, España

S9-E 142-E - Modelo de gestión de la calidad de la formación especializada.

Carmen de Vicente e José Luis Serrano, España

S9-E 143-E - Modelo de formación continuada o permanente para los profesionales del sistema sanitario público.

Teresa Campos García, España

teresa.campos@juntadeandalucia.es

Resumen

Se presenta un Modelo de Evaluación del Impacto del Aprendizaje Basado en la Simulación en el marco de un proyecto europeo (SIMBASE) cuyo objetivo es incrementar la calidad y efectividad de los programas de formación basados en la simulación en la atención en salud. El modelo está compuesto por: procesos, niveles de aprendizaje, actores, indicadores y factores de transferencia. Se han adaptado modelos referentes: **PRIME** (niveles de aprendizaje), **ISO / IEC 19796-1** (procesos) y **Holton (1996)** (transferencia). La evaluación se realiza antes, durante y después de la formación y aglutina una batería de instrumentos para su viabilidad. El modelo se valida en varios países europeos.

Resumo

Nós apresentamos uma Avaliação de Impacto Modelo de simulação baseada em Aprendizagem no âmbito de um projecto europeu (SIMBASE) destinado a aumentar a qualidade ea eficácia dos programas de formação baseados em simulação em saúde. O modelo consiste de: processos, níveis de aprendizagem, atores, indicadores e fatores de transferência. Eles se adaptaram modelos em matéria de: PRIME (aprendizagem níveis), ISO / IEC 19796-1 (processos) e Holton (1996) (de transferência). A avaliação foi realizada antes, durante e após o treinamento e reúne um conjunto de instrumentos para a sua viabilização. O modelo é validado em vários países europeus.

185-BR - A educação permanente e o trabalho da enfermeira no contexto do sistema único de saúde.

Norma Carapiá Fagundes e Cristina Maria Meira de Melo, Brasil

normafagundes@terra.com

186-BR - Programa de educação pelo trabalho para a saúde/ Vigilância em saúde e a formação de profissionais para o sistema único de saúde.

Norma Carapiá Fagundes e Tatiane Araújo dos Santos, Brasil

normafagundes@terra.com

SESSÃO 10 - Sala E

08:30 - 11:00

Tema : Formação

16-Q - Enquête sur les déterminants de l'intention des étudiant(e)s-finissant(e)s du baccalauréat en sciences infirmières de choisir la pratique en région éloignée.

Amélie Trepanier, Marie-Pierre Gagnon, Turcotte, Stéphane, José Côté, Guy Paré, Jean-Paul Fortin, Emmanuel Duplâa e François Courcy, Québec

Amelie.Trepanier@crchuq.ulaval.ca

Contexte et description du problème : La répartition des effectifs infirmiers au Québec est une préoccupation constante pour les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement en ce qui concerne les régions éloignées qui, en plus de faire face à des défis spécifiques relativement à leur situation géographique, rencontrent des difficultés importantes de recrutement. Les finissantes et finissants des programmes de soins infirmiers des universités québécoises représentent un bassin de recrutement de choix pour la pratique en région éloignée. Bien que de nombreuses stratégies ont été utilisées afin d'attirer les finissant(e)s vers la pratique en région, on connaît encore peu les facteurs qui influencent leur intention d'aller s'établir en région éloignée suite à leur diplomation.

Objectifs de la recherche : L'objectif principal de notre étude est d'identifier les déterminants de l'intention des finissant(e)s du baccalauréat en sciences infirmières d'aller pratiquer en région suite à leur diplomation. De façon secondaire, cette étude vise à explorer l'existence de liens entre l'intention de pratiquer en région rurale et la disponibilité de TIC dans les établissements situés en région.

Méthodologie : Afin d'atteindre nos objectifs, une enquête par questionnaire suivant un devis observationnel de type transversal a été réalisée. Une revue de littérature nous a permis de constater qu'aucun questionnaire permettant de mesurer l'intention d'aller pratiquer en région éloignée, et validé chez les infirmières, n'était disponible. Nous avons donc construit un tel outil de mesure à partir de cadres théoriques psychosociaux et des facteurs influençant l'intention et la décision finale d'aller pratiquer en région éloignée recensés dans la littérature. Afin d'estimer la fidélité du questionnaire créé, il a été soumis à l'épreuve du test-retest auprès d'un échantillon représentatif, ce qui a permis de mesurer la stabilité temporelle de l'instrument de mesure et la consistance interne des construits théoriques. Les modifications nécessaires ont été apportées et nous avons ensuite procédé à la collecte de données en administrant le questionnaire, par voie électronique, aux finissantes et finissants de trois universités québécoises : Université Laval, de Montréal et de Sherbrooke. Des analyses descriptives des variables seront d'abord effectuées pour l'ensemble des variables. Des analyses de corrélation seront ensuite réalisées entre les variables théoriques. Enfin, une analyse de régression hiérarchique sera effectuée afin d'évaluer l'influence des variables de la TCP sur l'intention de pratiquer en région éloignée.

Résultats et discussion : Un total de 85 questionnaires complétés a été recueilli. Les résultats de l'étude de fidélité test-retest et inter-juge, réalisée auprès d'un échantillon composé de 31 individus, a démontré que la consistance interne des construits théoriques, mesurée à l'aide d'alpha de Cronbach, était satisfaisante ($\alpha = 0.73$ à 0.95). La stabilité temporelle de l'instrument de mesure a quant à elle été mesurée à l'aide du coefficient de corrélation intra-classe, dont les résultats étaient aussi satisfaisants ($ICC = 0.59$ à 0.90) pour le plus fort. Les analyses se rapportant au questionnaire final sont en cours et les résultats finaux seront présentés et discutés lors de la conférence.

Intérêt de la communication par rapport à l'état des connaissances: Cette étude novatrice sur les déterminants de l'intention des finissant(e)s de baccalauréat en sciences infirmières d'aller travailler en région sera certainement porteuse pour mieux cibler les interventions destinées au recrutement de nouvelles infirmières en région éloignée. De plus, les liens entre l'intention et l'adoption du comportement ciblé seront aussi explorés ultérieurement puisque cette étude représente de point de départ d'une étude longitudinale puisque les répondants seront recontactés dans un an pour voir si leur intention de s'établir en région s'est concrétisée.

17-Q - Les facteurs reliés à l'intention des étudiant(e)s-finissant(e)s de sciences infirmières et des infirmières récemment diplômées de choisir la pratique en région éloignée : une revue systématique de la littérature.

Amélie Trepanier, Marie-Pierre Gagnon, Gisèle Irène Claudine Mbemba, José Côté, Guy Paré, Jean-Paul Fortin, Emmanuel Duplâ e François Courcy, Québec
Amelie.Trepanier@crchuq.ulaval.ca

Contexte et description du problème : La pénurie d'effectifs dans le domaine des soins infirmiers constitue un problème d'envergure au Canada comme dans plusieurs pays du monde. Ainsi, les problèmes reliés à la main-d'œuvre et aux milieux de travail arrivent encore en tête de la liste des préoccupations des décideurs. Ces problèmes sont particulièrement criants dans certains milieux, telles les régions éloignées, étant donné les écarts importants que l'on peut constater dans la répartition des effectifs entre les régions. Les décideurs, conjointement avec les gouvernements et les milieux éducatifs, déploient bon nombre d'efforts afin de trouver des solutions novatrices pour tenter d'attirer la main d'œuvre en région éloignée et ainsi minimiser les effets néfastes d'une telle pénurie tout en maintenant une offre de services de qualité à la population. L'instauration de politiques pour favoriser le recrutement d'infirmières en région éloignée a certainement ses effets positifs, mais aussi ses limites puisque les préférences personnelles et la motivation ont aussi un grand rôle à jouer dans le processus de prise de décision d'aller s'établir ou non en région éloignée pour pratiquer la profession d'infirmière. Ces facteurs personnels, pourtant d'une grande importance, n'ont été que très peu explorés jusqu'à maintenant, d'où l'intérêt de réaliser cette revue systématique de la littérature.

Objectifs de la recherche : Recenser les facteurs qui influencent l'intention ou la décision des finissant(e)s de sciences infirmières et des infirmiers(ères) récemment diplômés de s'établir en région pour y pratiquer suite à leur diplomation.

Méthodologie : Une revue systématique de la littérature a été effectuée. Nous avons d'abord identifié les études pertinentes par une recherche bibliographique dans les bases de données suivantes : PubMed, Embase, CINAHL (EBSCO), Web of Science (SCI and SSCI), The Cochrane Library, Business Source Premier (EBSCO), ERIC, Proquest and PsychInfo. Nous avons aussi criblé la littérature grise au *Center for Health Workforce Planning and Analysis*, ainsi

que via les moteurs de recherche Google et Google Scholar. Nous avons ensuite procédé à l'extraction des données selon une grille structurée, évalué la qualité des études et fait la synthèse des résultats.

Résultats et discussion : Parmi les 523 études évaluées, 15 ont été retenues pour l'extraction des données. Plus de 40 facteurs reliés à l'intention et à la décision de pratiquer en région éloignée chez les étudiant(e)s de sciences infirmières, et chez les diplômé(e)s récent(e)s, ont été identifiés. Ces facteurs ont ensuite été combinés à la théorie du comportement planifié d'Ajzen, ainsi qu'à la théorie du comportement interpersonnel de Triandis. Et ce, dans le but de constituer un cadre conceptuel intégrateur qui servira de base théorique pour le développement d'un questionnaire visant à mesurer l'intention d'aller pratiquer en région éloignée, chez les finissantes et finissants des programmes universitaires sciences infirmières.

Intérêt de la communication par rapport à l'état des connaissances: Il existe peu d'études ayant exploré de façon empirique les facteurs reliés à l'intention et à la décision des infirmières de travailler en région éloignée suite à leur diplomation. Les liens entre l'intention et l'adoption du comportement ciblé, soit le travail en région éloignée, n'ont été que peu explorés jusqu'à maintenant. Cette revue souligne donc la nécessité d'approfondir la recherche sur le sujet.

71-M - **El estado de salud del personal de enfermería a cargo de programas preventivos.**

Georgina Contreras Landgrave e Grisel Barrios Rodríguez, México

116-BR - **Processo de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de saúde da família.**

Silvone Santa Bárbara, Livia Simas Silva, Evanilda Souza de Santana Carvalho e Maria Angela de Merícia Correia Saback, Brasil

silvone.s@hotmail.com

Resumo

Esse estudo tem como objetivo analisar como ocorre o processo de trabalho da equipe de enfermagem em Unidades de Saúde da Família. Sua abordagem é qualitativa, do tipo estudo de caso, realizados em duas unidades de saúde da família de um município do interior da Bahia, Brasil. Foi utilizado como instrumento de coleta entrevistas semi-estruturadas, respondido por cinco sujeitos que compõem a equipe de enfermagem. Os resultados mostram o processo de trabalho da equipe de enfermagem fragmentado e hierarquizado, com predomínio da concepção de equipe como um agrupamento de pessoas.

Resumen

Este estudio buscó analizar cómo ocurre el proceso de trabajo del personal de enfermería en las Unidades de Salud Familiar. Ha sido desarrollado un estudio cualitativo, del tipo estudio de caso, en dos unidades de salud familiar de una ciudad de provincia de Bahía, Brasil. En la recolección de datos se utilizó entrevistas semi-estructuradas, contestada por cinco profesionales del equipo de enfermería. Los resultados demuestran que el proceso de trabajo del equipo de enfermería es fragmentado y jerárquico, y los profesionales conciben

179-BR - **Educação Problematicadora na formação de Agentes Comunitários de Saúde.**

Ana Valéria dos Santos Barroso e Fernando Passos Cupertino de Barros, Brasil

avaleriabarroso@yahoo.com.br

Neste estudo tivemos como objetivo ressaltar a necessidade da Educação Permanente e Continuada para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Município de Aparecida de Goiânia.

É um município brasileiro do estado de Goiás e tem de acordo com o censo de 2010, 442.978 habitantes.

Sua área é de 288 km² representando 0.0845% da região e 0.0034% de todo o território brasileiro.

Em 1994, foi implantado no município o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 139 agentes (ACS).

Mais tarde em 1999, implantou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que conta hoje com 10 equipes de multiprofissionais e 271 agentes comunitários de saúde.

Para este estudo utilizamos a metodologia de revisão bibliográfica narrativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família.

Ao final foi possível concluir que a Educação Permanente em Serviço não leva em consideração as atividades desenvolvidas no trabalho, pois alguns profissionais não estão preparados para atuar como educadores.

Esta é uma dificuldade que podemos combater através da educação problematizadora, que é também um processo que nasce da observação e da reflexão e culmina na ação transformadora. Os agentes trazem seus problemas cotidianos para serem discutidos juntamente com a equipe, o que permite uma relação de troca horizontal entre educador e educando, tornando-se possível trabalhar mudanças na realidade conhecida.

SESSÃO 11 – Sala F
08:30 - 11:00

Tema : Le médicament en France. Regards croisés sur : l'évaluation, la production, la dispensation et la consommation

Sessão organizada: Jean-Paul Auray. Université Claude Bernard Lyon I, France

S4-F 37-F - Analyse de l'augmentation de la consommation médicamenteuse hospitalière en France depuis 20 ans.

Paul Garassuse Jean-Paul Auray, France

S4-F 38-F - Analyse chronologique des ventes de produits de prévention et de prises en charge des états grippaux en France sur la période 2009 – 2011.

Anne-Laure Fayard, Jean Paul Auray, Gilles Chaufferin e Gérard Duru, France

S4-F 39-F - Prise en charge par le pharmacien d'officine des premiers symptômes des états grippaux et des affections ORL.

K. Danno, B. Cognet-Dementhon, G. Thevenard, G. Duru, F-A. Allaert e M.F. Bordet, France

S4-F 40-F - Modèle de simulation basé sur une approche système complexe : dispensation de médicaments dans le cas d'une épidémie.

J.M. Cohen,e Michel Lamure, France

S4-F 41-F - Analyse de la littérature sur l'évaluation médico-économique du médicament.

M.L. Bui e Michel Lamure, France

148-Q - Problèmes éthiques liés aux mécanismes ayant un impact sur l'accessibilité des médicaments contre le cancer (MCC) au Canada.

André Côté e Bernard Keating, Québec

andre.cote@fsa.ulaval.ca

Les nouveaux médicaments contre le cancer (MCC) ont la particularité d'être à la fois onéreux et d'offrir des bénéfices thérapeutiques limités. De fait, 90 % des MCC approuvés par l'agence réglementaire américaine (FDA) entre 2006 et 2011 coutent plus 25 000 \$ par traitement pour une extension de l'espérance de vie ne dépassant pas quelques mois, voire quelques semaines. (Fojo and Grady 2009; Kozminski, Neumann et al. 2011). Le prix exigé pour ces nouvelles drogues induit un ratio cout-efficacité dépassant largement les barèmes considérés comme socialement acceptés au Royaume-Uni (50,000 \$. US par QALY), au Canada (50,000 \$. US QALY), aux États-Unis (100,000 \$. US par QALY) (Brock 2010). Il est fréquent de constater la commercialisation de traitements contre le cancer dépassant les \$ 100,000.00 US et offrant une extension de l'espérance de vie inférieure ou égale à 12 semaines. (Fleck 2006; Fojo and Grady 2009)

En présence d'un besoin médical non comblé et suite aux pressions des fabricants, des prescripteurs et des groupes de défense des patients, bon nombre de ces molécules se retrouvent néanmoins sur les listes des régimes publics d'assurance médicaments. Cette situation a pour conséquence d'accroître de façon significative la portion des MCC dans le budget total consacré aux médicaments. (ICIS 2011). En voulant préserver l'accessibilité, les gouvernements se retrouvent devant le dilemme d'accroître significativement le montant alloué au remboursement des médicaments ou de faire preuve d'iniquité dans la distribution des ressources en santé.

Les gouvernements provinciaux, responsables de la gestion du système de santé au Canada, ont initié ou se proposent d'initier divers mécanismes (budgets dédiés, ententes de partage de risque, ententes secrètes, entente de développement de la preuve, etc.) dans le dessein de maintenir l'accessibilité aux MCC tout en cherchant à éviter une hausse significative des dépenses pharmaceutiques. En agissant de la sorte, les responsables gouvernementaux risquent de compromettre les valeurs fondamentales présidant aujourd'hui à l'évaluation des médicaments : la rigueur, l'impartialité, l'intégrité et la transparence. Ces valeurs assurent l'équité procédurale essentielle pour fonder la légitimité de telles décisions au sein d'une société pluraliste.

L'objectif de la présente recherche est de développer une compréhension fine des problèmes liés à l'accessibilité des médicaments contre le cancer au Canada. En nous appuyant sur une analyse approfondie du cycle de quatre

chimiothérapies palliatives qui ont été l'objet de bien des débats avant de se retrouver sur la liste des régimes publics au Canada, nous cherchons à répondre aux questions suivantes :

- Comment expliquer que des molécules offrant des bénéfices cliniques sommes toutes modestes fassent l'objet de temps d'efforts, de la part des fabricants, pour se retrouver sur les listes des régimes publics d'assurance médicament?
- Quelles sont les stratégies déployées par les fabricants pour assurer l'inscription de leurs molécules sur les listes publiques de remboursement des médicaments?
- Quelles sont les mesures initiées par les gouvernements provinciaux pour maintenir l'accessibilité des MCC en dépit de leurs coûts?
- Et quels enjeux éthiques soulèvent les stratégies déployées par les fabricants et les mécanismes d'accès initiés par les gouvernements provinciaux?

Nous avons opté pour un devis de recherche de type qualitatif et inductif. L'approche méthodologique adoptée est la théorisation ancrée. Cette approche théorise un phénomène spécifique à partir de l'observation systématique de situations considérées comme des instances de ce phénomène. Notre matériel empirique est constitué d'une combinaison de données objectives et subjectives, qualitatives et quantitatives provenant principalement de trois sources : 1) les propos et commentaires d'intervenants concernés par le phénomène, 2) des données statistiques ainsi que, 3) des éléments factuels ou d'analyse provenant de la littérature scientifique et professionnelle. Le travail d'analyse s'est déroulé en simultanéité avec le travail empirique. Chaque collecte de données devenait une occasion de mieux comprendre, cerner, expliciter et conceptualiser les phénomènes visés.

SESSÃO 12 – Sala A

11:30 - 13:00

Tema : Acessibilidade

22-BR - Critérios determinantes para a incorporação de novos medicamentos em hospitais universitários: o caso de um estado brasileiro.

Elisângela da Costa Lima-Dellamora, Rosângela Caetano e Cláudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, Brasil

62-BR - Preparação da Assistência Farmacêutica para Desastres no Brasil.

Elaine Miranda e Cláudia Garcia Serpa Osorio, Brasil

70-M - La reforma a las políticas de salud y el fortalecimiento del suministro de los medicamentos.

Georgina Contreras Landgrave e Carolina Tetelboin Henrion, México

102-BR - Referência de parturientes para a atenção hospitalar: um estudo argumentativo 1.

Luciano Marques dos Santos, Silvone Santa Bárbara, Luciano Marques, Mirian Santos Paiva, Isa Maria Nunes, Cristina Maria Meira de Melo e Evanilda Souza de Santana Carvalho, Brasil

Resumo

O estudo objetivou analisar o processo de referência de parturientes para a atenção obstétrica em uma cidade do interior da Bahia. Trata-se de um estudo de caso exploratório e qualitativo, aprovado por Comitê de Ética sob o protocolo 16/2009 e realizado em duas unidades de saúde de uma cidade do interior da Bahia, através de entrevistas semiestruturadas com quinze participantes de agosto a outubro de 2009. Para a análise do material primário utilizou-se a Análise Argumentativa. Por não possuir um sistema de regulação e da utilização racional dos leitos obstétricos, as parturientes vivenciam o fenômeno da peregrinação em busca da atenção obstétrica, sendo que elas e seus familiares compartilham a dor e o sofrimento pela negação de um direito legalmente constituído. Urge o estabelecimento da rede de atenção à saúde da mulher com definição de fluxos de modo a garantir o acesso aos serviços de saúde.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de referencia de las parturientas a la atención obstétrica en una ciudad en el interior de Bahía-Brasil. Se trata de un estudio de caso exploratorio y cualitativo realizado en dos unidades de salud en el interior de Bahía. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas semiestructuradas aplicada con quince participantes en el período de agosto a octubre de 2009. Este estudio fue aprobado por Comité de Ética en Investigación por el protocolo 16/2009. Los datos fueron tratados a través de del análisis argumentativo. La ausencia de un sistema de regulación para la utilización racional de camas obstétricas conllevan a las parturientas a la peregrinación en busca de la atención en la hora de parir. Así, ellas y sus familias experimentan el dolor y el sufrimiento por la denegación de un

derecho establecido en la ley. Se sugiere el establecimiento de vínculo entre la atención primaria y la hospitalaria para promoción de la equidad y la integralidad de la atención.

167-BR - Assistência Farmacêutica no Brasil: uma análise das políticas de acesso a medicamentos.

Ana Paula Cavalcante de Oliveira, Kathiaja Miranda Souza, Marina Gonçalves de Freitas, Christine

Ana Paula Cavalcante de Oliveira, Kathiaja Miranda Souza, Marina Gonçalves de Freitas, Christine Koury e Cristianne Maria Famer Rocha, BrasilKoury e Cristianne Maria Famer Rocha, Brasil

anap.oliveira@saude.gov.br

A Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil passou por diversas mudanças e evoluiu ao longo das últimas décadas, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como premissa a garantia de acesso a medicamentos, tal como expresso nos Objetivos do Milênio (ODM). Na perspectiva pública brasileira, a AF atua nas três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) que tem competências e atribuições específicas que se complementam. O marco legal da AF é representado pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, que visa promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos. Desde então, as políticas de AF objetivam atender à PNM e aperfeiçoar a assistência ao usuário. Com o objetivo de analisar a atual situação das políticas de acesso a medicamentos no Brasil, serão apresentados aqui os resultados de uma pesquisa documental sobre a trajetória atual da AF.

Sabe-se que a formulação de políticas de AF no Brasil acontece prioritariamente no âmbito federal, representado pelo Ministério da Saúde (MS), através de pactuações com as outras esferas do governo, mas as esferas estaduais e municipais também possuem autonomia para formular políticas de AF que atendam as necessidades locais.

A AF é dividida em componentes: Básico (CB), Estratégico (CE) e Especializado (CEAF). Além disso, destaca-se o Programa Farmácia Popular do Brasil como uma das políticas prioritárias da atual gestão. Esse Programa visa ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos e se consolidou com uma rede própria de Farmácias Populares e em parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular". O CB é executado a nível estadual e municipal que têm como principal função a aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos da Atenção Básica. Cabe ao governo federal gerenciar o financiamento proveniente das três esferas. O CE, centralizado no MS, provê medicamentos e insumos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. O CEAF corresponde ao grupo de medicamentos que tem como principal característica a sua utilização em linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo MS. A AF se consolidou dentro do SUS, porém há muito ainda a ser feito e a maioria das ações relativas ao ciclo de AF ainda se encontram restritas à aquisição e distribuição de medicamentos. É necessário garantir ferramentas de informação sobre o uso correto de medicamentos, a criação de diretrizes e protocolos clínicos, atualmente muito restritos ao CEAF e a doenças de maior relevância pública, como a hipertensão e diabetes.

SESSÃO 13 – Sala B

11:30 – 13:00

Tema: Custos

18-F - Analyse de l'impact sur la prescription du déremboursement progressif des veinotoniques : une analyse en séries temporelles pour la France 1999-2009.

Catherine Sermet, Sylvain Pichetti e Christine Sorasith, France

sermet@irdes.fr

Résumé

A la suite d'une réévaluation du Service Médical Rendu de tous les médicaments remboursés par l'Assurance Maladie en France entreprise par la Haute Autorité de Santé entre 2001 et 2004, un grand nombre de médicaments ont été exclus de la Liste des Médicaments Remboursables. Parmi ceux-ci, les veinotoniques (Classe ATC C05AC) ont vu leur taux de remboursement passer de 35% à 15 % en mars 2006 avant d'être totalement déremboursés en janvier 2008. Une précédente étude utilisant des vignettes avait montré que les médecins envisageaient de substituer des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) aux veinotoniques dans l'hypothèse du déremboursement de ces derniers, ce qui, compte tenu des effets secondaires délétères des AINS, aurait pu avoir un impact négatif en termes de santé publique. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact de cette mesure sur la prescription des médicaments de la classe des veinotoniques et sur la prescription de possibles substituts, tant médicamenteux (AINS, antalgiques, homéopathie) que non médicamenteux (bas de contention).

Méthodes: Les données de prescription sont issues de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale réalisée chaque trimestre entre 1999 à 2009 par IMS Health sur un échantillon trimestriel de 850 médecins généralistes et

spécialistes. Dans cette enquête, les médecins interrogés renseignent d'une part le diagnostic ou le motif de la séance et d'autre part l'ensemble de leurs prescriptions. Pour cette étude, nous avons sélectionné les patients qui présentaient au moins un diagnostic d'insuffisance veineuse (code CIM 10 I80 à I87).

Nous avons réalisé une régression linéaire segmentée pour déterminer les changements tant en termes de niveau qu'en termes de tendance des taux de prescription de chacune de classes thérapeutiques incluses dans l'étude.

Résultats: A la suite de la diminution du taux de remboursement à 15 % intervenu en mars 2006, le taux de prescription des veinotoniques a diminué de façon significative : environ 1/3 des patients consommateurs réguliers de veinotoniques ont cessé de s'en faire prescrire. La diminution a en revanche été massive après janvier 2008 qui marque le déremboursement complet de cette classe thérapeutique.

Nous avons observé une augmentation des prescriptions pour deux thérapeutiques de substitution. Le taux de prescription des bas de contention a augmenté de 3.3 % par trimestre en 2006 et de 2.1 % après 2008. Seuls les médicaments homéopathiques destinés à soulager les insuffisances veineuses ont vu leur taux de prescription augmenter de 0.8% en janvier 2008. Les taux de prescription des AINS et des antalgiques n'ont en revanche pas évolué de manière significative au moment des baisses de taux ou du déremboursement.

Conclusions: L'analyse de cette classe thérapeutique particulière pour laquelle il n'y a pas vraiment de substitution médicamenteuse appropriée a permis d'invalider les résultats d'une étude antérieure aux déremboursements qui prédisait une substitution par des classes thérapeutiques dangereuses pour la santé publique.

Cette étude fait suite à un travail de même nature réalisé sur la classe des mucolytiques et des expectorants qui a mis en évidence un report inapproprié sur la classe des antitussifs.

Ces résultats très différents incitent à la prudence dès qu'il s'agit de prévoir l'impact d'une politique de déremboursement et plaident en faveur d'études spécifiques pour chaque classe thérapeutique déremboursée.

28-B - Le coût des produits médicaux des interventions chirurgicales dans le bloc opératoire d'un hôpital général.

Pol Leclercq, C. Delo, V. Biloque, D. Martins, M. Pirson, Belgique

73-M - Aproximación cualitativa del abasto de medicamentos a partir de la experiencia de los trabajadores. Implicaciones en el acceso de usuarios no asegurados en México.

José Arturo Granados Cosme, Sergio López Moreno, Ángeles Garduño Andrade, Edgar C. Jarillo Soto, Oliva López Arellano; José Alberto Rivera Márquez, Carolina Tetelboin Henrion, México

160-BR - Equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão como modelo para viabilizar o acesso aos medicamentos no sistema público de saúde brasileiro.

Rodrigo Fernandes Alexandre, Ivan Ricardo Zimmermann, Roberto Eduardo Schneiders, Mileine Mosca, José Miguel do Nascimento Júnior e Carlos Augusto Graboys Gadelha, Brasil

SESSÃO 14 – Sala C

11:30 – 13:00

Tema: População Idosa e Consumo de Medicamentos

118-P - Promoção do envelhecimento activo ao nível local.

Maria João Bárrios, Portugal

126-P - Saúde e gestão da doença na população idosa portuguesa: uma análise de género sobre o INS.

Rita Burnay, Portugal

SESSÃO 15 – Sala D

11:30 – 13:00

Tema: Quelle politique du médicament pour garantir un système social de santé ?

Sessão organizada : Michel Mahaux, Santhea, Belgique

S3-B-13-B - Quelle politique du médicament pour le système social de santé ? Le cas de la Belgique.

Jean-Marc Laasman, Belgique

S3-B-14B - L'instauration d'un forfait pour les médicaments consommés par le patient hospitalisé : avantages et limites du système.

Marina Lietar, Cécile Kestens, Belgique

S3-B-15B - Quelles limites à l'intervention de l'assurance maladie ? Un débat concret mené actuellement en Belgique.

Michel Mahaux, Belgique

68-P - A Farmacologização do Quotidiano e os Dilemas para as Políticas de Saúde.

Noémia Lopes, Telmo Clamote, Hélder Raposo, Elsa Pegado e Carla Rodrigues, Portugal

O medicamento ocupa um lugar central nas representações sobre a saúde e a doença. Nas últimas décadas, o uso deste recurso terapêutico tem aumentado continuamente (Plano Nacional de Saúde, 2011-2016, Política do Medicamento, Dispositivos Médicos e Avaliação de Tecnologias em Saúde). Uma parte desse aumento é indissociável do crescimento das doenças crônicas e da crescente longevidade. Porém, outra parte resulta de significativas mudanças nas culturas terapêuticas, e que se traduz em novos usos do medicamento. É o caso do consumo recorrente de medicamentos para debelar sintomas comuns – que ainda há poucas décadas se mantinham dissociados da oferta farmacológica – e de que o atual uso generalizado de analgésicos é um dos exemplos paradigmáticos; também o investimento na prevenção é, em larga parte, gerido com recurso ao medicamento, diluindo, neste último, o seu estrito confinamento cultural à doença e expandindo-lhe o uso para a saúde e para a sua promoção. O uso do medicamento deixa então de simbolizar a fronteira entre a saúde e a doença, entre o normal e o patológico. Como corolário deste novo quadro cultural de adesão ao medicamento, pode acrescentar-se a disseminação e visibilidade do seu uso, já não apenas para a prevenção, mas também para a superação dos limites naturais, para a melhoria da performance, de que são exemplo as designadas *smart drugs*. É este contexto social que consubstancia o fenómeno da farmacologização, tal como tem sido conceptualizado pelas teorias sociológicas.

A presente comunicação propõe-se apresentar uma reflexão sobre a crescente farmacologização do quotidiano, perspectivada como um dos lados do dilema que desafia as políticas de saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A apresentação terá por suporte os resultados de uma investigação, já concluída, sobre Consumos Terapêuticos em Portugal, abrangendo consumos farmacológicos e naturais. Tratou-se de um estudo a nível nacional, com uma amostra representativa, que decorreu entre 2007-2010, financiado pela FCT/MCTES e pelo INFARMED. Os resultados apontam para um crescente recurso a medicamentos naturais, ou a outros produtos similares, cujo consumo não substitui o uso dos produtos farmacológicos; pelo contrário, verifica-se que a adesão aos primeiros tende, frequentemente, a propiciar a conjugação dos dois tipos de consumos, numa lógica de opções de pluralismo terapêutico, em crescimento. Constatou-se que o pluralismo terapêutico e a farmacologização constituem duas tendências, de sinal aparentemente contrário, em matéria de consumo de medicamentos, mas que produzem efeitos convergentes na multiplicação do consumo e na multiplicação das suas distintas finalidades. Constituem a expressão de uma nova fenomenologia cultural de ampliação das formas de adesão ao medicamento e às inesgotáveis razões para o seu uso terapêutico, preventivo ou performativo. Em matéria de políticas de saúde, o dilema também se amplia: manter as mesmas fórmulas de promoção do uso racional dos recursos, ou repensar a sua eficácia perante o quadro de novas racionalidades no uso dos medicamentos?

SESSÃO 16 – Sala E

11:30 – 13:00

Tema: Acessibilidade

22-BR - Critérios determinantes para a incorporação de novos medicamentos em hospitais universitários: o caso de um estado brasileiro.

Elisangela da Costa Lima-Dellamora, Rosângela Caetano e Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, Brasil

A incorporação de novos medicamentos de forma acrítica e seu uso inadequado implicam riscos para os usuários e comprometem a efetividade dos sistemas sanitários. A preocupação sobre como ocorre esta incorporação acentua-se com o conhecimento de que as escolhas feitas têm impactos nos gastos em saúde, em permanente ascensão. O

objetivo da presente comunicação é a análise dos critérios que vem determinando a seleção de novos medicamentos em hospitais públicos universitários brasileiros.

No Brasil, os hospitais universitários possuem grande importância no desenvolvimento, adoção e avaliação destas tecnologias em saúde, (ATS) por realizarem atividades de ensino e pesquisa e proverem atenção de alta complexidade. Entre os anos de 2003 e 2005, observou-se um aumento de 10% no número de internações de alta complexidade e de 18% nos valores pagos por estas internações, embora o total de internações no país não tenha se elevado, apontando para a importância da densidade tecnológica associada a essa atenção.

Neste contexto, a ATS, como instrumento de auxílio à tomada de decisões, assume maior importância, considerando a dimensão do mercado farmacêutico brasileiro com mais de 12.000 especialidades farmacêuticas. A Organização Mundial da Saúde preconiza o estabelecimento de fóruns multiprofissionais nos Serviços de Saúde e a utilização de critérios definidos para a avaliação de novos medicamentos. Contudo, faltam estudos sobre a existência, estrutura e metodologia de trabalho destes comitês, geralmente denominados Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT).

Realizou-se uma pesquisa qualitativa em quatro hospitais universitários de grande porte e do estado do Rio de Janeiro, vinculados a instituições públicas de ensino superior. As informações foram coletadas a partir de análise documental, entrevistas com informantes-chave – Diretores, Chefes de Serviços de Farmácia e membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica – e observação direta de reuniões de comitês multidisciplinares, quando existentes nestas instituições.

Utilizando por base o estudo de Booth-Clibborn e colaboradores, buscou-se a identificação de variáveis com potencial de influenciar a incorporação dos medicamentos novos. As informações obtidas foram analisadas quanto ao conteúdo conforme Bardin, sendo possível a identificação de um conjunto de núcleos de sentido que foram cotejados a pré-categorias oriundas de uma matriz de análise elaborada a partir de revisão bibliográfica sobre o tema e cotejamento de informações a um padrão nacional. A referida matriz orientou a apresentação dos resultados e discussão dispostos adiante.

Observou-se que apenas metade dos hospitais investigados utiliza critérios de seleção. Nestes, mesmo com a alusão pelos entrevistados sobre a avaliação de *eficácia, segurança e custo*, notou-se que os tomadores de decisão se eximiam da análise aprofundada destes atributos, favorecendo, por outro lado, as relações políticas no hospital. Raramente, a necessidade de incorporação dos novos medicamentos esteve fundamentada. As alternativas terapêuticas, se registradas no país e indicadas por especialistas, eram facilmente incorporadas. A única restrição pareceu ser o custo do medicamento. Outros critérios considerados, de forma bastante subjetiva, relacionam-se ao *tipo* de medicamento e à *posição institucional do solicitante*. Porém, em alguns casos, esforços de marketing do fabricante, sensibilizando um maior número de profissionais da instituição, dava força ao pedido de inclusão e facilitava sua incorporação, independente do custo.

A inabilidade em gerir as tecnologias de alto custo nestas instituições de grande porte pareceu similar a outros casos estudados no âmbito brasileiro. Sancho e Vargens observaram limitações dos gestores em uma avaliação de gastos de um programa no estado de Minas Gerais. Scheffer concluiu que a incorporação de novos antiretrovirais no Brasil não foi precedida da sua avaliação econômica (como custo-efetividade e custo-benefício), predominando a análise de informações de estudos científicos patrocinados pelo produtor da tecnologia. Gertner entrevistou informantes do Ministério da Saúde e acompanhou o trabalho de uma empresa responsável por análises econômicas para a indústria farmacêutica. O autor concluiu que os funcionários da empresa procuravam encontrar ou construir, a partir de parâmetros conhecidos, uma demanda para o medicamento dentro do sistema público, criando assim um novo mercado.

O número de trabalhos que descrevem outras experiências internacionais também é limitado e indica que a falta de critérios e de conhecimento dos membros acerca das metodologias de avaliação influencia as atividades das CFT em hospitais australianos, suecos e canadenses, sendo que nestes últimos foram especificadas as dificuldades quanto aos estudos farmacoeconômicos. Uma revisão identificou o orçamento fechado das instituições e a falta de competência técnica dos membros como barreiras relativas à atividade de seleção por CFT. Tais informações sobre as dificuldades vivenciadas em países com importante grau de amadurecimento de seus serviços evidenciam a complexidade deste processo.

O presente estudo forneceu informações relevantes sobre a incorporação de novos medicamentos em hospitais universitários. Os métodos de avaliação dos novos medicamentos eram inadequados nos hospitais estudados e podem estar comprometendo as atividades de assistência farmacêutica empreendidas nestas unidades, trazendo consequências a todo o sistema de saúde. Respeitados os limites do estudo, estima-se que dificuldades semelhantes poderão ser encontradas em outros estados do país.

70-M La reforma a las políticas de salud y el fortalecimiento del suministro de los medicamentos

Georgina Contreras Landgrave, Carolina Tetelboin Henrion, México. geoland@web.de

Objetivo. Describir el fortalecimiento del suministro de los medicamentos que ha dado la reforma a las políticas de Salud en los servicios locales mexicanos.

Contexto y descripción del problema. Desde los años setentas del siglo pasado, iniciaron las reformas al Estado en la región de América Latina. En cada país esta Reforma ha tenido tiempos y comportamientos diferentes considerando las características propias de cada uno, pero en esencia la reforma se ha aplicado. En México inició con modificaciones a la

Constitución Políticas al reconocer en ella el derecho a la salud de todos los mexicanos, continuó con la emisión de normatividad que contribuyó a la descentralización a las diferentes entidades federativas de los servicios de salud y los protocolos de atención por los integrantes del ahora sistema nacional de salud descentralizado. Dentro de las últimas reformas está el surgimiento de un programa denominado Sistema de Protección Social en Salud denominado operativamente Seguro Popular de Salud (SPS) y es el que a través de él se continúa haciendo adecuaciones a la operación del Sistema de Salud considerando para ello los criterios establecidos a nivel internacional.

Marco teórico metodológico. Se procedió a conocer cómo se lleva a cabo la implementación del SPS en los servicios locales de salud ubicados en la zona oriente del Estado de México. Se revisó la normatividad del programa emitida a nivel nacional y estatal la cual se sistematizó y se formuló una guía de preguntas que se aplicaron a los funcionarios, prestadores y usuarios de los servicios dentro del programa. Se analizaron las respuestas identificando cuáles han sido las modificaciones que se han introducido en los servicios locales de salud con la implementación del programa sacando conclusiones.

Resultados. Los resultados encontrados muestran que con la implementación del Seguro Popular de Salud en los servicios de primer nivel de atención, el rubro que mejoró es el surtimiento de medicamentos dejando de lado el resto de elementos que se considera en la atención de los usuarios; a diferencia, en el segundo nivel de atención donde sí hubo mejoras con mayor cobertura.

Discusión. En los servicios locales de salud, con la implementación del SPS no han existido mejoras en la calidad de atención como está estipulado en la normatividad correspondiente, siendo solamente en el rubro de suministro de medicamentos; sin embargo las mejoras sí están reportadas en el segundo nivel de atención.

Conclusión: Se deben poner atención en todos los indicadores que están comprendidos en la atención a la salud de la población que acude al primer nivel de atención.

167- BR - **Assistência Farmacêutica no Brasil: uma análise das políticas de acesso a medicamentos.**

Ana Paula Cavalcante de Oliveira, Kathiaja Miranda Souza, Marina Gonçalves de Freitas, Christine Koury e Cristianne Maria Famer Rocha, Brasil. anap.oliveira@saude.gov.br

A Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil passou por diversas mudanças e evoluiu ao longo das últimas décadas, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como premissa a garantia de acesso a medicamentos, tal como expresso nos Objetivos do Milênio (ODM). Na perspectiva pública brasileira, a AF atua nas três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) que tem competências e atribuições específicas que se complementam. O marco legal da AF é representado pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, que visa promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos. Desde então, as políticas de AF objetivam atender à PNM e aperfeiçoar a assistência ao usuário. Com o objetivo de analisar a atual situação das políticas de acesso a medicamentos no Brasil, serão apresentados aqui os resultados de uma pesquisa documental sobre a trajetória atual da AF.

Sabe-se que a formulação de políticas de AF no Brasil acontece prioritariamente no âmbito federal, representado pelo Ministério da Saúde (MS), através de pactuações com as outras esferas do governo, mas as esferas estaduais e municipais também possuem autonomia para formular políticas de AF que atendam as necessidades locais.

A AF é dividida em componentes: Básico (CB), Estratégico (CE) e Especializado (CEAF). Além disso, destaca-se o Programa Farmácia Popular do Brasil como uma das políticas prioritárias da atual gestão. Esse Programa visa ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos e se consolidou com uma rede própria de Farmácias Populares e em parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular". O CB é executado a nível estadual e municipal que têm como principal função a aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos da Atenção Básica. Cabe ao governo federal gerenciar o financiamento proveniente das três esferas. O CE, centralizado no MS, provê medicamentos e insumos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. O CEAF corresponde ao grupo de medicamentos que tem como principal característica a sua utilização em linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo MS. A AF se consolidou dentro do SUS, porém há muito ainda a ser feito e a maioria das ações relativas ao ciclo de AF ainda se encontram restritas à aquisição e distribuição de medicamentos. É necessário garantir ferramentas de informação sobre o uso correto de medicamentos, a criação de diretrizes e protocolos clínicos, atualmente muito restritos ao CEAF e a doenças de maior relevância pública, como a hipertensão e diabetes.

SESSÃO 17 – Sala F **11:30 – 13:00**

Tema: Planejamento

49-BR - **Planejamento em Saúde em instituição hipercomplexa da Bahia, Brasil: espaço político e estratégico para a construção dos instrumentos de gestão.**

Sisse Figueredo de Santana, Marluce Maria Araújo Assis e Washington Luiz Abreu de Jesus, Brasil

78-BR - Planejamento em saúde no Sus: o caso da secretaria da saúde do Estado da Bahia (2007-2009).

Washington Luiz Abreu de Jesus e Carmen Fontes Teixeira, Brasil

96-BR - Processo de negociação intergestores: o retrato de uma programação pactuada integrada de assistência à saúde.

Luciana Torres Peixoto e Thereza Christina Bahia Coelho, Brasil

103-BR - Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no Estado da Bahia.

Silvone Santa Bárbara e Cristina Maria Meira de Melo, Brasil

Resumo

Este estudo avalia a capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica (VE) no estado da Bahia, Brasil, a partir de três dimensões: operacional, organizacional e sustentabilidade. Dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, questionários e análise de documentos. A pesquisa demonstrou que a pronta operacionalização dos recursos financeiros somada a uma maior autonomia no processo decisório confere uma melhor capacidade de gestão de VE. Existe uma expressiva variação nessa capacidade entre municípios e macrorregiões, determinada pelas desigualdades sociais e econômicas.

Resumen

Este estudio evalúa la capacidad de gestión descentralizada de la Vigilancia Epidemiológica (VE) en Bahía, Brasil, a partir de tres dimensiones: operacional, organizacional y de sostenibilidad. Han sido aplicados entrevistas, cuestionarios y análisis documental. La investigación demostró que el pronto consumo de los recursos financieros añadido a la mayor autonomía en el proceso de toma de decisiones conlleva a una mejor capacidad de gestión de la VE. Hay una variación significativa en la capacidad de gestión entre las ciudades y regiones del país, determinado por las desigualdades sociales y económicas.

Hora : 14:00 – 15:30 Espaço Poster

1- Une réflexion sur la prescription de neuroleptiques en institution gériatrique de long-séjour et sur ses liens avec le fonctionnement institutionnel.

Ennio Cocco, France

e.cocco@ch-hautbugey.fr

Si tratterebbe di una riflessione, a partire dai contributi disponibili in letteratura ma anche sulla base di dati della EHPAD in cui l'autore opera come psichiatra consulente, intorno al gap oggi esistente tra pratiche prescrittive da parte dei medici (psichiatri e non) da un lato e assetto organizzativo dall'altro, in particolare con riguardo alla ricezione da parte del personale di una filosofia volta alla interdisciplinarietà (o anche se si vuole alla collegialità in senso lato) e alla ricezione sempre da parte dei professionisti delle odierne preoccupazioni gestionali legate grosso modo alla esigenza sempre maggiore di razionalizzazione dei servizi sociosanitari.

2- Gestão da Assistência Farmacêutica em desastres: um estudo em três municípios da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro/Brasil.

Paula Pimenta de Souza, Elaine Silva Miranda e Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro, Brasil

3- Optimisation dans l'utilisation des moyens de contraste en TC multidétecteur.

Giovanni Mazzoni, Luigi La Riccia, Daniele Aramini, Damiano Ciriaci e Barbara Damen, Italia

g.mazzoni@univpm.it

L'exposition aux radiations est un grave problème de santé publique. La tomographie informatisée (CT) contribue de manière incisive à l'augmentation de la dose de radiation administrée à la population. À cause de ce phénomène inquiétant, la communauté radiologique a focalisé son attention sur le développement de techniques TC qui pourraient réduire au minimum l'exposition aux radiations X des patients soumis à cette typologie d'exams. L'une des méthodes adoptées pour réduire la dose d'exposition aux radiations est l'application de tensions du tube à rayons X inférieures aux valeurs normalement utilisées dans les exams qui impliquent l'utilisation de moyens de contraste (MdC) (organo-iodés); cela rend possible d'améliorer le renforcement des structures vasculaires et des parenchymes. Ici seront présentés certaines exemples d'études TC effectuées avec une technique à basse kilo-tension qui démontrent comment

l'utilisation des MdC à forte concentration, associée à des techniques TC avec une basse kilo-tension, permettent de réduire la dose administrée, sans cependant modifier l'importance diagnostique de l'examen. MOYENS DE CONTRASTE: DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES. Les moyens de contraste sont des substances qui une fois introduites dans l'organisme en modifient l'aspect de contraste naturel et rendent possible de mettre en évidence certains organes et structures par rapport à ceux qui les entourent. Ceux-ci modifient le nombre atomique moyen des régions anatomiques où ils se distribuent et ils en permettent une étude morphologique et dans certains cas, même une étude fonctionnelle (vascularisation et perfusion d'organes en fonction du temps, morphologie et fonctionnalité du système artériel et veineux, morphologie et fonctionnalité du système d'excrétion, etc). Au cours des années l'évolution des moyens de contraste, a suivi l'évolution des techniques de diagnostic par images et leur emploi concerne soit la Radiologie Conventionnelle soit la Tomographie Informatisée, soit la Résonance Magnétique soit la Radiologie Interventionnelle. Pour ce qui concerne les méthodes qui utilisent des radiations ionisantes, les moyens de contraste peuvent être classifiés selon des critères différents: on peut par exemple les distinguer entre positifs et négatifs (selon qu'ils impliquent une augmentation du nombre atomique moyen ou une réduction), naturels ou artificiels, par rapport à l'élément à nombre atomique élevé qui les caractérisent (baryum, organo-iodés, etc), ou alors en fonction du moyen d'administration (intravasculaires et intraluminaux). A présent, des moyens de contraste non ioniens sont utilisés dans plus de 95% des enquêtes urographiques, angiographiques et de tomographie informatisée. TOMOGRAPHIE INFORMATISÉE ET MDC. La Tomographie Informatisée (TC) aussi bien que la Résonance Magnétique (RM) ont révolutionné la diagnostic par images des dernières décennies, et ils ont rendu possible une vision détaillée de sections du corps humain, en dépassant ainsi la visualisation projective de la radiologie conventionnelle; des premières générations TC à couche unique on est passé aux actuelles TC multicouche qui peuvent produire des images de haute définition d'une zone corporelle toute entière avec des temps d'acquisition extrêmement réduits, en fournissant des informations anatomiques et fonctionnelles qui auraient été inimaginables auparavant. Un aspect lié à des telles évolutions est celui de la gestion du moyen de contraste: la rapidité d'administration et les caractéristiques physico-chimiques du moyen choisi, doivent se concilier et s'harmoniser avec la technique d'examen (rapidité du scannage, temps de retard, etc.). Les paramètres qui concernent les moyens de contraste administrés par voie parentérale qui demandent une optimisation pour toute typologie d'examen TC peuvent être schématisés de cette manière⁽ⁱ⁾: 1) Volume de m.d.c. V (ml) – 2) Vitesse du flux F (ml/s) – 3) Retard du scannage (delay time) D (s) – 4) Saline N (ml) – 5) Position X de la ROI pour le Bolus triggering – 6) Concentration C (mg Iode/ml) – 7) Viscosité (kP). Les paramètres 1, 2 et 3 sont relatifs au mode d'injection et dépendent soit de la typologie d'examen soit des caractéristiques du patient objet d'étude (poids corporel, perméabilité de l'accès veineux, etc.); l'emploi d'un bol de saline (ou solution physiologique) – Le point 4 est souhaitable parce que elle permet de maximiser le renforcement, en rendant possible l'utilisation de volumes inférieurs de m.d.c. Le paramètre 5 peut être utilisé au lieu du paramètre 3, et pour les études angiographiques il est souhaitable au lieu du delay time; les paramètres 6 et 7 font partie des caractéristiques propres du m.d.c. et appartiennent au produit choisi. En général, les produits à forte concentration, sont préférables parce qu'ils permettent d'obtenir un certain renforcement avec des quantités réduites, même s'ils sont accompagnés par une viscosité élevée qui en rend nécessaire le réchauffement à température corporelle pour réduire les réactions défavorables. TOMOGRAPHIE INFORMATISÉE ET DOSE. L'évolution de la technique d'enquête de la TC, si elle a d'un côté mis à la disposition du clinique une large variété d'enquêtes radiologiques toujours plus diversifiées et sophistiquées, elle a tout de même rendu plus difficile l'application des principes de rationalité et pertinence de l'examen, en rendant évident le problème de la dose de radiation qui accompagne toute procédure radiologique et la TC en particulier; cela a poussé les médecins du domaine radiologique et les entreprises qui produisent les scanners tomographiques à réduire la dose tout en préservant une qualité diagnostique efficace selon le principe ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*). L'une des méthodes pour réduire la dose de radiation est l'application d'une tension du tube inférieure à la valeur employée habituellement. Cette technique se fonde sur le principe que l'exposition, et donc la dose administrée, est une fonction linéaire de l'intensité de courant, mais elle est proportionnelle au carré de la kilo-tension du tube; donc, si l'on réduit les kVp et l'on prévoit une augmentation de l'intensité de courant on obtient une réduction significative de la dose ($Dose \propto mAs \times kVp^2$). La tension du faisceau de 80 kVp produit des photons avec une énergie moyenne très proche de la valeur du k-edge du iode (33,2 keV), cela maximise la probabilité d'un effet photoélectrique et augmente le renforcement des moyens de contraste organo-iodés⁽ⁱⁱ⁾. Le problème principal de cette technique à basse tension est une augmentation générale du bruit de l'image, en particulier dans les examens TC des régions abdominale et pelvique. L'augmentation du bruit de l'image implique une réduction de la qualité de l'image et une diminution de la précision diagnostique; il faut faire particulièrement attention en cas d'examens TC sur des patients très volumineux⁽ⁱⁱⁱ⁾, puisque le bruit de l'image dû à l'augmentation de l'épaisseur des tissus serait encore plus dégradé par une technique à basse tension. Malgré ça, pour ce qui concerne les patients normaux ($\leq 75\text{Kg}$), cette dégradation ne compromet pas l'utilité diagnostique des examens menés avec des moyens de contraste organo-iodés: certaines enquêtes^(iii, iv) ont démontré que l'utilisation de kilo-tensions réduites comporte une meilleure visualisation des structures perfusées^(v) par le moyen de contraste par rapport aux structures environnantes. Il est toutefois évident si l'on considère l'iconographie proposée que la réduction de la kilo-tension produit une dégradation de l'image due à une augmentation du bruit; cet effet peut être toléré d'un point de vue clinique et partiellement réduit et compensé par une sélection soignée des patients normaux et contrôlé par une modulation automatique de l'intensité de courant. Cette technique est actuellement utilisée aussi par notre Institut, où des examens

TC à basse kilo-tension sont menés avec tous les patients qui présentent des conditions que l'on a décrit plus haut dans la page, c'est-à-dire des patients sélectionnés et avec une situation clinique qui comporte des enquêtes avec moyens de contraste TC dans des différentes régions corporelles. CONCLUSIONS. L'emploi des moyens de contraste a permis une plus grande fiabilité diagnostique des examens radiographiques et en particulier avec TC; aujourd'hui l'utilisation de moyens non ioniques rend l'examen radiologique plus sûr et rarement il se vérifie des complications par la suite. Cette exigence d'une réduction de la dose d'exposition (ALARA) rend les techniques à basse kilo-tension toujours plus diffusées, lesquelles permettent une réduction de l'exposition du patient et d'utiliser les moyens de contraste sur plusieurs structures, mais elles produisent aussi une augmentation du bruit des images sans que, malgré tout, cela en altère la fiabilité diagnostique.

4- La gestion des situations de crise palliative en milieu gériatrique : L'expérience d'un établissement médico-social dans le canton de Vaud, Suisse.

Domingos Correia de Oliveira e Alcina Maria Matos Queiros, Suisse

5- Avaliação da implementação de um Sistema de Informação de Gestão (SIG_CHS) aplicado à gestão de cuidados de saúde.

Teresa Magalhães e Miguel Lopes, Portugal

teresa.magalhaes@chs.min-saude.pt

Objetivos : No atual contexto de contenção orçamental possuir informação relativa à prestação dos cuidados de saúde é um fator essencial para uma boa gestão assente no princípio base de "produzir mais e melhor com os recursos existentes".

Nesta ótica, foi construída, desenvolvida e implementada no ano 2010 a ferramenta SIG_CHS, que teve como objetivo principal assegurar a disponibilização de informação agregada e estruturada aos diferentes agentes decisores e os seguintes objetivos específicos:

- § Disponibilizar informação com elevada dimensão de análise e níveis de agregação;
- § Disponibilizar diariamente a síntese de indicadores, relatórios gráficos, sinalizadores de execução e desvios da atividade produtiva e orçamento face ao definido;
- § Desenvolvimento de um modelo avaliação custos/proveitos ao nível da organização, departamento e serviços;
- § Promover a revisão de processos internos suportados na auditoria contínua ao registo das atividades.

Contexto e descrição do problema : Após o investimento em sistemas de informação (SI) nas áreas clínicas e áreas de suporte, existia a necessidade de integrar e relacionar um conjunto de informação existente em diversas bases de dados, nomeadamente: produção, recursos humanos, farmácia, aprovisionamento e financeiros, permitindo o acesso a informação fiável e em tempo real para suporte às decisões da gestão de topo e gestão operacional.

No CHS tomou-se a decisão de desenvolver uma solução que agregasse a informação existente nas várias bases de dados de forma normalizada, com baixo investimento, mas com elevada rentabilidade, visando produzir informação de apoio à decisão clínica com detalhe ao nível do custo/benefício que permitisse ajustar a estrutura produtiva ao financiamento em vigor e identificar oportunidades de melhoria contínua e uma cultura de mudança.

Metodologia A metodologia de construção e implementação do SIG_CHS contemplou o tratamento dos dados da atividade assistencial extraídos da base de dados SONHO e construção de módulos agregadores de informação por área funcional (consulta, internamento, hospital dia, urgência, ambulatório, bloco operatório, GDH), programas de saúde (interrupção voluntária da gravidez, doentes HIV/Sida, hemodiálise, diálise peritoneal, tratamento cirúrgico da obesidade), construção dos módulos de tratamento dados provenientes de outras fontes de informação (farmácia, recursos humanos, logística, financeiros) e módulo de auditoria. Por último a construção do módulo controlo de gestão, reflete a produção realizada, sua valorização estimada e respectivos custos diretos e indiretos por serviço e linha de produção, de acordo com as regras vigentes e legislação aplicável.

Resultados/discussão : Esta ferramenta permitiu a obtenção em tempo real de resultados dos indicadores chave assistenciais e financeiros previamente definidos (síntese de indicadores), face ao período homólogo e ao contratualizado, permitindo a visualização da performance do desempenho por níveis de cumprimento passando a suportar a rotina de acompanhamento permanente.

Aprofundou-se o controlo de gestão económico-financeiro com definição de um modelo de custos e proveitos explorado ao nível da organização e serviço demonstrando-se que é possível apurar, em tempo real, proveitos e custos diretos e indiretos, resultante da atividade assistencial, o que se revestiu de factor de inovação associado a este projeto.

Este projeto contribuiu decisivamente para o desenvolvimento da contratualização interna com os serviços, permitindo ter mais e melhor informação para atuar com os responsáveis dos serviços em diversas áreas, a par de uma mudança da cultura da instituição no assumir a informação como fator essencial de gestão.

No ano 2010 foi possível obter um retorno na redução da despesa com materiais de consumo (medicamentos e material clínico) de 0,4% (equivalente a -84.856,00EUR) e em 2011 de -10,84% (equivalente a aproximadamente - 3.500.000,00EUR).

Conclusões : Este projeto pela sua relevância e enfoque na agregação de informação tornou-se uma ferramenta poderosa na deteção precoce de problemas permitindo atuar de imediato através de medidas corretivas, obtendo-se também uma melhoria significativa no reporte e acompanhamento dos serviços (produção e custos).

Tendo sido assumido como prioridade estratégica de gestão a implementação desta ferramenta permitiu a obtenção de um conhecimento profundo e ajustado à realidade da instituição. A par do acompanhamento de custos foi possível começar a atuar de forma sistemática na melhoria de processos, nomeadamente: faturação através da implementação de auditorias aos registos de produção; reorganização dos processos produtivos; qualidade e valor para o utente maximizando a sua eficiência e realização de estudos por entidade de agrupamento (por patologia, por produto, por localização geográfica, entre outros).

Em síntese podemos concluir que a utilização do SIG_CHS permitiu uma melhoria organizacional e assegurará no futuro a identificação de linhas de produção ou produtos de intervenção prioritária assim como um benchmarking ao nível da prestação dos cuidados de saúde.

6- Formulação de políticas de financiamento de medicamentos: implicações do institucionalismo histórico para um modelo de análise.

Sofia Crisóstomo, Portugal

sofiacrisostomo@gmail.com

Objetivos da investigação: Estabelecer um modelo para a análise das variações no processo de desenvolvimento e formulação de políticas públicas de financiamento de medicamentos.

Contexto e descrição do problema: A fim de proteger os cidadãos contra o risco de gastos excessivos com medicamentos e garantir um acesso universal aos mesmos, existem em todos os países da União Europeia (UE) políticas de financiamento de medicamentos (Kanavos et al., 2011; Vogler et al., 2008). As políticas de financiamento de medicamentos foram sendo desenvolvidas ao longo do tempo (González López-Valcárcel, 2005), pelo que, apesar de todos os governos expressarem objetivos de eficiência e equidade nesta área, as políticas de financiamento de medicamentos caracterizam-se, atualmente, por uma grande diversidade, tanto em termos de fórmulas de partilha do custo dos medicamentos, como de mecanismos especiais de proteção das populações mais vulneráveis (González López-Valcárcel, 2005; Kanavos et al., 2011; Vogler et al., 2008), apresentando variações consideráveis mesmo entre países com semelhanças históricas e institucionais.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados: Os estudos na área da política de saúde, em particular das políticas nacionais de financiamento do sistema de saúde e da prestação de cuidados de saúde, aportam importantes contribuições para a compreensão do processo de desenvolvimento, tomada de decisão e formulação das políticas de financiamento de medicamentos. No entanto, e apesar de reconhecer que os fatores comumente avançados para explicar o desenvolvimento de políticas na área da saúde, influenciaram de facto essas políticas nalguns países e em alguns momentos, Hacker (1998) considera que a sua importância e os seus efeitos diferiram entre países e ao longo do tempo, e também não conseguem explicar totalmente por que motivo foram adotadas políticas divergentes. É portanto necessário considerar o contexto mais amplo da dinâmica política, o qual é reconhecido como influenciador das políticas adoptadas pelos governos (Hall e Lamont, 2009). A formulação das políticas de financiamento de medicamentos ocorre num contexto que dá sentido explicativo e histórico às próprias políticas, as quais respondem de uma forma complexa aos problemas do ambiente social, político e económico (Collins, Green, e Hunter, 1999). É realizada uma revisão sistemática do institucionalismo histórico, da sua aplicação à análise do processo de desenvolvimento e formulação de políticas públicas, com enfoque na área da saúde e em particular do financiamento de sistemas de saúde e prestação de cuidados de saúde.

Resultados e discussão: Com o objetivo explicar as variações encontradas nas políticas de financiamento de medicamentos, sugere-se um perspectiva explicativa baseada no institucionalismo histórico, sensível à complexa interação histórica de forças e interesses que levam os países a adotar determinadas políticas e que enfatiza o papel dos momentos e da sequência histórica. O modelo desenvolvido baseia-se em ambas as noções de dependência da trajetória e de conjunturas críticas, olhando para o desenvolvimento da política de financiamento de medicamentos não como um evento único ou uma série de diferentes lutas políticas, mas como um processo histórico contínuo em que as políticas públicas e as batalhas políticas do passado influenciam as políticas futuras, nomeadamente porque limitam o leque de possíveis opções subsequentes. O modelo também propõe a análise das instituições políticas formais através dos quais as políticas de financiamento de medicamentos têm que passar e que influenciam as janelas de oportunidade através das quais os grupos de interesse procuram fazer passar as suas preferências políticas. No entanto, o efeito das

instituições políticas não é constante, ou seja, os incentivos e constrangimentos criados pelas mesmas variam ao longo do tempo, interagindo com as estratégias e os objetivos que os diferentes atores procuram alcançar. As instituições políticas também não são estáticas, mudando ao longo do tempo, em resposta a tentativas deliberadas para alterá-las e como um subproduto da mudança social e política. Por isso, o modelo presta também atenção à sequência das mudanças políticas e à relação entre essa sequência e mudanças na estrutura do ambiente institucional, nas preferências para reforma e no universo e interesses dos atores.

Contribuições e interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais: Existe uma vasta literatura sobre o conteúdo e a avaliação das políticas de financiamento de medicamentos, mas não dispomos de evidência que permita explicar as trajetórias contrastantes dos processos de decisão e as diferentes opções políticas adotadas a nível nacional (Collins, Green, e Hunter 1999).

7 - Modelo de atenção no programa de controle da tuberculose:médico-centrado e (des)articulado na rede básica de saúde.

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia, Marluce Maria Araújo Assis, Tereza Cristina Scatena Villa, Brasil
anamargarette@yahoo.com.br

Introdução: A construção do Sistema Único de Saúde surgiu em decorrência do movimento da Reforma Sanitária que tinha como bandeira de luta o desejo de criar um modelo de saúde, que estivesse de acordo com os referenciais de vigilância à saúde. Logo, o movimento da Reforma Sanitária ao fazer crítica ao modelo biológico hegemônico vigente, com relação às práticas clínicas desenvolvidas, assinalou algumas alternativas, entre elas, a prevenção de agravos e promoção à saúde, norteadas pelos determinantes do processo saúde-doença. Contudo, promover as mudanças estruturais e romper com a prática procedimento-centrado, assim como, direcionar a produção do cuidado a um fazer integral e resolutivo é um grande desafio a ser perseguido na construção do modelo (ASSIS et al, 2010).

Objetivo: analisar o modelo de Atenção à Saúde no Programa de Controle da Tuberculose, (PCT) de um município da Bahia, Brasil, considerando o fluxo do atendimento, as práticas da equipe e a resolubilidade do problema demandado pelo portador de Tuberculose (TB).

Métodos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em uma perspectiva crítica e reflexiva, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática da prática. Os sujeitos do estudo foram 21 pessoas: organizadas em 02 grupos. Grupo I: trabalhadores de saúde (09) (médicos, enfermeiros, técnica de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde); Grupo II: usuários (09) que utilizavam os serviços ofertados pela Atenção Básica da Saúde (ABS), sendo escolhidos aleatoriamente, no momento da observação no campo. Os dados foram analisados mediante aplicação da análise de conteúdo temática.

Resultados e Discussão: Os resultados revelam que o modelo de atenção a saúde no PCT do município em estudo está pautado em três modelos, a saber: **nas práticas da equipe no PCT** onde o modelo de atenção tem sido desenvolvido dentro de uma lógica centrada na produção de procedimentos e em núcleos profissionais de forma desarticulada, de maneira particular médico-centrado; **no fluxo do atendimento** onde a maioria dos usuários tem buscado os hospitais públicos e privados, clínicas particulares e Unidade de Referência (UR) seguidos da atenção básica. Porém, a realização dos exames para diagnósticos e tratamento tem sido realizada na UR, onde está centralizada a atenção. No entanto, ficou demonstrado uma falta de articulação com as outras unidades de saúde (Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família) podendo levar a perda do usuário ou comprometimento da continuidade das ações e coordenação do cuidado; **e na Resolubilidade**, onde o acesso a alguns procedimentos tem sido dificultado denotando a fragilidade da ABS em garantir a resolubilidade dos problemas demandados pelos usuários. Contudo, os trabalhadores e usuários mostram-se satisfeitos com o atendimento realizado pela UR, onde está concentrado o atendimento.

Considerações finais: As unidades de Atenção Básica (PSF e o PACS) precisam se articular com o PCT, o que ainda não estão, e a descentralização das ações é uma estratégia importante, pois, além de aumentar a cobertura, torna-se favorável o contato entre doente, família e profissionais de saúde, facilitando a efetivação das medidas de controle, como a busca ativa de sintomáticos respiratórios, investigação de comunicantes e adesão ao tratamento. Além disso, a necessidade de construir um modelo de atenção humanizado que seja pautado pelas reais necessidades dos usuários, em que a atenção prestada tenha maior qualidade, buscando-se assim um cuidado que seja integral e que tenha como finalidade a resolubilidade das ações e dos serviços de saúde.

8 - O acesso aos medicamentos pela via judicial na literatura científica

Claudia Vargas , Francisco Rossi e Marení Rocha Farias, Brasil
cmvargasp@unal.edu.co

Contexto: O acesso e o financiamento dos medicamentos de alto custo nos sistemas de saúde, na atualidade são temas presentes nas discussões das políticas públicas dos países, tanto pelo impacto econômico quanto pelo impacto sobre a saúde pública. Ainda que os diferentes sistemas de saúde tenham definido estratégias para garantir aos seus usuários o acesso a este grupo de medicamentos, sem comprometer sua sustentabilidade financeira, nem sempre os pacientes acham satisfeitas suas demandas em saúde e, cada vez com maior frequência, recorrem à via judicial invocando a defesa do direito a saúde, para obter acesso ao tratamento.

Objetivo: Análise do contexto atual do acesso a medicamentos pela via judicial no panorama mundial.

Metodologia: Foi realizada uma busca na base de dados Pubmed utilizando como palavra chave (*judicialization OR "Patient Rights/legislation and jurisprudence"[MAJR] OR "Human Rights"[MAJR] OR "Judicial Role"[MAJR] AND ("Health Services Accessibility/legislation and jurisprudence"[MAJR] OR "Drugs, Essential"[MAJR] OR "Health Policy"[MAJR])*). Dos artigos recuperados foram revisados os títulos e resumos e classificados nas seguintes categorias: Definição do direito à saúde, definição financiamento de medicamentos nos sistemas de saúde, propriedade intelectual e preços de medicamentos, judicialização do acesso a serviços de saúde e judicialização do acesso a medicamentos. O último grupo de artigos, bem como referências citadas nestes, foram selecionados para a análise. .

Resultados: Como resultado da busca, foram recuperados 1283 artigos, 17 relacionados com o acesso a medicamentos pela via judicial. 15 dos estudos foram feitos no Brasil, um na Argentina e um na Colômbia. As entidades contra as quais se impetraram as ações judiciais correspondem às encarregadas do financiamento e gestão de recursos, e variam segundo o modelo do sistema de saúde em cada país. Na Argentina e na Colômbia, cujos sistemas de saúde baseiam-se em seguros de saúde, os seguradores foram alvo das ações. Na Colômbia, os hospitais (públicos ou privados) também são denunciados, no caso do Brasil cujo sistema de saúde é público, os 15 artigos apontam demandas judiciais contra os Estados. O suporte da decisão judicial também varia nos países, na Argentina são citados principalmente os convênios internacionais de Direitos Humanos, na Colômbia foram invocados os direitos à vida, à seguridade social e à saúde, e no caso do Brasil foi invocado o direito constitucional à saúde. Os medicamentos mais solicitados foram os relacionados com o tratamento para HIV, medicamentos para o sistema nervoso e o sistema cardiovascular, imunosupressores, e anticorpos monoclonais para o tratamento do câncer. Alguns dos itens estão considerados nas listas de medicamentos fornecidos pelos sistemas de saúde, encontrando-se casos de solicitações de tais medicamentos de fabricantes específicos ou para indicações não autorizadas ou para as quais a evidência de efetividade é fraca. No caso da Colômbia e do Brasil encontrou-se que a maioria das pessoas que impetram ações judiciais tem capacidade econômica. Chama a atenção o fato que existem casos de demandas por um medicamento em particular cuja assessoria se concentra em um mesmo advogado.

Discussão : Ainda que os estudos específicos sobre acesso a medicamentos pela via judicial são poucos, as informações disponíveis mostram que esta prática está gerando problemas relacionados tanto com o uso racional de medicamentos, quanto com a equidade do acesso aos serviços de saúde da população. Por outro lado, a discussão sobre temas relacionados a esta prática é ampla e considera diferentes pontos de vista (desde os direitos humanos, a prestação de serviços de saúde e a propriedade intelectual). O número reduzido de países de estudos aponta para a necessidade de um estudo exploratório específico visando comparar o comportamento deste fenômeno em diferentes países.

10- Pilotaje basado en la simulación a través de las TICs en pacientes, en centros de formación sanitaria dentro del marco del Proyecto Europeo SIMBASE.

Teresa Campos García, Miguel Castelo Branco, David Riley, Neil Warren, Ildiko Szogedi e Almudena de la Serna Bazán, España, Portugal, Gales e Hungria

11- Proposta para a implantação da Atenção Farmacêutica numa Farmácia Escola do Serviço de Saúde Público brasileiro.

Clarice Chemello e Aline Foppa e Mareni Rocha Farias, Brasil
clachemello@gmail.com

A partir da década de 60 o papel do farmacêutico começou a ser rediscutido, -redirecionado para a prática clínica. Em 1990, Hepler e Strand, em seu trabalho *Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care*, trazem à tona o "novo" papel do farmacêutico centrado no cuidado ao paciente, focado na responsabilização deste profissional pela prevenção e redução de problemas relacionados com os medicamentos para contribuir na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

A Atenção Farmacêutica (AtenFar) é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e

corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. Um dos macro-componentes da AtenFar é o Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) definido como um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário.

O modelo tradicional de prescrever e dispensar já não é o mais apropriado para garantir a segurança, efetividade e aderência ao tratamento. Cerca de 6% das admissões hospitalares são causadas por uma Reação Adversa a Medicamentos (RAM) o que poderia ser totalmente previsível se o paciente tivesse recebido as orientações adequadas no momento da dispensação. O exercício da AtenFar busca resolver o importante problema social da morbimortalidade relacionada com os medicamentos empregando um processo de cuidado centrado no paciente e uma responsabilidade profissional claramente definida como parte da equipe de saúde.

Entretanto, para que se desenvolva um serviço de SFT, primeiramente se deve ter uma dispensação efetiva, isto é, entregar o medicamento ao paciente com a correta e devida orientação sobre seu tratamento, sendo possível a partir dela observar a existência de problemas na farmacoterapia do paciente e a necessidade de encaminhá-lo à consulta farmacêutica (SFT).

Buscando a garantia da qualidade assistencial segundo Donabedian, o presente trabalho propõe mudanças na estrutura, no processo e se buscam resultados que promovam uma melhora no acesso e na continuidade da assistência (cuidado), bem como o Uso Racional de Medicamentos (URM) na Farmácia Escola UFSC/PMF (FE) no município de Florianópolis, Santa Catarina, a qual é o único estabelecimento que dispensa os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Como toda farmácia, esta deve estar estruturada conforme a legislação, as políticas de saúde e os conhecimentos científicos, visando desenvolver ensino e pesquisa. A FE atualmente não está estruturada de acordo com essas demandas e para constituir-se como escola, ela precisa representar um modelo de serviço farmacêutico adequado.

Objetivos: apresentar um projeto estruturado para desenvolver e organizar o serviço de SFT, formar e treinar os farmacêuticos na área de AtenFar, propor uma metodologia de trabalho multidisciplinar em rede (FE-Unidade Básica de Saúde-prescritor-paciente-Hospital Universitário), promover ações de educação de pacientes, ensino e vivência prática de acadêmicos de farmácia (futuros profissionais) durante o estágio, promover ações de Farmacovigilância e seu registro perante a ANVISA.

Resultados esperados: com a implantação e organização do serviço de SFT na FE em 2012, espera-se promover um melhor ensino nesta área, incentivar sua aplicação nos demais serviços de saúde do SUS e alcançar melhores resultados clínico-terapêuticos para o usuário.

Discussão: Com a implantação desse serviço, considerando a integralização da assistência farmacêutica em redes, estaremos avançando na busca por serviços de qualidade centrados no cuidado de pacientes. O serviço de SFT na FE contribuirá para a formação de farmacêuticos críticos, com um olhar diferenciado sobre o cuidado em saúde e sobre o que é ser farmacêutico, além de melhorar o serviço prestado pela farmácia à comunidade, servindo como modelo aos demais setores da rede de saúde pública brasileira.

12- Programa de Vigilância Analítica em Controlo de Infecção". "Ferramenta na implementação e Organização local da Comissão de Controlo da Infecção".

Luciana Soares Bastos e Carmen Venturinha e Paula Soares, Portugal

lubastos70@hotmail.com

O reconhecimento do Programa do XVII Governo Constitucional Português de que o sistema de saúde dever ser centralizado no cidadão e que, os cuidados de saúde primários devem constituir o seu " pilar central", promoveu a alteração legislativa para modificar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente o novo estatuto jurídico das administrações regionais de saúde (ARS) e progressiva extinção das suas sub-regiões, por via da criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES).

O Decreto-lei N.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, estabeleceu então o nquadramento legal necessário à criação dos ACES e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento, tendo por base a sua delimitação geográfica, a necessidade da combinação mais eficiente de recursos disponíveis e determinados factores geo-demográficos.

Neste contexto o ACES do Arco Ribeirinho garante a prestação de cuidados de saúde primários à população de 4 Concelhos: Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, abrangendo uma área geográfica de 559,98Km², com uma população de 213.584 habitantes (censos 2011), constituído por várias unidades funcionais, que integram os centros de saúde do Barreiro, Quinta da Lomba, Baixa da Banheira, Moita, Montijo e Alcochete.

Portador de uma nova autonomia administrativa a Direcção do ACES assume a responsabilidade de organizar Serviços com características que eram anteriormente atribuídas à Sub-Região, sendo um destes serviços a sua Comissão de Controlo da Infecção (CCI), determinada pela Direcção Geral da Saúde, entidade promotora do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), aprovado por Despacho n.º 14178/2007.

A primeira Equipa da CCI do ACES foi nomeada em 2009, tendo sido reestruturada em 2010 e teve como referência para iniciar suas actividades a experiência adquirida com as actividades implementadas pela CCI da extinta Sub-Região de Saúde de Setúbal e as Orientações da DGS através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização (PNCI-MO), bem como da estreita articulação com a Equipa Regional da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo.

Neste contexto surge a proposta do Laboratório de Saúde Pública de Setúbal para a implementação no ACES do Programa de Vigilância Analítica em Controlo de Infecção (PVACI), que foi aceite e considerado como um instrumento fundamental para o diagnóstico de situação nas suas Unidades de Saúde, bem como para a promoção e operacionalização das dinâmicas de boas práticas no âmbito do controlo de infecção nas respectivas unidades.

OBJECTIVO : O PVACI iniciou sua implementação em Dezembro de 2010, cujo objectivo principal era a implementação de um programa de monitorização de higienização das superfícies e monitorização do controlo da esterilização dos dispositivos médicos (DM) do ACES, garantindo assim um diagnóstico da situação e base para a proposta de medidas correctivas, bem como, para a promoção de boas práticas no âmbito da CCI nas Unidades de Saúde, sendo um instrumento essencial para o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção nas Unidades de Saúde.

Por outro lado, as culturas ambientais de rotina e a análise dos resultados laboratoriais a vigilância permitiriam ajudar a validar a eficácia dos procedimentos de higienização implementados, e ainda detectar surtos, alertar sobre microrganismos virulentos, eventos anormais e avaliar a eficácia da prevenção das medidas correctivas, e por último, a monitorização da descontaminação da lavagem mecânica e/ou manual e da esterilização dos dispositivos médicos poderiam promover a qualidade da desinfecção por lavagem mecânica e a eficácia da esterilização dos DM versus eficiência destes equipamentos.

CONTEÚDO E RELAÇÃO COM OS TEMAS DO CONGRESSO : A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício de sua actividade.

A abrangência do conceito das IACS, realça a importância de garantir a comunicação entre as mais diversas unidades de saúde, tendo por objectivo reduzir o risco de infecção cruzada.

Não sendo um problema novo as IACS assumem uma importância cada vez maior em Portugal e no Mundo, à medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, são ainda um importante causa de morbilidade e mortalidade, com consumo acrescido de recursos hospitalares e na comunidade.

Estudos internacionais indicam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis.

O desenvolvimento do PVACI orienta as suas estratégias no sentido de reduzir os riscos de infecção, desenvolvendo actividades que permitam intervenção de modo a promover boas práticas ao nível individual profissional, organizacional e estrutural, com base em actividades de natureza informativa, formativa, pedagógica e de investigação, dirigidas aos profissionais e gestores.

A apresentação deste projecto integra-se na linha geral do congresso no que refere às respostas locais a desafios globais, no contexto específico da gestão de risco e modelos organizacionais.

MÉTODOS UTILIZADOS : O desenvolvimento do projecto, nomeadamente o planeamento, a avaliação e as propostas de intervenção, contou com a Equipa fixa da CCI do ACES, composta por 1 médica de Saúde Pública, 1 Enfermeira e 1 Técnica de Saúde Ambiental, bem como pela farmacêutica responsável pelo Laboratório de Saúde Pública.

Para dar cumprimento ao plano de acção do PVACI, houve estreita articulação com a Unidade de Saúde Pública, neste âmbito foram realizadas reuniões de formação técnica aos TSA envolvidos, para preparação dos critérios de aplicação do PVACI, identificação dos pontos críticos, elaboração de mapa mensal de colheitas bem como dos formulários de registo e um cronograma das colheitas, para garantir a harmonização do circuito preestabelecido e permitir o fluxo informação/acção dos dados analíticos produzidos.

Numa primeira fase foi feito o diagnóstico das condições dos serviços de esterilização do ACES pela Equipa da CCI, através de auditorias internas, e cujos resultados e propostas de correcção foram enviadas em tempo oportuno. Na segunda fase, foi implementado o programa de Vigilância Analítica em Controlo de Infecção do ACES Arco Ribeirinho em articulação com o Laboratório de Saúde Pública de Setúbal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO : A implementação do Projecto permitiu identificar situações de risco quer no âmbito da higienização das Salas de tratamento das Unidades de Saúde, quer nas dos Serviços de Esterilização.

Os resultados reportam-se às análises realizadas entre a 1ª quinzena de Dezembro de 2010 a Março de 2011, tendo sido obtido um indicador de execução de 97% para a monitorização das superfícies e 74% para a monitorização da lavagem e esterilização de dispositivos médicos, calculado pelo rácio entre o número de análises executadas e o número de análises previstas em percentagem.

Dos 3 processos de monitorização efectuados, no que diz respeito à frequência relativa (%) dos resultados “Não Conformes”, verificou-se a necessidade de intervenção com medidas correctivas em todas as Unidades de Saúde do ACES Arco Ribeirinho.

O desenvolvimento do Projecto, dos resultados obtidos e da apresentação do seu relatório onde foram identificados os pontos críticos nos processos de monitorização das superfícies, monitorização da lavagem manual/mecânica dos DM e monitorização da Esterilização, permitiu a dinamização de várias actividades e procedimentos conducentes a boas práticas no âmbito da CCI nomeadamente:

- Os primeiros resultados mereceram análise preliminar por parte da CCI em Janeiro de 2011, do qual foi dado conhecimento ao Conselho Clínico (CC) e à Directora Executiva (DE), tendo sido solicitado à CCI uma proposta de intervenção imediata;

- Houve nomeação formal de todos os “Elementos Dinamizadores da CCI” nas respectivas Unidades de Saúde, dando início a uma dinâmica de articulação entre estes e os elementos da CCI do ACES, o que permitiu uma sensibilização às situações críticas e facilitação nas intervenções locais;

- Elaboração de um plano de formação dirigida quer aos Enfermeiros como elementos dinamizadores quer aos Assistentes Operacionais que tinham funções no circuito da higienização das instalações e no circuito da esterilização;

- Elaboração de proposta para a reestruturação dos Serviços de Esterilização, tendo por base as orientações de boas práticas baseadas na evidência.

13- Política nacional de medicamentos: as conferências fundadoras da assistência farmacêutica no Brasil contemporâneo.

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula, George E. M. Kornis – Kornis, Maria Helena Braga e Marise Fagundes, Brasil

14- A regulação em saúde no Brasil: um exame da década de 1999 a 2008.

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula, George E. M. Kornis – Kornis, Maria Helena Braga e Marise Fagundes, Brasil

15- Globalização e indústria farmacêutica mundial e brasileira: tendências e desafios.

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula, George E. M. Kornis – Kornis, Maria Helena Braga e Marise Fagundes, Brasil

16- OUVIDORIA DA UERJ: espaço de construção da cidadania e responsabilidade social.

Ersilia Maria Guedes, Eliel de Oliveira Larrubia, Andrea Scanzzi e Maria Jose da Silva, Brasil

ersilia@terra.com.br

O presente trabalho refere à importância da implementação de Ouvidorias nas universidades públicas brasileiras, como espaço de construção da cidadania ativa e responsabilidade social apresentando os resultados do decênio 2000/ 2010 de implantação da Ouvidoria da UERJ. Com a Constituição Federal de 1988, cresceu no seio dos movimentos sociais, a necessidade da participação popular no âmbito da gestão pública. A partir da década de 90, com fortalecimento dos direitos sociais, verificou-se a importância da participação do usuário na vida das empresas que através de suas manifestações, revelam suas potencialidades e as fragilidades e assim contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ, através do Ato Executivo de Decisão Administrativa nº 002/2000, foi a primeira universidade pública do Estado do Rio de Janeiro a criar sua OUVIDORIA como órgão promotor do direito administrativo de natureza unipessoal e não contenciosa, destinado a colaborar no controle administrativo da Universidade mediante a defesa dos direitos fundamentais dos membros da comunidade. Compete ao Ouvidor representar os cidadãos dentro do cenário da UERJ, ouvindo pessoalmente os usuários, garantindo um atendimento diferenciado e desburocratizado.

O principal objetivo: canal oficial da UERJ para receber e investigar, de forma independente e crítica, as informações, reclamações, solicitações, denúncias, orientações, sugestões e elogios recebidos; Analisar, encaminhar, acompanhar as providências adotadas pelos setores envolvidos; Apresentar soluções aos usuários; Mediar a integração entre os usuários e a Universidade sugerindo medidas que contribuam com o desempenho institucional.

Resultados: Apresentar o quantitativo de atendimentos realizados e perfil das manifestações/demandas no período de Fev. 2000/2010.

Conclusão: A Universidade do Estado do Rio de Janeiro, através da criação e implantação da Ouvidoria da UERJ, demonstra seu papel de vanguarda no cenário público e acadêmico legitimando a participação social como método de realização do Estado Democrático de Direito na esfera das universidades públicas do Estado do Rio de Janeiro reconhecendo a preocupação com a satisfação das necessidades dos usuários. Ao longo deste decênio, totalizamos 8.714 manifestações, assim distribuídas: 2.732 reclamações, 1.579 solicitações, 113 elogios, 178 sugestões, informações 2.796, 633 orientações e 856 denúncias, destas 44.15% são relativas à comunidade interna (alunos, docentes e técnicos- administrativos) 55.85% são referentes à comunidade externa (paciente e outros). Verifica-se que 9.75% das demandas referem manifestações oriundas das unidades de saúde da UERJ, destas a maioria comportam reclamações sobre relações interpessoais (conflitos), insuficiência de informação e acessibilidade aos seus serviços (consultas, exames, cirurgias).

17- A saúde pública no ensino médico – o caso da Higiologia.

Reinaldo Hamamoto, Lisie Tocci Justo Luvizutto e Adriana Ladeira Cruz, Brasil
hamamoto@uninove.br

Objetivos da investigação: Propor um novo currículo em Higiologia para alunos do curso de medicina.

O contexto e a descrição do problema: A inserção da disciplina de Higiologia no ensino médico é fundamental no cenário educacional brasileiro de incentivo da formação de médicos generalistas que é manifestada pelo Ministério da Educação (MEC). Atendendo a este objetivo, a disciplina de Higiologia é obrigatória para os alunos do curso de medicina durante cinco semestres, abrangendo temas sobre o sistema de saúde, sobre a conquista do direito à saúde e atividades clínicas em atenção básica. Temas que diferem das disciplinas tradicionais do curso de medicina e das expectativas dos alunos quando iniciam sua carreira acadêmica.

O curso de medicina da Universidade Nove de Julho tem menos de uma década de existência, por isso ainda conta com grande maleabilidade de ementas e planos pedagógicos, mas sofre de intenso escrutínio de avaliadores externos. Nos últimos anos, as avaliações oficiais do MEC propiciaram maior discussão das disciplinas, e a Higiologia foi intensamente criticada pelos alunos. Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Projeto Pedagógico Institucional e o Plano Pedagógico de Curso, foi proposto um novo currículo em Higiologia.

Os resultados e a discussão: O novo currículo proposto baseou-se na diminuição da carga horária da disciplina decidida pela Coordenação do Curso, assim como maior proximidade do aluno com a comunidade e os serviços de saúde desde o primeiro semestre de aulas. Foram estabelecidos os conhecimentos, habilidades e atitudes que os alunos devem demonstrar ao final de cada semestre de curso e as metodologias de avaliação pertinentes. A disciplina de Higiologia também aumentou a participação nos módulos clínicos para aprimorar a continuidade do aprendizado do aluno e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades clínicas necessárias na atenção básica. Em entrevistas com os alunos, existe uma diminuição e mudança das queixas apresentadas, que se concentram em temas de organização do curso – como falta de docentes, e não mais em questionamentos do currículo ou da metodologia de avaliação.

18- A prática de enfermagem relacionada ao aprazamento de fármacos.

Jacira Florência De Paula Moura, Sonia Regina de Oliveira e Silva de Souza, Sandra Regina Ferreira Chaves, Luana Ferreira de Almeida, Rogério Marques e Eliel de Oliveira, Brasil

19- Implantação de um centro de atenção à saúde do Homem.

Maria José da Silva, Natália Machado da Cunha, Diana de Oliveira, Rosane Marinho Martins, Cristiane Maria Amorim Costa, Raquel Conceição de Almeida Ramos, Brasil
zeze.uerj@terra.com.br

O presente estudo refere à implantação de um centro de referência de atenção à saúde do homem no Estado do Rio de Janeiro com apoio da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde. O Centro de Atenção à Saúde do Homem, teve início em novembro de 2011 com o desenvolvimento de sua estrutura e estudos para sua implantação em

decorrência da necessidade de sensibilização da população masculina ao auto-cuidado e adesão aos serviços de saúde previstos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008).

A **principal meta do projeto** é fazer um diagnóstico situacional da prevenção de doenças da população masculina brasileira e implementar ações básicas de saúde nesse sentido; avaliar as dificuldades de adesão dos homens a projetos de atenção à saúde. Aprimorar a atenção à saúde do Homem além de empregar a medicina preventiva como base para a melhora da qualidade de vida e da força de trabalho, o que abrirá um espaço para o desenvolvimento científico de médicos, biomédicos e outros profissionais da Universidade, gerando temas para pós-graduação e desenvolvimento de técnicas e métodos de avaliação e acompanhamento destes indivíduos, refletindo em conhecimentos importantes para a sociedade.

Resultados esperados: Melhorar o acesso de grande parcela da população a serviços de atenção primária à saúde; Tornar a consulta preventiva mais eficaz e resolutiva; Impactos positivos na extensão, prestação de serviços e ensino de graduação; Capacitação de profissionais de saúde para esclarecimento populacional e encaminhamento a profissional especializado para o rastreamento das doenças do homem, desencorajando a solicitação de exames por hora desnecessários, encarecendo o sistema único de saúde; Consolidação de linhas de pesquisa e de extensão; Cooperação com outras instituições e associações; Reflexos na melhora da qualidade de vida da população atendida, assim como no desenvolvimento sócio-econômico regional; Integrar através de ação única a Universidade através de vários setores à sociedade em seus diversos segmentos.

Conclusão: Com a realização do projeto espera-se colaborar com o desenvolvimento da atenção primária à saúde do homem e principalmente colaborar com a promoção da saúde e prevenção de doenças da população masculina do Estado do Rio de Janeiro.

20 - Actuação como Estado Membro de Referência: Portugal em 4º Lugar no sistema europeu.

Marta Marcelino, Dinah M. Duarte, Margarida Oliveira, Helena Beaumont e João Martins, Portugal

21 - Avaliação de Planos de Investigação Pediátrica: Portugal em 1º Lugar no sistema europeu.

Dinah M. Duarte, Margarida Oliveira, Marta Marcelino, Helena Beaumont e João Martin, Brasil

22- Propuesta de un Modelo de Evaluación de Impacto para el aprendizaje basado en simulación dentro del marco del Proyecto Europeo SIMBASE.

Teresa Campos García, Cristian Stracke, Tatiana Shamarina, Yusnelkis Milanés Guisado, España e Alemania

teresa.campos@juntadeandalucia.es

SESSÃO 18 – Sala A

14:00 – 15:30

Tema: Tecnologia

1-P - e-Health e a prestação de cuidados farmacêuticos: contributo para a melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde.

João Gregório e Luís Velez Lapão, Portugal

128-BR - Câncer de Mama e Cuidados preventivos: Itinerário Terapêutico (IT) como instrumento de avaliação de acesso à mamografia.

Estela Márcia Saraiva Campos e Eloíza Augusta Gomes, Brasil

161-BR - Desenvolvimento tecnológico na indústria farmacêutica: o caso da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo – FUR.

Fabiana Cuconato Reis Filgueiras e Aylene Bousquat, Brasil

fabianacrfilgueiras@yahoo.com.br

Resumo

O setor saúde destaca-se no âmbito do sistema nacional de inovação e a indústria farmacêutica é economicamente seu principal segmento. No Brasil, há um sistema público de produção de medicamentos. Sua importância adquiriu visibilidade pela necessidade de incorporação tecnológica para produção de medicamentos antirretrovirais, necessários à viabilização da política de acesso universal e gratuito do programa de AIDS. Neste contexto está a Fundação para o

Remédio Popular de São Paulo (FURP). Este trabalho objetivou identificar o processo de incorporação da pesquisa e desenvolvimento tecnológico na produção de medicamentos da FURP.

Resumen

El sector de la salud se destaca en el marco del sistema nacional de innovación y la industria farmacéutica es económicamente su segmento principal. En Brasil, existe un sistema público para la producción de medicamentos. Su importancia ha obtenido notoriedad por la necesidad de incorporar la tecnología para la producción de medicamentos antirretrovirales, los medicamentos necesarios para facilitar la política de acceso universal y gratuito del programa SIDA. En este contexto es la Fundación de lo remedio popular de São Paulo (FURP). Este trabajo pretende identificar el proceso de incorporación de la investigación y desarrollo tecnológico en la producción de medicamentos de la FURP.

SESSÃO 19 – Sala B

14:30 – 16:30

Tema: Doenças Crônicas

32-BR - A influência da falta de informação na adesão ao tratamento de duas doenças crônicas não transmissíveis.

Maria Grazia Gorla Justa, Ana Maria Malik e Claudia Meirelles, Brasil

34-BR - Avaliação da resposta ao tratamento da hepatite C na rede Sus-Brasil.

Erenilde Marques de Cerqueira e Hêlvia Maia de Lima Cerqueira, Brasil

Resumen

Em Feira de Santana, município com 542.476 habitantes, situado no estado da Bahia, Brasil, o controle das hepatites virais foi instituído o Programa Municipal de Hepatites Virais com a finalidade de diagnosticar e tratar portadores desses vírus. As ações de controle compreendem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes. Os medicamentos são dispensados pelo Sistema Único de Saúde e a aplicação do Interferon é realizada no serviço. O estudo tem como objetivos avaliar a resposta ao tratamento da hepatite C em pacientes que realizaram tratamento no período de 2007 a 2010 e identificar os fatores preditivos de melhor resposta. Dos 101 pacientes do estudo, 60,4% obtiveram RVFT. Destes, 57,4% tiveram RVS; 29,5% não tiveram resposta sustentada e 13,1% não constava a informação do RNA-HCV. Quanto aos fatores preditivos de melhor resposta ao tratamento, dos pacientes com idade ≤ 40 anos, 75% tiveram RVS; nos maiores de 40 anos a RVS foi observada em 65,3%. Entre os pacientes que tiveram RVS, os genótipos que melhor responderam ao tratamento foram o G2 (100%). O acesso à terapia de doenças crônicas com disponibilização do medicamento de alto custo na rede pública de saúde possibilita maior adesão dos pacientes e maior eficácia do tratamento.

Resumo

En Feira de Santana, una ciudad con 542,476 habitantes, situada en el estado de Bahía, Brasil, el control de la hepatitis viral se estableció el Programa Municipal de la hepatitis viral con el fin de diagnosticar y tratar a pacientes con este virus. Los diagnósticos de válvulas de control, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Los medicamentos se dispensan por el Sistema Único de Salud y la aplicación de interferón se realiza en el servicio. El estudio pretende evaluar la respuesta al tratamiento de la hepatitis C en pacientes que se sometieron a tratamiento en el período 2007 a 2010 e identificar los mejores predictores de la respuesta. De los 101 pacientes estudiados, el 60,4% eran RVFT. De éstos, el 57,4% tenían SVR, el 29,5% no tenía ninguna respuesta sostenida y el 13,1% no contenía la información del ARN del VHC. En cuanto a los predictores de respuesta al tratamiento de los pacientes de edad ≤ 40 años, el 75% tenían RVS; más de 40 años en la RVS se observó en el 65,3%. Entre los pacientes que tuvieron una RVS, los genotipos que responden mejor al tratamiento fueron G2 (100%). El acceso al tratamiento de las enfermedades crónicas con alta disponibilidad del costo del medicamento en el sistema de salud pública permite el cumplimiento del paciente mayor y una mayor eficacia del tratamiento.

147-BR - Tratamento da Hepatite C no Brasil: garantia de acesso e efetividade?

Carine Raquel Blatt e Marení Rocha Farias, Brasil

SESSÃO 20 – Sala C

14:30 – 16:30

Tema: Prestação de Cuidados de Saúde

67-BR - Avaliação da atenção primária como estratégia de educação permanente: a experiência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ).

Alessandra Bueno, Mayna de Ávila Yaçanã Borges, Alcindo Antonio Ferla, Mirceli Goulart e Tiana Brum de Jesus, Brasil

98-M - La atención de la salud en universitarios y la utilización de los servicios de salud.

Georgina Contreras Landgrave, Luis Ramón López Gutiérrez e Gabriela Bustamante Gutiérrez, México

156-BR - Avaliação Clínica e Qualidade de Vida de Mulheres Participantes de Espaço de Convivência no Nordeste Brasileiro.

Hugo Xavier Santos, Danielle Rodrigues Ribeiro Cavalcante, Rubens Riscala Madi, Cristiane Costa da Cunha Oliveira e Cláudia Moura de Melo, Brasil

Resumo

Este estudo objetivou analisar o estado nutricional de mulheres participantes de um espaço de convivência para a terceira idade no Nordeste brasileiro, e sua relação com a QV. Avaliou-se mulheres com 66,71 anos \pm 6,22, por meio do IMC, CC, RCQ, perfil lipídico, glicemia. Observou-se sobrepeso e risco de desenvolvimento de doenças crônicas (85,3%). Com relação à QV, os aspectos mais elevados foram os físicos e capacidade funcional, enquanto os psicoemocionais foram os menores. O estudo ressalta um cenário de excesso de peso, mesmo em um espaço/ambiente de cuidado.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar el estado nutricional de las mujeres que participan en un espacio de vida para las personas mayores en el noreste de Brasil, y su relación con la calidad de vida. Se evaluaron las mujeres 66,71 años \pm 6,22, con el IMC, CC, RCC, perfil lipídico, los niveles de glucosa en sangre. Las mujeres tenían sobrepeso y el riesgo elevado de desarrollar enfermedades crónicas (85,3%). En cuanto a la calidad de vida, los aspectos más elevados fueron la capacidad física y funcional, mientras que el psico-emocional eran menores de edad. El estudio muestra un escenario de exceso de peso, incluso en un entorno de espacio/cuidado.

181-R/I - L'ambulatorio per i viaggiatori internazionali di Bergamo, Italia: indagine conoscitiva del primo decennio di attività.

Carmen Tereanu, Italia-Romania

SESSÃO 21 – Sala D

14:30 – 16:30

Tema: Organização de Cuidados de Saúde

15-BR - Acesso aos medicamentos nos serviços públicos de saúde no Brasil: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade.

Rita de Cássia Vieira, Patricia Aparecida Baumgratz de Paula, Terezinha Noemides Pires AlvesII, Rita de Cássia Padula Alves VieiraIII e Auta Iselina Stephan de SouzaI, Brasil

122-BR - Avaliação da rede de unidades básicas de saúde de Salvador, Bahia: estudo de linha de base com foco na integralidade.

Handerson Silva Santos e Cristina Maria Meira de Melo, Brasil

handerson_bahia@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a rede de unidades básicas de saúde (UBS), com o modelo tradicional de atenção primária, com foco no princípio da Integralidade. Pesquisa avaliativa, quantitativa, tipo estudo de linha de base, usando o método estatístico de análise de dados. Há distância entre a rede de unidades básicas de saúde e o princípio da Integralidade, caracterizada pela precariedade das políticas de saúde voltadas para a atenção básica, desestruturação organizacional da rede de UBS, baixa participação popular e inexistência de foco promocional e preventivo das ações de saúde.

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar la red de unidades básicas de salud (UBS), con el modelo tradicional de atención primaria, centrándose en el principio de la integralidad. Investigación evaluativa, cuantitativa, utilizando el método estadístico de análisis. Hay distancia entre la red de unidades básicas de salud y el principio de integralidad, que se caracteriza por la precariedad de las políticas de salud dirigidas a la atención primaria, la descomposición organizativa de la red de UBS, la baja participación y la falta de atención de salud las acciones de promoción y prevención.

146-BR - A gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade.

Sabrina Alves Ribeiro Barra e Leda Maria Leal de Oliveira, Brasil

SESSÃO 22 – Sala F

14:30 – 16:30

Tema: Gestão e Cuidados de Saúde

10-M - Globalización, reforma de los sistemas de salud y atención a padecimientos de orden emocional (mental). El caso de México.

Norma González González, Alicia Margarita Tinoco García, Laura Elizabeth Benhumea González y Aristeo Santos Lopez, México

19-Q - L'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement auprès d'adultes hospitalisés en psychiatrie : le point de vue des utilisateurs de services.

Marie-Pierre Gagnon, Marie Desmartis, Mylène Tantchou Dipankui, Marc Rhainds, Martin Coulombe, Johanne Gagnon, Michèle St-Pierre, François-Pierre Gauvin, Florence Piron e France Légaré, Québec

Marie-Pierre.Gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectif de la recherche : Explorer les points de vue des utilisateurs de services concernant l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les adultes hospitalisés en psychiatrie.

Contexte et description du problème : L'évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement auprès des adultes hospitalisés en psychiatrie a été confiée à l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Soucieuse d'innover et d'améliorer les processus d'ETMIS, l'UETMIS considère qu'il est essentiel d'introduire la perspective des patients dans cette évaluation. Un projet a donc été développé par des chercheurs de l'Université Laval et du centre de recherche du CHUQ en collaboration avec l'UETMIS afin d'explorer le point de vue des utilisateurs de services sur l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement.

Méthodes, modèles et matériaux utilisés : Cinq groupes de discussion ont été réalisés auprès des utilisateurs de services en psychiatrie sur le territoire du réseau universitaire intégré en santé de l'université Laval (RUIS-UL) qui couvre six régions du Québec. Cette consultation visait à recueillir les points de vue des utilisateurs de services sur les mesures alternatives à la contention et à l'isolement et les conditions influençant l'utilisation de ces mesures. Ces groupes de discussion, d'une durée moyenne d'une heure et demie, ont été enregistrés et leur contenu a été transcrit verbatim. Une analyse thématique du contenu a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo. Pour assurer la validité interne du processus d'analyse, la codification des entrevues a été faite indépendamment par deux personnes. Les résultats ont été ensuite mis en commun et un consensus a été recherché pour l'analyse finale.

Résultats et discussion : Les participants ont souligné l'importance de l'écoute et de la communication avec la personne hospitalisée en psychiatrie. Les approches thérapeutiques et occupationnelles, la surveillance constante ont également été abordées dans les discussions comme mesures alternatives ou permettant de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Des facteurs tels que l'attitude du personnel, le manque de temps pour le contact avec la clientèle, et le manque d'information et de ressources de soutien pour les personnes en situation de crise, ont été évoqués comme barrières à l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement. Les utilisateurs de services en santé mentale ont axé plusieurs de leurs commentaires sur les mesures à prendre avant et après la crise ainsi que pour abréger sa durée.

Apports / intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques : Ces résultats seront intégrés à ceux obtenus auprès des gestionnaires et cliniciens dans le cadre des travaux de l'UETMIS. Nous pourrions ensuite évaluer l'apport effectif de la perspective des patients dans cette démarche d'évaluation. C'est ainsi que cette étude pourra enrichir les connaissances sur la possibilité d'adopter une démarche de consultation auprès des utilisateurs de services dans d'autres projets d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé.

97-E - Proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado en depresión.

Lucía Prieto Remon, Naiara Artaza, Jose Antonio de la Rica, Ander Retolaza, Andrea Gabilondo e Pedro Ortueta, Unidad de Gestión, España
artaza@bioef.org

El **proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado en depresión** es un proyecto multicéntrico, que implica a 21 cupos de Atención Primaria integrados en 13 equipos participantes. Se trata de equipos multidisciplinares integrados por profesionales sanitarios pertenecientes a distintos niveles asistenciales y organizativos (75 px) que colaborarán en la implementación de una intervención multicomponente diseñada ad hoc por parte del grupo de expertos multidisciplinar (20 px) que persigue mejorar la asistencia a la depresión en el ámbito de Atención Primaria. La base conceptual se toma del modelo de Atención a Crónicos (CCM).

Se basa en la **metodología** para el desarrollo de **proyectos colaborativos** de BTS IHI.: Según esta metodología, El Proyecto Colaborativo supone un abordaje sistemático cuyo objeto es mejorar de forma continuada la calidad de la atención a las personas con Enfermedades Crónicas a través de un esfuerzo conjunto/colaborativo de los profesionales y gestores de salud.

El objetivo del proyecto es mejorar la calidad en la asistencial de la depresión desde el Sistema Sanitario Vasco (SSV), incidiendo en una o más de las fases del proceso asistencial (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento). Se persigue la mejora en el abordaje integrado (entre profesionales y niveles asistenciales) de dicho trastorno mental.

La revisión de la literatura y el consenso del grupo de expertos participantes en el proyecto colaborativo BTS DEPRESIÓN han determinado las siguientes áreas de mejora:

Diagnóstico erróneo, frecuente infradiagnóstico

Variabilidad en el manejo clínico del paciente

Poca definición de los roles

Falta de coordinación entre niveles asistenciales

Escasez de recursos terapéuticos complementarios al abordaje farmacológico

Incapacidad para hacer frente a la demanda que supone la medicalización/psiquiatrización de los problemas de la vida cotidiana

Objetivos específicos: Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud mental de los pacientes con depresión que acuden a la Atención Primaria

Mejorar la coordinación entre la Atención Primaria y la Salud Mental

Mejorar la satisfacción de pacientes y profesionales

Mejorar el conocimiento y utilización del CCM

Expectativas en relación a los objetivos planteados: El 85% de los pacientes con trastorno depresivo participantes en el proyecto alcanzan, tras las intervenciones, una puntuación de calidad de vida, en base al cuestionario de calidad de vida SF12V2, percibida equiparable a una muestra de población normal.

El 70% de los pacientes con diagnóstico de depresión (10 o más puntos PHQ-9) tienen una puntuación de 9 o menor tras la intervención o logran una reducción de 5 o más puntos en el PHQ-9 respecto al inicial.

El 75% de los pacientes declaran una satisfacción buena o muy buena en relación a las intervenciones en las que han sido partícipes. En base al cuestionario de satisfacción de los pacientes en salud mental CSQ-8.

El 50% de los profesionales participantes se encuentran satisfechos o muy satisfechos al término del proyecto colaborativo.

El 75% de las comarcas implicadas en el colaborativo consolida en su práctica habitual la intervención relativa a la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

Se obtiene una mejora del 30% en el conjunto del cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención.

Se obtiene una mejora del 40% en el conjunto de las preguntas del cuestionario de evaluación de la utilización del MCC en la asistencia a la depresión por parte de los equipos de Atención Primaria (ACDM).

165-BR - Mundo, Brasil, Pernambuco, treinta vidas distintas e duas soluções comuns: ansiolíticos e antidepressivos.

Elaine Miranda, Brasil

166-BR - Práticas desinstitucionalizadoras na rede de serviços de saúde mental: Distrito Federal, Brasil.

Maria da Glória Lima e Maria Aparecida Gussi, Brasil

limamg@unb.br

Introdução: As Políticas públicas na área da saúde mental para se contrapor ao modelo hospitalocêntrico, propõe uma atenção descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, com ênfase na construção de uma rede de cuidados em saúde mental, diversificada e de base comunitária, articulada com os cuidados primários, com práticas de saúde orientadas pela integralidade do cuidado e pelos direitos dos usuários com transtorno psiquiátrico.

Objetivos: este estudo pretende analisar a assistência em saúde mental no Distrito Federal cotejada com as políticas de saúde mental no Brasil; como também, caracterizar as diferentes categorias profissionais que atuam nos serviços de saúde mental e suas práticas assistenciais.

Métodos - Estudo do tipo descritivo-exploratório, multicêntrico, com a adoção dos procedimentos de levantamento na web, para análise de dados estatísticos e epidemiológicos em saúde mental e psiquiatria e o uso de formulário de entrevista semiestruturado, com dados quantitativos e qualitativos. Os sujeitos do estudo são os profissionais de saúde de nível superior e técnico dos equipamentos de saúde mental do Distrito Federal, que prestam atendimento aos usuários da saúde mental. O Projeto, em andamento, recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde/DF e é financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF).

Resultados: Os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental destacam a importância dos serviços substitutivos, em especial, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, no atendimento às necessidades psicossociais dos usuários da saúde mental, a organização do trabalho em equipe na lógica interdisciplinar, com oferta de atividades terapêuticas na abordagem comunitária, elaboração de projetos terapêuticos individualizados e intervenções na modalidade individual e grupal, extensivo às famílias. Os profissionais ressaltam o pouco preparo técnico para atuar na área de saúde mental, sendo que este ocorre mais na prática cotidiana do trabalho. Acrescentam ainda, que as práticas desenvolvidas nos serviços estão em consonância com as diretrizes políticas nacionais, mesmo com a não priorização da política local para a expansão da rede de cuidado em saúde mental para ampliação do acesso e melhoria do atendimento às necessidades dos usuários da saúde mental no Distrito Federal. Essa realidade coloca o Distrito Federal na penúltima colocação em âmbito nacional para a criação de novos dispositivos preconizados para organização da atenção a saúde mental.

SESSÃO 23 – Sala A

16:00 – 17:45

Tema: Organização e Sistemas de Saúde

30-E - Análisis comparativo de la adecuación de tres sistemas regionales de salud a las necesidades de la cronicidad: los casos de Aquitania (Francia), País Vasco (España) y Veneto (Italia).

Regina Sauto Arce, Tadesse Alemayehu Belie, Roberto Nuño Solinís e Polina Putrik, País Vasco

regina@bioef.org

Objetivo del estudio: El objetivo de este estudio es comparar los sistemas de salud de tres regiones europeas – Aquitania (Francia) , País Vasco (España) y Veneto (Italia) - en cuanto a su adecuación a las necesidades del patrón epidemiológico de sus poblaciones, caracterizado por la prevalencia dominante y creciente de las enfermedades crónicas.

Descripción del problema. Asegurar una atención sanitaria de calidad y un sistema sanitario sostenible, requiere responder de manera óptima a las necesidades sanitarias de la población. Actualmente, estas necesidades vienen determinadas por un contexto epidemiológico en el que las enfermedades crónicas suponen la mayor carga de morbilidad en los países desarrollados, y son la principal causa de demanda de atención sanitaria. Diversos modelos, como el *Chronic Care Model* o el *ICCC Framework* de la OMS, han identificado los elementos clave de un sistema de salud adaptado a las necesidades de las enfermedades crónicas.

Modelo y método. Este estudio se basa en el modelo propuesto por Chris Ham (2010), que identifica diez rasgos que caracterizan a los sistemas sanitarios que tienen un alto desempeño en la atención a las enfermedades crónicas. Las características identificadas por Chris Ham en estos sistemas son las siguientes:

- Cobertura universal
- Atención gratuita en el punto de uso
- Un modelo de provisión centrado en la prevención
- Apoyo a la autogestión por parte de los pacientes con la ayuda de cuidadores y familiares
- Prioridad a la atención primaria
- Énfasis en la gestión poblacional

- Uso de las TICs en la mejora de la atención a crónicos
- Atención integrada
- Cuidados efectivamente coordinados
- Enfoque estratégico al cambio

El método utilizado para realizar este estudio comparativo combina un análisis cuantitativo y un análisis cualitativo. Por una parte, las diez características de Chris Ham han sido operativizadas mediante la identificación de 25-30 indicadores cuantitativos, que serán comparados en los sistemas sanitarios de las tres regiones a estudio. Por otra parte, se ha elaborado un cuestionario cualitativo que ha sido enviado a un informante clave en organización del sistema sanitario en cada una de las tres regiones.

Resultados y discusión: El análisis cuantitativo ha dejado patente la dificultad de encontrar datos comparativos sobre actividad y resultados de la atención sanitaria a nivel internacional, especialmente para comparaciones a nivel regional. Sin embargo, es exactamente el nivel regional el relevante en cuanto a organización del sistema sanitario en varios países, como son el caso de España e Italia, incluidos en este estudio.

Por otra parte, el funcionamiento y los resultados de los sistemas sanitarios, dependen en gran medida del entorno social, cultural, económico y laboral, en el que estos se insertan. Por ello, la interpretación de los indicadores cuantitativos no puede realizarse de forma aislada, sino que debe realizarse desde una comprensión holística del funcionamiento del sistema sanitario en su entorno.

51-F - Médicaments et santé de l'environnement : des liaisons dangereuses ?

Carlos Manuel Alves, France

carlos-manuel.alves@u-bordeaux4.fr

Objectifs : Les systèmes de santé ne peuvent se désintéresser de ce facteur de nouvelles pathologies que constitue l'environnement, source de coûts accrus. Une politique de santé digne de ce nom et donc soucieuse de prévention suppose une action en amont, sur les facteurs de dégradation de la santé et donc paradoxalement sur les médicaments vecteurs de pollutions. Dans le cadre du Grenelle de l'environnement, la France a eu le souci d'impulser, d'initier une démarche proactive en la matière. Ce faisant, la France a fait œuvre pionnière. L'UE a vocation à relayer, à étayer cette démarche pour une raison qui tient à sa raison d'être, à savoir promouvoir une économie sociale de marché c'est-à-dire un marché soucieux des préoccupations des citoyens, un marché soucieux de l'intérêt général. Cette démarche particulièrement pertinente en matière de développement durable rejoint la volonté de responsabiliser les acteurs de la santé dans le cadre de la recherche d'un équilibre financier des systèmes de santé. Les **coûts environnementaux sont in fine des coûts financiers**. Cette approche a vocation à s'appliquer à l'ensemble du cycle de vie des médicaments (I) mais aussi aux entreprises (II).

Contexte et description du problème : Selon l'OMS, un système de santé « inclut toutes les activités (personnes et actions) dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. ». A cet égard, les entreprises du médicaments ont bien évidemment un rôle important à jouer en proposant leurs produits. Néanmoins, un rôle peut en cacher un autre. En effet, si les médicaments sont à même d'améliorer la santé humaine, ils peuvent aussi contribuer à l'affecter de manière indirecte, médiate. En raison de leurs impacts environnementaux, les médicaments, tels une tapisserie de Pénélope, peuvent défaire ce qu'ils ont réalisé. Cette problématique s'inscrit dans la thématique plus large des relations entre santé et environnement largement évoquées depuis le début des années 1990 notamment à l'échelon international (OMS, UE).

Théories employées : Le concept de développement durable a permis de théoriser et de renforcer une évolution déjà en cours. Le droit de l'environnement n'est plus seulement un droit de la protection de la nature. Il a vocation à être plus ambitieux. Il s'agit d'un droit de la gestion écologiquement rationnelle des activités économiques.

Résultats : Aujourd'hui bien peu de problèmes sanitaires ne sont pas aussi des problèmes environnementaux. Cette communauté de problèmes appelle des instruments communs, scientifiques et juridiques : évaluations préalables, autorisations de mise sur le marché. De manière similaire à ce qui se produit en droit de l'environnement, il apparaît nécessaire sous l'impulsion du développement durable de favoriser une démarche volontaire de la part des entreprises du médicament. On en veut pour preuve le plan de RSE du LEEM.

Apports : le droit à la santé, souvent confondu avec les systèmes de santé se doit de tenir compte des risques sanitaires liés à des problèmes environnementaux et ce d'autant plus quand ces risques trouvent leur source dans des produits de santé, à savoir les médicaments. La convergence des problèmes de santé et d'environnement a vocation à rapprocher

ces deux branches du droit. Le droit à un environnement sain tel que proclamé par la Charte française de l'environnement est le chaînon manquant du droit à la santé réduit à sa composante thérapeutique.

76-CO - El medicamento: principal dispositivo de control del complejo médico-industrial para atrapar el proceso de producción de cuidado.

Daniel E. Henao, Colombia
foucolt19@gmail.com

Contexto y descripción del problema: Tras la reforma –de corte neoliberal– del sistema de salud colombiano en 1993 el acto médico (que aquí entenderemos desde la perspectiva de trabajo médico: acto de producción determinado socialmente) ha estado sometido a tremendas regulaciones. Cada actor –Estado, complejo médico-industrial, aseguradoras, grupos de pacientes– del sistema dirige sus dispositivos para modelar el proceso de producir cuidado según sus intereses. Las aseguradoras, patrocinadas por el sector financiero, se han constituido como el actor hegemónico del sistema; el complejo médico industrial, en respuesta, ha diseñado estrategias para recuperar su participación en el negocio de la salud. Con este trabajo pretendo demostrar que el medicamento ha sido el principal componente de estas estrategias.

Objetivo: Cartografiar el proceso de producción de cuidado de un equipo de atención de un hospital público de alto nivel de complejidad respecto a la percepción de los actores (cuidadores y pacientes) sobre el rol de los medicamentos en el acto médico.

Métodos y materiales utilizados: Para percibir las dinámicas del acto médico, proceso que tiene sentido a partir del encuentro entre cuidadores y pacientes, se usó el método de observación participante. Tomando algunos elementos de la teoría fundada el autor de este trabajo realizó entrevistas a informantes claves, codificó la información según categorías –descriptivas y analíticas– y procuró elaborar un discurso congruente entre los datos recolectados, referencias bibliográficas consultadas y su propia experiencia.

Resultados: Encontré que el proceso de tomar decisiones en el contexto del acto médico en el actual sistema de salud está altamente regulado: políticas estatales, evidencia científica, dádivas económicas, fallos judiciales, protestas de los pacientes; cada uno de estos factores pretende dirigir la forma de producir cuidado. Claramente las aseguradoras, a través de la implementación y patrocinio de discursos del tipo *medicina basada en la evidencia*, *escasez de recursos*, *costo-efectividad*, han logrado atrapar la actual forma de producir cuidado: sin duda hoy en día el rol de estos actores es central. El complejo médico industrial ha procurado revertir esta tendencia usando varias estrategias, todas alrededor de los medicamentos: visitas personales a los cuidadores para patrocinar su consumo, respaldo de las acciones judiciales que obligan a su consumo, auspicio económico a grupos de pacientes con intereses de venderlos, medicalización del espacio vital.

Discusión: El proceso de producción de cuidado está en permanente tensión. Cada actor pretende influenciar el acto médico para su propio interés: es finalmente a partir de la decisión de los médicos que se determina quién se beneficia por lo que este proceso es fundamental. En la dinámica de un sistema de salud basado en principios neoliberales con actores con tanto poder de presión (aseguradoras y complejo médico industrial) el proceso de decisión termina siendo el campo de batalla donde se disputan sus intereses. Las prácticas de cuidado basadas en las necesidades de las personas, al contrario, quedan relegadas a una importancia menor. Para retomar la hegemonía perdida el complejo médico-industrial ha usado los medicamentos como principales dispositivos de presión para dirigir la toma de decisiones de los cuidadores en su favor. En medio de este escenario tan complejo, resulta esperanzador que los médicos identifiquen que su trabajo sólo tiene significado en el encuentro con los pacientes: dentro de la micropolítica de su trabajo se abre un espacio para liberador que no logran capturar los grandes poderes.

87-M - Consecuencias de la mezcla público-privada en el abasto de medicamentos en México.

Olivia López Arellano, Sergio López Moreno, Haydeé Martínez, Edgar Jarillo Soto e Juan Manuel Castro Albarrán, México

SESSÃO 24 – Sala B
16:00 – 17:45

Tema: Direitos e Ética

27-F - Valeurs culturelles du soigné, valeurs culturelles du soignant et stratégies.

Jean-Pierre Escaffre, M Personnic, M.Quillere, A.C.Forget e A.Megret, France
jescaffr@irisa.fr; jpe3@wanadoo.fr

Lors de CALASS 2008 (Bruxelles), nous avons montré pour la première fois une proposition de théorie générale qui tente de relier de manière formalisée les concepts d'« autonomie », de « dépendance » et de « stratégie », concepts qui apparaissent fondamentaux pour la conduite des organisations. Lors de CALASS 2009 (Luxembourg), nous avons présenté, toujours en se fondant sur la théorie générale suscitée, les dépendances théoriques entre les degrés d'autonomie d'un soigné et les degrés d'autonomie d'un soignant, puis nous avons testé positivement les résultats théoriques à partir de plusieurs cas réels issus d'unités de soins hospitaliers divers. La finalité du soin est en effet, autant que possible, de faire varier positivement l'autonomie du soigné (efficacité) par un ensemble d'actions autonomes du soignant (efficience). A quoi cela correspond-il ? Nous avons défini l'autonomie d'une personne vis à vis d'un acte quelconque par le fait, à la fois, qu'elle l'accepte et qu'elle a la capacité de l'accomplir (par exemple l'acceptation / non-acceptation et la capacité / non-capacité des prises de médication). L'acceptation provient du système de valeurs culturelles tandis que le pouvoir est induit par le système de moyens dont la personne dispose. La dépendance revient donc à confronter d'une part les systèmes de valeurs du soigné et du soignant, et d'autre part les systèmes de moyens respectifs. En termes stratégiques, il convient d'abord de repérer théoriquement les rapports entre les valeurs ou les valeurs elles-mêmes qu'il faut modifier, puis de faire de même avec les systèmes de moyens. Cela doit s'étudier à la fois du côté du patient et du côté du soignant. L'objectif est d'accroître le plus efficacement possible l'autonomie du patient : sur quelle(s) valeur(s) et quel(s) moyen(s) agir ?

Nous avons envisagé la relation soigné-soignant à un instant *t*, ce qui nous avait permis de considérer séparément le système de valeurs et celui des moyens. Mais sur une période, cela n'est plus admissible : dans quelle mesure un changement du système de valeurs peut modifier le système de moyens, et réciproquement ? Quelle dialectique entre valeurs et moyens ? C'est ce que nous avons démontré lors de CALASS 2010 (Mexico). Une modification du système de moyens entraîne obligatoirement le changement du système des valeurs (des valeurs disparaissent, d'autres apparaissent), celle du système des valeurs modifie obligatoirement l'organisation des moyens.

Nos recherches se sont orientées ensuite vers un approfondissement du concept de « valeur culturelle », insuffisamment précisée selon nous. Le pilotage des soins ne peut s'abstraire de la connaissance des valeurs culturelles des soignants d'un côté, des patients de l'autre et de leurs interactions. Ce sont les résultats actuels de ces recherches que nous souhaitons présenter à CALASS 2012.

Nous avons successivement investiguer deux voies : pour les soignants, quelle différence conceptuelle font-ils entre « la valeur » et « le jugement » ? Et d'une manière générale, peut-on faire un dénombrement des causes qui mobilisent *x* valeurs pour accomplir les actes à réaliser ?

Pierre Bréchon définit « la valeur » comme « des idéaux et préférences qui structurent le système de pensée et les prédisposent à agir dans un sens donné ». Selon nous, cela se traduit par un jugement (acceptation ou rejet) vis à vis d'un acte réalisé ou projeté. Ce jugement peut prendre plusieurs formes : le supérieur, le beau, le vrai, le juste, le normal, le bien, le bon, représentent des modalités de l'attraction, de l'acceptation d'un acte. Les contraires, l'inférieur, le laid, le faux, l'injuste, l'anormal, le mal, le mauvais, représentent les modalités du rejet. Dans tout acte humain est incluse la contradiction acceptation / rejet. Celle-ci en est l'essence comme mouvement. La valeur contextualisée, ou jugement, pousse en effet au dépassement de la contradiction en privilégiant un côté ou un autre. Les valeurs « constituent (...) la boussole intérieure de chacun ». Sur un acte, et *a fortiori* une action, peuvent s'exercer plusieurs valeurs de l'individu. Vont donc se combiner simultanément plusieurs couples [acceptation / rejet], les importances relatives des valeurs pour l'individu, les rapports entre ces valeurs (en synergie ou en opposition), d'où en sortira une tendance globale plus ou moins affirmée à l'encouragement ou au rejet de l'acte. Les modalités des rapports entre valeurs expliquent la diversité des comportements possibles d'un individu vis à vis d'un acte donné. C'est celui-ci qui « réveille » cet ensemble de valeurs avec leurs rapports, à l'instant *t* pour l'individu *I*. La théorie « autonomie, dépendance et stratégie » déjà présentée a formalisé les relations entre les valeurs, leur importance, les relations entre valeurs et actes. Dans cette succession, où se situent les jugements ? Pour cela, nous avons réuni un groupe de cadres soignants qui a établi une liste de dix-neuf jugements possibles des soignants vis à vis des soignés. Puis nous avons croisé ces jugements avec les valeurs déjà recensées lors des expérimentations précédentes. Enfin, nous avons fait de même auprès de soignants d'unités de soins, par enquête. Ces expérimentations montrent qu'il y a lieu de bien distinguer jugement et valeur (contrairement aux définitions généralement admises). La seconde voie de recherche provient du questionnement suivant : le modèle semble bien expliquer les degrés d'autonomie / non-autonomie des individus vis à vis des actes à effectuer. Cependant un soignant ne perçoit que les actes des soignés : comment « remonter » le modèle, à savoir comment percevoir les valeurs, leurs importances, les jugements vis à vis des soins proposés ? Sur le plan théorique (mathématique des matrices), pour aboutir à un même comportement, il y a un grand nombre de possibilités de combinaisons importance/nombre de valeurs mobilisables/type de jugements (que nous avons dénommé « racines »). Nous avons trouvé deux séries de lois théoriques : la première concerne les distributions des racines possibles selon les nombres de valeurs mobilisées ; la seconde concerne le nombre de valeurs mobilisées selon le nombre d'actes à réaliser. Dans ce dernier cas, deux lois théoriques apparaissent. La première concerne le nombre de valeurs mobilisées pour des

actes isolés. La seconde est que pour des actes combinés, le nombre de valeurs mobilisées s'accroît fortement et se superpose aux premières. Nous avons tenté de vérifier ces deux dernières lois dans le cas des soins. Quel est le nombre de valeurs mobilisées pour l'installation d'un patient au repas ou l'aide à l'alimentation ? Que se passe-t-il si pour un patient il convient d'assurer ces deux actes successivement ? Cela a-t-il des effets sur le degré d'importance de chacun de ces actes ? Nous avons réalisé la même procédure pour les actes somatiques « prise de la tension artérielle (PTA) » et « prélèvement de sang (PrS) », deux actes qui peuvent être exécutés seuls ou successivement selon les besoins du patient. Les résultats empiriques semblent confirmer les lois théoriques. Nous expérimenterons la théorie auprès d'un patient diabétique (médication).

86-BR - O Acesso ao Medicamento pela via Judicial no Brasil: um estudo de caso.

Maria Célia Delduque e Sílvia Badim Marques, Brasil

delduque@fiocruz.br

Resumo

O trabalho teve como objetivo a análise quali-quantitativa das decisões judiciais em matéria de medicamentos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. A unidade de análise foram os processos judiciais do tribunal estudado. Os resultados demonstraram que os medicamentos solicitados estão, em sua maioria, fora das listas oficiais e protocolos clínicos. Conclui-se que o Judiciário tem casos fáceis e difíceis em matéria de assistência farmacêutica, e a pesquisa demonstrou que as demandas judiciais por medicamentos implicam em uma má-gestão da Administração Pública Sanitária.

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo el análisis quali-quantitativa de las decisiones judiciales sobre medicamentos del Tribunal de Justicia del Distrito Federal. La unidad de análisis fueron los procesos judiciales del Tribunal referenciado. Los resultados demostraron que los medicamentos solicitados están, en su mayoría, fuera de las listas oficiales y protocolos clínicos del sistema público de salud. Fue concluido que el Poder Judicial tiene casos fáciles y difíciles en materia de asistencia farmacéutica, y la investigación demostró que las demandas judiciales tienen relación con la administración pública sanitaria.

SESSÃO 25 – Sala C **16:00 – 17:45**

Tema: Sistemas de Informação e Tecnologias

26-M - Hacia un Sistema Único de Información Nacional de Medicamentos en México, como condición para coadyuvar al seguimiento del ODM 8.

Angélica Ivonne Cisneros Luján, México

cisneluj@hotmail.com; acisneros@uv.mx

Resumen

Diagnóstico realizado a través de la aplicación de un cuestionario a 64 Instituciones del sector salud de México en 2011, que muestra la heterogeneidad de los sistemas de información de abasto y precios de medicamentos, y fundamenta la importancia de impulsar un sistema único de información y construcción de bases de datos de precios que favorezcan el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio respecto de esta temática.

Résumé

Le diagnostic fait par l'application d'un questionnaire à 64 établissements dans le secteur de la santé au Mexique en 2011, montrant l'hétérogénéité des systèmes d'information de l'offre et les prix des médicaments, et fonde l'importance de la création d'un système d'information unique nationale des médicaments pour fournir des preuves pour la prise de décision sur l'équité dans l'accès, l'amélioration du financement et la construction de systèmes informatiques de prix qui aident à superviser des Objectifs du Millénaire pour le développement sur ce sujet.

31-E - Primera experiencia de desarrollo del resumen del paciente basado en el estandar ISO/CEN13606.

Francisco José Farfán Sedano, Marta Terrón Cuadrado; Pablo Serrano Balazote; Luis Lechuga Suarez e Montserrat Robles Viejo, España

106-BR - Uso do sistema de informação hospitalar do sistema único de saúde (SIH-SUS) para identificação da morbidade materna extremamente grave.

Maria da Consolação Magalhães e Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Brasil
consolamagalhaes@hotmail.com

Introdução: A Organização Mundial de Saúde -OMS definiu como caso de morbidade materna extremamente grave(MMEG) aquele em que a mulher quase foi a óbito por complicações que ocorreram durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação mas, sobreviveu. A MMEG é utilizada como indicador de padrão de cuidados prestados na assistência materna em países desenvolvidos, uma vez que os óbitos maternos são cada vez mais raros. Os sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil, como o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), contam com grande número de dados que poderiam contribuir para estudos da mortalidade e morbidade materna. O SIH-SUS refere-se apenas às internações ocorridas em hospitais que atendem pelo SUS, enquanto o SIM capta todos os óbitos ocorridos

Objetivos: Estimar a prevalência da morbidade materna extremamente grave, identificar procedimentos hospitalares associados e contribuir para que sejam incorporados pelos serviços de vigilância da saúde materna.

Métodos: Trata-se de um estudo de prevalência da MMEG realizado com os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) fornecidos pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, referente ao período de 2006 e 2007. Foram selecionados os internamentos cujo diagnóstico principal compreendia todo o capítulo XV da CID10 - Complicações da gravidez, aborto, parto e puerpério e/ou internações em que procedimentos obstétricos foram realizados (n=8620 mulheres). Foram identificados os códigos dos procedimentos realizados, procedimentos especiais e atos profissionais que pudessem contemplar o critério de MMEG proposto pela OMS e outros procedimentos que não são habitualmente utilizados durante o período gravídico-puerperal como: edema pulmonar, septicemia, histerectomia, admissão em UTI, entre outros. Mulheres com e sem MMEG foram comparadas segundo o critério utilizado e procedeu-se a análise de regressão logística incluindo as variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada.

Resultados: no período de 2006 e 2007, 8620 mulheres tiveram internamentos por complicações da gravidez/aborto, parto ou puerpério e/ou tiveram procedimentos obstétricos. A prevalência de morbidade materna foi 37,8 por 1000 mulheres e a taxa de mortalidade foi 12 por 100000 mulheres. O tempo de internação maior que quatro dias foi 13 vezes mais alto entre as mulheres que apresentaram MMEG. A razão de prevalência para permanência do recém-nascido após alta da mãe, ter filhos nascidos mortos e óbito da criança antes da alta da mãe foi mais elevada entre as mulheres com MMEG, respectivamente 2,52, 4,86 e 4,41, apresentando-se como fatores preditores da mesma.

Conclusão: Foi alta a prevalência de morbidade materna extremamente grave, associada principalmente às internações e variáveis relacionadas ao recém-nascido. O critério para identificação dos casos e o uso do Sistema de Informações Hospitalares mostraram-se úteis para a vigilância da morbimortalidade materna e para ampliar o conhecimento sobre os aspectos que a envolvem, contribuindo para a melhoria na qualidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

168-BR - Sisrebrats: base de estudos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) na língua portuguesa.

Ana Paula Cavalcante de Oliveira, Christine N.S. Koury, Augusto César da Motta Willer, Lenilson Gonçalves, Kathiaja Miranda, Marina Freitas e Flávia Tavares Silva, Brasil

194-I - Farmacosorveglianza veterinaria: uno strumento di sanità pubblica per la prevenzione della salute dei Cittadini.

Luca Carlo Sala e Dania Brioschi, Italia
Luca.Sala@aslbi.piemonte.it

Riassunti

È ormai da tempo assodato che il controllo delle minacce alla salute ed al benessere degli animali, rappresentate da batteri, virus, parassiti e altri patogeni, deve essere ottenuto attraverso l'adozione di corrette pratiche igienico sanitarie di allevamento (GMP) quali il "tutto pieno tutto vuoto", la disinfezione degli impianti e attrezzature, l'adozione di norme di biosicurezza, l'approvvigionamento di animali da allevamenti e aree certificate dal punto di vista sanitario, il controllo dello stress. Oltre a ciò l'allevamento di animali non può prescindere dall'uso "prudente" di farmaci, vaccini e altri medicinali veterinari che agiscono sulla loro salute tanto in forma preventiva che curativa, sia in caso di animali d'allevamento che in caso di animali domestici o da compagnia. Nel primo caso lo stato di salute degli animali stessi può ripercuotersi in modo drammatico sulla salubrità degli alimenti che questi producono ed in ultima analisi sullo stato di salute dei Cittadini Consumatori. Non va inoltre sottovalutato il rischio per la salute pubblica che residui di farmaci possono rappresentare nel

caso in cui non siano rispettati adeguati tempi di sospensione fra la somministrazione e l'utilizzo degli eventuali prodotti quali latte, carne, uova, miele, pesce, ecc.

Rischi derivanti dall'uso del farmaco in ambito veterinario sono inoltre rappresentati in modo significativo dal possibile inquinamento dell'ambiente che antibatterici, vaccini, ormoni possono provocare una volta introdotti nell'organismo animale, metabolizzati ed eliminati attraverso gli organi emuntori. A cifrare l'importanza di questi concetti sta il fatto consolidato che la questione ambiente o meglio sicurezza ambientale, rappresenta uno dei quattro punti chiave del concetto di sicurezza di un farmaco. Quest'ultima può significativamente influenzarne la registrazione, l'uso, il destino e la commercializzazione. È infatti opinione comune che, seppure in forma più modesta, oltre all'industrializzazione, all'uso di combustibili fossili e pesticidi agricoli e alla deforestazione, l'allevamento animale dà un significativo contributo ai problemi ambientali segnatamente nelle aree dove si è maggiormente sviluppato.

Résumé

C'est depuis longtemps que la surveillance des menaces à la santé et au bien-être des animaux, représentées par des bactéries, des virus, des parasites et d'autres pathogéniques, doit être obtenue grâce à l'adoption de correctes pratiques hygiénique-sanitaire d'élevage (GMP). En outre l'élevage des animaux ne peut pas laisser de côté l'emploi "prudente" de médicaments, vaccins et d'autres médicaments vétérinaires qui agissent sur leur santé tant en forme préventive que curative, soit en cas d'animaux d'élevage qu'en cas d'animaux domestiques ou de compagnie. Dans le premier cas l'état de santé des animaux peut se répercuter de façon dramatique sur la quantité, qualité et salubrité des aliments, que ceux-ci produisent, et en dernière analyse sur l'état de santé des Citoyens Consommateurs. Il ne faut pas surtout oublier le risque pour la santé publique que les résidus de médicaments peuvent représenter dans le cas où des temps appropriés ne seraient pas respecter dans la suspension entre l'administration et l'usage de leurs produits comme le lait, la viande, les oeufs, le poisson, le miel ecc.

En 1999 le Conseil Européen a accepté un acte normatif intitulé "A strategy against the microbial threat" où il est souligné que l'AMR (résistance aux antibiotiques) constitue un problème de santé publique en termes de morbidité, de mortalité, de qualité des soins et des coûts d'assistance. Des risques provenant de l'emploi du médicament dans le cadre de vétérinaire sont en outre représentés de façon significative par la pollution de l'environnement que les antibactériennes, les vaccins, les hormones peuvent provoquer une fois introduits dans l'organisme animal, digérés et supprimés grâce les organes de la traite.

SESSÃO 26 – Sala D

16:00 – 17:45

Tema: Potencialidades e Inovações nos processos de Trabalho em Saúde.

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

S8-BR 101-BR - Comunidade virtual de práticas e etnografia digital – tecnologia para qualificação da atenção primária à saúde.

Erica Lima Costa de Menezes, Hêider Aurélio Pinto, Helena Eri Shimizu e Magda Scherer, Brasil

S8-BR 127-P - Práticas avançadas de enfermagem em Portugal: estímulos e barreiras para a inovação.

Gilles Dussault, M. Temido, I. Fronteira, L. Lapão e J. Buchan, Portugal

S8-BR 130-Q/E - Collaboration internationale pour la traduction, l'adaptation et l'évaluation d'outils pédagogiques informatiques pour l'enseignement de la lecture critique et de la pratique informée par des données factuelles.

Marie-Pierre Gagnon, Johanne Gagnon e José Asua Batarrita, Québec/España

S8-BR 136-BR - A construção coletiva do Sistema de Atenção à Saúde do Servidor: história e perspectivas nas instituições de saúde do Rio de Janeiro-Brasil.

Elsa Thomé de Andrade e Simone Gonçalves de Carvalho, Brasil

migmau@terra.com.br

Resumo

O trabalho registra:

- Processo de criação do Subsistema Integrado de Saúde do servidor Público Federal e o percurso vivido pelos profissionais de saúde do trabalhador das instituições de saúde no Rio de Janeiro.

- Diagnóstico dos serviços de saúde do trabalhador das unidades a partir da realização da análise das mudanças e avanços na estrutura e nas ações.

Fundamentação: Políticas Nacional de Saúde e do Trabalho e de Humanização.

Modelo teórico desta pesquisa: investigação qualitativa, pela preocupação de interpretação social, e análise do objeto com vivência direta da realidade.

Résumé

Les rapports registre:

- Processus de création de Sous-système Intégré de la Santé pour le Travailleur Fédéral et le parcours vécu par les travailleurs de soin du travail des établissements de santé à Rio de Janeiro.

- Le diagnostic de services de santé au travail des unités second l'analyse qui montre les progrès et les changements dans la structure et en les actions.

Justification de l'analyse: Politique Nationale de Santé et du Travail et Humanisation.

Le modèle théorique de cette recherche: qualitative pour la préoccupation de l'interprétation sociale, et l'analyse de l'objet ayant une expérience directe de la réalité.

S8-BR 144-E - Gestión de las tres etapas formativas en el marco de los equipos de trabajo. Herramientas para la implantación de planes de desarrollo individual basados en competencias.

Teresa Campos García, España

S8-BR 151-BR - Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD: uma proposta em rede para a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS.

Mareni Rocha Farias, Fabíola Bagatini, Fernanda Manzini¹, Kaite Cristiane Peres, Marcelo Campese, Guilherme Daniel Pupo, Raphaela Cardoso de Oliveira, Eliana E. Diehl, Luciano Soares, Rosana I. dos Santos e Silvana Nair Leite, Brasil
marenif@pq.cnpq.br

Objetivo: Relatar experiência da estruturação do projeto do curso Especialização em gestão da assistência farmacêutica – EAD: uma proposta em rede para a qualificação da assistência farmacêutica no SUS.

Contexto: A Constituição Brasileira de 1988 definiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde e no artigo 196 estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Entre as políticas relacionadas à estruturação da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde no Brasil estão a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM 3.916/1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS 338/2004). As políticas do setor visam garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos de qualidade. Nos últimos anos a estruturação da assistência farmacêutica passou a adquirir importância na organização e gestão da saúde. Em 2011, o orçamento do Ministério da Saúde para a aquisição de medicamentos foi cerca de 7,5 bilhões de reais, correspondendo a 12% do orçamento total do ministério. O êxito das mudanças no setor exige também um investimento na qualificação dos profissionais.

Descrição da experiência: O projeto Especialização em Gestão da Assistência

Farmacêutica – EAD: uma proposta em rede para a qualificação da Assistência

Farmacêutica no SUS foi organizado pelo Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC para atender à demanda do Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do SUS – PNDG, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, responsável pelo financiamento. O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE contribui com o apoio técnico-estratégico para a sua estruturação. O curso é desenvolvido no âmbito da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS).

Os conteúdos do curso foram estruturados em sete módulos, cada um constituído por unidades de aprendizagem. Para a elaboração dos conteúdos das unidades foram convidadas duas a três pessoas de diferentes regiões do país, totalizando 56 pessoas de 20 instituições. O Módulo de Gestão da assistência farmacêutica propõe um exercício de planejamento estratégico situacional – PES - construindo um Plano Operativo(PO). De forma didática, o PO visa exercitar habilidades de autonomia, pró-atividade e comunicação, desenvolvido no local de trabalho do especializando. Os estudantes são motivados a mobilizar os diferentes atores, interpretar e sistematizar as informações na identificação e priorização dos problemas. A partir do problema priorizado, o especializando projetará a “imagem-objetivo”, a situação ideal, propondo soluções para resolução ou melhorias. O Curso propõe como modelo de Trabalho de Conclusão de Curso um Estudo de Caso, cujo objeto/tema é o processo de desenvolvimento do PO, orientado por um docente credenciado.

A adequação dos conteúdos para o formato EAD contou o trabalho de equipes de *design* instrucional e de *design* gráfico. O material é disponibilizado nos formatos *on line* e *pdf*, o qual pode ser impresso como livro didático. Também foram produzidos vídeos por uma equipe do curso de Cinema da UFSC.

O Curso utiliza a plataforma Moodle como Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA) e conta com uma equipe do curso de Ciências da Computação na administração e suporte no desenvolvimento de ferramentas específicas.

A oferta do curso foi organizada em etapas por região geográfica: Nordeste; Norte/Centro-Oeste; Sul e Sudeste. Em cada região foram identificadas instituições para sediar os Pólos Regionais Presenciais considerando as potencialidades para a nucleação de uma rede regional, as lacunas em termos de oferta de formação continuada e as possibilidades de acesso. São 18 polos, os quais contam com um coordenador e uma equipe de tutores, totalizando 79 tutores.

O número de vagas e os critérios de classificação foram estabelecidos de acordo com a realidade regional.

A execução do curso está a cargo de uma Comissão Gestora constituída por cinco coordenações: Coordenação de Curso, Pedagógica, de Regionalização, de Tutoria e de TCC exercida por cinco docentes e conta com uma equipe de cinco farmacêuticos contratados como suporte técnico-pedagógico. A validação do material e a administração do ambiente virtual são realizadas por três farmacêuticos e um profissional da área de informática.

O Curso ofertou 2000 vagas e envolve cerca de 800 pessoas na sua elaboração e operacionalização em todo o país, constituindo uma rede para qualificação da assistência farmacêutica no SUS.

S8-BR 182-BR - Jornada de trabalho e valor da força de trabalho da enfermagem.

Tatiane Araújo dos Santos e Cristina Maria Meira de Melo, Brasil

tatinearaujosantos@yahoo.com.br

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a jornada de trabalho da enfermeira no Brasil. Foram analisados 18 artigos, que foram buscados nas bases científicas Scielo e Lilacs, obedecendo aos critérios de inclusão ser publicado entre os anos 2000 a 2011, estar em texto completo, língua portuguesa e que tratasse do tema.

A força de trabalho é conceituada como a capacidade física, mental e psíquica que o trabalhador utiliza para produzir os bens necessários à sua manutenção. A jornada de trabalho é o tempo que o trabalhador e a trabalhadora disponibilizam ao empregador o uso da sua força de trabalho (Marx, 1996).

A jornada de trabalho da enfermeira no Brasil possui uma carga horária semanal de trabalho que varia entre trinta e quarenta e quatro horas e as jornadas diárias podem variar entre seis, oito, doze ou vinte e quatro horas, ou jornadas de trabalho de quatro dias de seis horas e um dia de doze horas, de acordo com o que for estabelecido em seu contrato de trabalho. A luta pela regulamentação da jornada de trabalho para as profissionais de enfermagem já ultrapassa meio século. Atualmente, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 2295/2000, que fixa a jornada de trabalho das profissionais de enfermagem em 6 horas diárias e trinta horas semanais.

Analisando a jornada de trabalho semanal entre 2003 e 2010, nota-se que cada vez mais crescem os vínculos cuja jornada compreende-se entre 31 a 44 horas. Além deste aumento real, o aumento da jornada de trabalho também se materializa pelo acúmulo de vínculos por parte das enfermeiras, de modo a compensar os baixos salários, conforme demonstram outros estudos no campo. Neste cenário figuram ainda as horas extra e a sublocação de postos de trabalho (Veras, 2003), prática também conhecida como venda de plantões. Os motivos mais alegados para a realização desta prática é a coincidência entre as escalas dos distintos vínculos trabalhistas, o cansaço físico e mental, também devido aos múltiplos vínculos ou outros motivos de ordem pessoal, a exemplo de compromissos familiares. As enfermeiras que compram os plantões das colegas alegam o baixo salário como um dos motivos que as levam a executar esta prática, sendo estes plantões extras uma complementação ao salário.

As principais consequências da jornada de trabalho extensiva apontadas nos artigos para enfermeiras são desgaste físico e mental, estresse, a deteriorização do convívio familiar e social e prejuízos para a assistência prestada.

O aumento da intensidade da jornada de trabalho contribui para a desvalorização da força de trabalho, pois o preço que é pago ao trabalhador, geralmente, não compensa o desgaste ao qual este é submetido. Assim, mesmo que o salário em termos absolutos suba, o desgaste físico, mental e emocional do trabalhador não compensa o ganho, pois nesta situação adversa diminui o uso útil da sua força de trabalho, dado que, quando submetido a situações de trabalho intenso, o trabalhador está mais propenso a acidentes e ao adoecimento.

De modo a evitar o desgaste da força de trabalho através do acúmulo de diversos vínculos, a redução da jornada de trabalho tem que estar vinculada ao estabelecimento de salários dignos, capazes de possibilitar a subsistência das trabalhadoras com uma quantidade menor de vínculos trabalhistas. Cabe ainda colocar que a redução da jornada de trabalho deve significar para as enfermeiras a oportunidade de tempo verdadeiramente livre (Antunes, 2010), que possibilite o desenvolvimento pessoal e político científico da profissão e a realização de uma prática de cuidado com qualidade.

SESSÃO 27 – Sala D
17:00 – 18:30

Tema: Avaliação do acesso universal com qualidade nos serviços de saúde: dilemas e desafios

Sessão organizada : Professora Marluce Maria Araújo Assis, Univ. Estadual de Feira de Santana, Brasil

S5-BR 52-BR - ACESSO UNIVERSAL E EQUITATIVO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: modelo de análise.
Marluce Maria Araújo Assis e Washington Luiz Abreu de Jesus, Brasil

Resumo

Neste texto de revisão teórica, pretendemos discutir as diferentes abordagens, a análise do contexto e as políticas voltadas para grupos especiais sobre acesso. Identificaram-se avanços na diminuição das iniquidades em saúde e na ampliação do acesso na rede do Sistema Único de Saúde. Observaram-se limites relacionados à acessibilidade, descentralização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais. Por fim, o modelo de análise proposto busca desenvolver uma postura crítica para intervir nas práticas e serviços de saúde.

Resumen

En este trabajo de revisión teórica, tenemos la intención de discutir los diferentes enfoques, el análisis del contexto y las políticas de los grupos especiales de acceso. Se identificaron los avances en la reducción de las inequidades en salud y un mayor acceso a la red de los límites del Sistema Único de Salud. Los límites se han observado en relación con la accesibilidad, la descentralización de la red de servicios, con viviendas inadecuadas y en el proceso de atención a grupos específicos, y las disparidades regionales. Por último, el modelo de análisis propuesto tiene por objeto desarrollar una posición crítica para intervenir en las prácticas y los servicios de salud.

S5-BR 53-BR – Atenção primária e acesso aos serviços de saúde: evidências para um modelo de análise.

Washington Luiz Abreu de Jesus e Marluce Maria Araújo Assis, Brasil
washingtonluz.abreudejesus@gmail.com

Introdução: A Atenção Primária (AP), definida a partir da Declaração de Alma Ata, foi considerada portadora de cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todos dentro de uma lógica de prevenção, reabilitação e de articulação com os demais níveis de atenção, representando “porta de entrada” capaz de garantir o acesso e a utilização dos serviços demandados, o que aproximaria instituições de saúde e comunidade. Nos últimos anos vários estudos vêm demonstrando a importância da AP na reorientação do acesso da população às ações e serviços nos sistemas universais de saúde.

Objetivo: Busca-se apresentar um modelo de análise para a questão do acesso às ações e serviços de saúde na atenção primária (AP), considerando a equidade, a integralidade e a construção da autonomia dos sujeitos no processo do cuidado.

Aspectos teórico-metodológicos: A partir da discussão teórica sobre os “modelos” de gestão e atenção para produção dos cuidados primários em saúde, realizou-se uma revisão sistemática de artigos científicos indexados e de estudos realizados em diversas partes do mundo nos últimos dez anos, disponíveis na web por meio dos portais BVS e e-portuguese, utilizando técnicas cientométricas.

Resultados: Como planos que constituem a produção social do “acesso”, evidenciaram-se os planos da equidade, integralidade e da autonomia dos sujeitos, que se conformam a partir de quatro dimensões: econômico-social, político-gerencial, tecnoassistencial e simbólico-subjetiva. São determinados pelas regras básicas de constituição dos processos de gestão e atenção à saúde e pelos fluxos de produção do cuidado nos âmbitos macro, meso e micro políticos.

Discussão: Vários estudos selecionados, de natureza empírica, conferiram consistência ao modelo proposto. No plano da equidade são evidenciados avanços significativos na cobertura assistencial e disponibilidade de serviços de AP, porém com limitações no financiamento, participação social e garantia de acesso às populações de maior risco social e vulnerabilidade. Quanto à integralidade, evidenciam-se esforços na construção de modelos de gestão e atenção que reforçam o papel da AP nos sistemas universais, porém ainda persistem tensões quanto à sustentabilidade desses modelos, considerando o contexto de crises no setor saúde e as dificuldades de acomodação funcional do sistema às necessidades de saúde da população. Em relação à construção da autonomia, em que pesem os esforços empreendidos, ainda persiste uma tensão no tocante às representações sociais do processo saúde-doença e dos serviços de saúde na percepção dos usuários, o que interfere na sua capacidade de uso, aceitação e satisfação.

Considerações finais: Conclui-se que o modelo proposto pode ser útil para analisar o acesso às ações e serviços de

saúde a partir da AP, haja vista que esta vem sendo construída socialmente como “porta de entrada” e “coordenadora do cuidado” nos sistemas universais de saúde, tomando com base orientadora práticas integrais, de qualidade e com grande potencial resolutivo.

S5-BR 54-BR – Estratégia saúde da família em município da Bahia, Brasil.

Erenilde Marques de Cerqueira, Marluce Maria Araújo Assis; Priscila Nogueira Viana; Maria Angela Alves do Nascimento; Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues e Adriano Maia dos Santos, Brasil
eremarques@fsonline.com.br

Introdução: O Estado brasileiro, ao assumir a saúde como direito fundamental, estabeleceu como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde (APS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo reorganizar a prática em caráter substitutivo ao modelo hegemônico, constituindo-se em “porta de entrada” do sistema e possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde qualificados, integrais e resolutivos.

Objetivos: analisar a formas de acesso do usuário no PSF em um município da Bahia, Brasil; e discutir se o PSF é de fato “porta de entrada” do usuário na APS do referido município.

Métodos: pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando como campo de investigação três Unidades do PSF. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (28 pessoas – 16 trabalhadores, 03 gestores e 09 usuários) e observação da prática. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2007) e as observações o fluxograma analisador (MERHY, 2002). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Resultados e Discussão: estudo revela que a ESF desse município tem cumprido parcialmente o papel de “porta de entrada” do sistema, pois nem sempre garante o acesso do usuário na rede. Observou-se que há uma crônica demanda por serviços de uma população empobrecida e carente, o que vem extrapolando a capacidade das unidades em ofertar serviços suficientes e adequados para todos, frente a um sistema que encontra problemas em seu financiamento, com oferta insuficiente de atendimento, medicamentos, entre outros. No que concerne às práticas desenvolvidas na ESF, há conflitos entre as atividades preventivas e curativas e fragmentação das ações, caracterizando uma clínica prescritiva, que dicotomiza o pronto-atendimento e as ações programáticas, comprometendo a universalidade do acesso e o atendimento integral. O fluxo do usuário na rede de atenção caracteriza-se pela grande dificuldade de acessar consultas especializadas e exames de maior complexidade na rede de serviços do SUS, além de fragilidades no sistema de referência e contra-referência, evidenciando um sistema fragmentado, desarticulado, com baixo desenvolvimento das tecnologias leves e pouco resolutivo. Quanto à dimensão política, foi encontrada pouca participação dos usuários e trabalhadores de saúde no Conselho Local de Saúde, mostrando a passividade, alienação e baixa politização de trabalhadores e usuários, o que dificulta o exercício do controle social. A dimensão simbólica interage com a dimensão política, pois são as representações que os usuários e trabalhadores têm acerca das necessidades em saúde, contribuindo para a dificuldade de desenvolvimento da consciência sanitária, que permite a luta por seus direitos frente a uma sociedade excludente, iníqua e pouco solidária.

Considerações finais: a ESF ainda não se constituiu plenamente em “porta de entrada” da APS, tornando evidentes conflitos entre as atividades preventivas e curativas e fragmentação das ações, caracterizando uma clínica prescritiva, que dicotomiza o pronto-atendimento e as ações programáticas, comprometendo a universalidade do acesso e o atendimento integral.

S5-BR 55-BR – Acesso à estratégia saúde da família em um município da Bahia, Brasil: oferta x demanda.

Priscila Nogueira Viana, Marluce Maria Araújo Assis, Washington Luiz Abreu de Jesus, Maria Angela Alves do Nascimento e Ana Aurea Alécio de Oliveira Rodrigues, Brasil
priscilav2005@yahoo.com.br

Introdução: O Estado brasileiro, ao assumir a saúde como direito fundamental, estabeleceu como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, reafirmando, posteriormente, através da Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96), a resposta a demanda das pessoas como responsabilidade da gestão. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi reconhecida como fundamental na reorganização no modelo de saúde brasileiro, ao permitir a possibilidade de acesso universal e contínuo a serviços de saúde qualificados, integrais e capazes de responder às demandas e necessidades dos indivíduos. Desse modo, o lema deveria ser o desenvolvimento de uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, conforme proposto por Giovanella e Fleury (1996), promovesse o equilíbrio na relação oferta e demanda, através do desenvolvimento de dispositivos tecnológicos capazes de superar as adversidades impostas pelo modelo neoliberal, aproximando-se da realidade, dinâmica de relações entre sujeitos, teoria e prática (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010; PINHEIRO, 2001). No entanto, em que pese o potencial da ESF na luta para construção de um sistema de saúde universal, têm-se observado que os serviços de saúde convivem com “acessos seletivos, excludentes e

focalizados", estando em desacordo com a legislação (ASSIS;VILLA; NASCIMENTO, 2003) e, deste modo, não tem se efetivado como direito de cidadania.

Objetivo: analisar o acesso à Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município da Bahia, Brasil, na perspectiva da relação oferta e demanda.

Métodos: trata-se de uma pesquisa qualitativa, crítico-reflexiva, utilizando como campo de investigação três Unidades de Saúde da Família (USF) em um município do Estado da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (28 entrevistados - 16 trabalhadores de saúde, 09 usuários e 03 gestores) e observação sistemática das USF, no período de julho a dezembro de 2009. A análise dos dados foi orientada por análise de conteúdo temática e complementada por fluxograma analisador. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Resultados e discussão: a ESF no município em questão não tem garantido o acesso resolutivo e universal aos usuários. Há um grande desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços da ESF, caracterizado pela demanda espontânea, nem sempre acolhida, e a demanda organizada, que acessa com mais facilidade as ações programáticas. As dificuldades são agravadas com a oferta de serviços de baixa resolubilidade, pautada pelo modelo hegemônico, com valorização excessiva de procedimentos médicos e exames; estabelecimento de critérios burocráticos e de restrição de acesso na "porta de entrada"; pouco desenvolvimento de tecnologias relacionais como acolhimento, vínculo e responsabilização das equipes de saúde, gerando uma demanda reprimida, com a permanência dos usuários por muito tempo em serviços pouco resolutivos, superlotando-os e dificultando o acesso. Assim, evidenciam-se filas e custos econômicos, sociais e simbólicos, e uma sensação de desamparo e descrédito no sistema de saúde, realidade inconcebível num sistema que propõe acesso público e universal. Tais conclusões estão em consonância com diversos estudos no campo da saúde coletiva realizados em âmbito nacional. Desse modo, a garantia do acesso com disponibilidade de serviços e recursos e com capacidade financeira ainda constitui em desafio para a construção de um sistema universal e gratuito. Tais dificuldades são ainda mais excludentes quando postas a indivíduos que realmente não tem como pagar por custos adicionais e precisam da efetivação do direito à saúde e seus serviços com gratuidade e competência. Por isso, a garantia do acesso aos serviços de saúde, conforme previsto na constituição, para além do equilíbrio entre a oferta e demanda, deve incluir não apenas políticas públicas que façam valer os princípios fundamentais do SUS, como a universalidade, equidade e integralidade, mas o compromisso e a solidariedade dos diversos atores sociais com a construção de uma sociedade plena de direitos e de saúde.

Considerações finais: a relevância do estudo em questão é evidenciada à medida que traz algumas considerações acerca de aspectos que concorrem para o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços de saúde que compõem o SUS no município analisado, plausíveis de serem extrapoladas para o contexto nacional. Tais considerações podem contribuir para a reflexão crítica dos diversos atores inseridos no sistema de saúde, desde usuários, trabalhadores e gestores, bem como da população em geral, na construção de um sistema de saúde justo e solidário.

S5-BR 56-BR – As dimensões do acesso ao programa de controle de tuberculose em um município da Bahia, Brasil.

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia, Marluce Maria Araújo Assis e Tereza Cristina Scatena Villa, Brasil
anamargarette@yahoo.com.br

Resumo

O estudo analisa as dimensões do acesso dos usuários nos serviços de controle da Tuberculose em um município da Bahia. A entrevista semiestruturada e a observação da prática no atendimento à Tuberculose foram às técnicas de coleta de dados, sendo esses últimos submetidos à análise temática e confrontados com as representações dos diferentes sujeitos articulando-os com o referencial teórico do estudo. A forma de deslocamento é um fator que facilita ou dificulta o acesso aos serviços de saúde, sendo predominante o deslocamento a pé. O estudo evidencia que os trabalhadores tiveram dificuldade na realização de visita domiciliar, pela disponibilidade de transporte. Com relação à forma de organização da atenção à Tuberculose os procedimentos estão centralizados na unidade de referência e no atendimento médico, mas, tanto os usuários quanto os profissionais estão satisfeitos com a oferta adequada dos medicamentos, e apontam benefícios, em particular na unidade de referência para o controle. O preconceito que circula ao redor da Tuberculose tem dificultado o acesso aos pacientes, pois os doentes preferem ser acompanhados na unidade de referência para não serem rotulados como tuberculoso o que é um fator dificultante para o diagnóstico e tratamento da doença.

Resumen

El estudio analiza las dimensiones de acceso de los usuarios a los servicios de control de la tuberculosis en un municipio de Bahía. Las entrevistas semi-estructuradas y la observación de la práctica en el cuidado de la tuberculosis fueron las técnicas de recolección de datos, siendo esta última objeto de un análisis temático y en comparación con las representaciones de los diferentes temas que articulan con el estudio teórico. El modo de transporte es un factor que facilita o impide el acceso a los servicios de salud, y el desplazamiento predominante en pie. El estudio muestra que los trabajadores tenían dificultad para hacer visitas a los hogares, la disponibilidad de transporte. En cuanto a la forma de organización de los procedimientos de la TB están centralizados en la atención de referencia y el médico, pero los

usuarios y los profesionales están satisfechos con la cantidad suficiente de medicamentos, y muestran beneficios, sobre todo en la unidad de referencia para el control. El prejuicio que circula alrededor de la tuberculosis ha dificultado el acceso a los pacientes porque los pacientes prefieren estar acompañados en la remisión para evitar ser etiquetados como la tuberculosis, que es un dificultad las acciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

S5-BR 57-BR – Avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica em um município da Bahia, Brasil.

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira e Marluce Maria Araújo Assis, Brasil

feltrinlc@yahoo.com.br

Introdução: A distribuição de medicamentos é uma das atividades da Assistência Farmacêutica (AF). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998 (BRASIL, 1998), definiu as finalidades da AF dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar ações de saúde demandadas por uma comunidade, estando inclusos o abastecimento (seleção, programação e aquisição), conservação e controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica, acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar seu uso racional.

Objetivo: avaliar diferentes aspectos relacionados à estrutura e aos processos de organização da AF em um município da Bahia, Brasil, utilizando indicadores adaptados das propostas da WHO OPAS/MS (1993) e de Consedey (2000) com base no modelo de avaliação de Donabedian (1990).

Métodos: estudo foi realizado na rede básica de saúde de um município da Bahia, Brasil, com população de aproximadamente 139.000 habitantes. Foram avaliadas todas as unidades da Atenção Básica à Saúde (ABS) do município que realizavam a distribuição de medicamentos do componente farmácia básica. Os dados foram colhidos, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. Foi utilizado formulário com questões pertinentes à estrutura e aos processos da AFB. Em relação à estrutura, os indicadores escolhidos foram: número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com farmácia; condições adequadas de armazenamento e conservação dos medicamentos; disponibilidade de controle de estoque; quantitativo de farmacêuticos lotados na AFB; profissionais envolvidos com atividades ligadas à AFB nas unidades e grau de capacitação dos mesmos. Em relação ao processo, foram escolhidos indicadores como porcentagem de UBS com todos os medicamentos essenciais disponíveis na farmácia; porcentagem de UBS com controle de estoque estabelecido; porcentagem de UBS com medicamentos com prazo de validade vencido na farmácia. Utilizou-se também uma lista de verificação com 39 questões relacionadas a aspectos essenciais quanto à estrutura física do local de armazenamento de medicamentos. Os dados obtidos foram organizados, digitados em um banco de dados, e posteriormente analisados.

Resultados: 84,6% das unidades básicas de saúde não dispunham local adequado para dispensação e armazenamento de medicamentos; 96,2% não tinham previsão de demanda mensal, tanto que 92,3% apresentaram falta de pelo menos um item da lista de medicamentos adotada. Três unidades tinham farmacêuticos que atuavam em atividades da assistência farmacêutica e a maioria dos trabalhadores envolvidos com tais atividades eram pouco capacitados. Observou-se aspectos positivos em relação ao acesso aos medicamentos, como a descentralização da distribuição da dispensação para as unidades de saúde.

Discussão: o acesso aos medicamentos e à AF é parte integrante das ações de saúde e direito do cidadão garantido pela legislação brasileira. A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, principalmente por meio da ABS, exigiu, nos últimos anos, mudanças na distribuição de medicamentos, de maneira a aumentar a cobertura e, ao mesmo tempo, minimizar custos. Os medicamentos distribuídos nesse nível de atenção são chamados medicamentos essenciais, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2005) como aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população e são selecionados de acordo com sua relevância na saúde pública, com evidências sobre a eficácia e segurança. No final da década de 1990, os municípios passaram a gerir a aquisição de medicamentos essenciais distribuídos na ABS a partir de incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde (MS). Em março de 2006, com a aprovação da Portaria GM 698/2006 (BRASIL, 2006), instituiu-se o financiamento para a AF constituído por quatro componentes, entre eles, o Componente Básico da AF, destinado à aquisição de medicamentos no âmbito da ABS. Devido à importância dos medicamentos essenciais para resolubilidade dos sistemas de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), têm construído métodos e indicadores para avaliar os programas de distribuição de medicamentos essenciais dos diversos países do mundo. No Brasil, estudos (GUERRA JUNIOR, 2004; VIEIRA et al, 2008) de avaliação de AF ainda são raros, mas os resultados de algumas pesquisas demonstram uma realidade bem diferente do que está instituído na legislação e recomendado pelo MS. Verificou-se que grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofre com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais na ABS. Percebe-se que a AF não é prioridade dentro dos planos municipais de saúde e, muitas vezes, fica relegada apenas à precária aquisição e distribuição de medicamentos. Dentre os vários problemas encontrados têm-se a falta de mão de obra qualificada, estruturas físicas e processos inadequados, desabastecimentos e erros de dispensação que prejudicam a qualidade e o acesso da população à ABS.

Conclusão: concluiu-se que dificuldades como estrutura física inadequada, processos pouco eficientes e escassez de recursos humanos comprometem a distribuição de medicamentos e prejudicam a integralidade da atenção e a resolubilidade do SUS.

SESSÃO 28 – Sala E

17:00 – 18:30

Tema: Gestão

80-BR - O processo de construção do plano estadual de saúde na Bahia: Atores políticos, jogo social e aprendizado institucional.

Washington Luiz Abreu de Jesus e Carmen Fontes Teixeira, Brasil

100-P - As controvérsias e os consensos da gestão privada em Portugal.

Mônica Freitas, José Manuel Resende e Maria João Nicolau dos Santos; Portugal

Este artigo é parte integrante de um projecto de doutoramento que está desenvolvido no Centro de Estudos Sociológicos da Universidade Nova de Lisboa CESNOVA/ UNL sob a orientação científica do Prof. José Resende da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa FCSH/UNL e co-orientação da Profa. Maria João Nicolau dos Santos do Instituto Superior de Economia e Gestão ISEG.

Propõe-se neste artigo reflectir sobre o papel da Responsabilidade Social no processo de legitimação das reformas implementadas no sistema nacional de saúde português.

A pertinência científica deste estudo, prende-se ao facto de buscar compreender a RS do sector da saúde, a partir da análise às racionalidades individuais que sustentam os conceitos e as práticas implementadas.

Quanto à pertinência prática deste estudo, pode-se dizer que está relacionada ao facto de buscar clarificar o processo da integração da RS num sector, que por si só traduz uma garantia de cidadania consagrada na Carta Universal dos Direitos do Homem.

Além disso, acreditamos que a reflexão que pretendemos realizar ajudar-nos-á a compreendermos até que ponto a introdução da RS no sector da saúde deveu-se à mera transladação de práticas da gestão privada, ou estão relacionados ao objectivo maior de consolidar no seio das políticas pública, uma política de saúde mais socialmente responsável.

Por fim, salientamos que a reflexão que pretendemos realizar é original, na medida em que não outros estudos que contemplem a compreensão da RS sob a óptica das lógicas de justificação (Boltanski & Thévenot, 1991).

Após uma análise exploratória aos sites de sete hospitais localizados na zona ocidental do distrito de Lisboa, verificamos que os hospitais que desenvolvem a RS, apresentam como traço comum, o modelo de gestão que é essencialmente privado.

Dos hospitais que desenvolvem a RS, salienta-se o facto de alguns apresentarem modelo de gestão privada devido à gênese fundacional, ao contrário de outros, que passaram incorporar este modelo, pelo facto de terem sido abrangidos pela vaga de privatizações levada a cabo no sector da saúde, mais precisamente pela constituição de parcerias público – privadas.

O facto de somente os hospitais com modelos de gestão privada desenvolverem práticas de RS, levou-nos a interrogar até que ponto a RS vem sendo implementada com vista a resolução de conflitos e a reunião dos acordos necessários à legitimação da acção produtiva lucrativa no sector da saúde.

A nossa hipótese aponta na direcção de que a RS poderá estar a contribuir para a resolução dos conflitos e para a formalização de acordos principalmente ao nível interno, porque externamente são bem visíveis as vozes de descontentamento quanto às parcerias público – privadas na área da Saúde.

Partindo do pressuposto que a RS possibilita a reunião de acordos, pelo facto de reunificar as várias lógicas de acção produtiva sob a alçada de um princípio superior de bem comum, onde as mais – valias materiais geradas à própria empresa são justificadas e legítimas na medida em que conseguem produzir em simultâneo, mais valias sociais às partes interessadas ou grupos de *stakeholders* com interesse na sua acção produtiva (Almeida, 2010); (Blownfield, 2008); (Garriga & Mellé, 2004); (Krishner, Nueva Sociedad: 2002); (Lee, 2007); (Rego et. all., 2006).

Posto isto, interrogamos: Até que ponto a integração da RS nos modelos de gestão privada dos hospitais, localizados na zona ocidental do distrito de Lisboa, está relacionada ao objectivo de construir uma Política de Saúde Mais Socialmente Responsável? Em que medida esta política favorece ou não os hospitais no cumprimento dos seus deveres no que concerne à autonomia e à responsabilidade? Até que ponto esta política de saúde mais socialmente responsável propicia a formalização de acordos no interior dos próprios hospitais? Quem são os actores envolvidos nos acordos realizados? Quais são os dispositivos accionados pelos actores no processo de concertação da acção social?

Estamos em crer que a constituição de uma política de saúde mais socialmente responsável por via da RS poderá contribuir para a legitimação da acção produtiva lucrativa do sector da saúde, pelo facto de transmitir ao exterior, um sentimento de redistribuição igualitária dos benefícios.

172-I - Sistema di gestione del fármaco.

Antonella Tropiano, S. Forte, V. Montesarchio, M. Spatarella, N. Silvestri, E. Guidetti e A. Giordano, Italia
antonella.tropiano@ospedaldeicolli.it

Introduzione : L'Azienda Ospedaliera "dei Colli" di Napoli è nata il primo gennaio del 2011 dalla fusione di due Aziende Ospedaliere (AORN Monaldi e AORN Cotugno) ed un Ospedale (CTO). Ad oggi rappresenta una delle più grandi Aziende Ospedaliere Specialistiche del sud Italia. La sua conformazione multi plesso, distribuita interamente nel comune di Napoli, rende l'AO una realtà molto complessa ed articolata composta da tre farmacie, due UMACA, e da circa 80 divisioni di degenza.

Il progetto che l'AO sta conducendo è mirato alla *gestione intelligente del farmaco* dalla sua acquisizione, alla prescrizione e somministrazione nonché al tracciamento del somministrato.

Razionale:

La gestione intelligente del farmaco affronta due criticità:

- riduzione dell'errore e quindi miglioramento della qualità nei processi di cura del paziente;
- Il piano di rientro e quindi monitoraggio costante attraverso processi organizzativi di supporto indiretto (software gestionale).

Migliorare la qualità del processo di cura implica l'ottimizzazione dei protocolli farmaceutici e la certezza della terapia (prescrizione/somministrazione). Da studi condotti a livello internazionale dai principali organi statistici, si evince che i danni più frequente arrecati a pazienti ospedalieri sono dovuti alla terapia farmacologica. Infatti, è noto che più della metà degli errori riguardano le fasi di prescrizione e preparazione: si stima che un errore o un near miss possano aver luogo una volta ogni cinque prescrizioni. Gli errori coinvolgono il farmacista, l'infermiere ed il medico; questi operatori hanno, per propria quota parte, la forte responsabilità di diagnosticare e verificare la corretta somministrazione del piano terapeutico.

inoltre, il piano di rientro rende necessario un sistema informativo avanzato in grado di gestire e monitorare l'intero ciclo di vita del farmaco aiutando gli operatori nel proprio flusso di lavoro quotidiano e dando alla direzione strategica uno strumento per consentire di evidenziare criticità ed anomalie.

Obiettivi:

Obiettivi complessivi del progetto sono:

- la verifica della prescrizione terapeutica che permetta di intercettare le possibili cause di errore nel processo di prescrizione attraverso la valutazione di appropriatezza del farmaco (dose, frequenza e via di somministrazione), eventuali duplicazioni terapeutiche, allergie, interazioni reali o potenziali tra il farmaco e altri farmaci o alimenti, variazioni rispetto i criteri definiti dall'organizzazione inerenti all'uso, peso del paziente.
- la tracciabilità farmaco/paziente per ogni singola terapia somministrata finalizzata al controllo del somministrato e dell'aderenza al protocollo terapeutico.
- controllo della spesa reale alla luce dell'effettiva somministrazione, degli sfridi e della gestione dello smaltimento del farmaco. In particolare, un focus particolare è da porre sulla classe dei farmaci oncologici: questa classe farmacologica, oltre ad essere estremamente costosa, richiede una preparazione presso l'UMACA e quindi una corretta gestione dei singoli farmaci che compongono il preparato.

Materiali e Metodi:

Per il perseguimento degli obiettivi prefissati è necessario lavorare su tre ambiti di applicazione:

- **personale medico/infermieristico.** Obiettivi così sfidanti richiedono la forte partecipazione sia pragmatica che motivazionale da parte di tutti gli operatori. La ridefinizione dei protocolli e la validazione delle singole varianti sono il punto di partenza sul quale costruire la componente clinica dell'intero progetto. Solo con una base clinica completa ed esaustiva è possibile "costruire" controlli che tutelino gli operatori in ogni singola fase del proprio lavoro.
- **Sistema informativo.** La realizzazione di un sistema informativo è un'attività molto complessa, spesso ridotta alla sola analisi tecnico/informatica. Un sistema informativo, finalizzato alla raccolta di dati complessi ed integrati, se non è di facile utilizzo e semplifica l'attività degli operatori difficilmente sarà accettato e portato a regime. Per questo, oltre a garantire l'implementazione dei controlli necessari a tutelare gli operatori deve soddisfare tutta una serie di requisiti orientati all'usabilità.
- **Analisi e indicatori.** Un insieme di dati articolato non è di alcuna utilità se non è possibile estrarre da questo informazioni strutturate utili. Il sistema informativo deve offrire alla direzione strategica uno strumento utile e di accesso quotidiano, mediante il quale monitorare ed intervenire nell'organizzazione complessiva aziendale.

Conclusioni:

Il progetto, intrapreso ad inizio 2012, prevede l'informatizzazione di tutto il processo di gestione del farmaco, dalla prescrizione, preparazione fino alla somministrazione. Il progetto prevede una forte integrazione con la cartella clinica informatizzata ad oggi in uso presso l'AO. La prima fase, che dovrebbe essere completata nel mese di Giugno, prevede

l'informatizzazione della farmacia, dell'UMACA e del reparto di Oncologia. La scelta di partire da un reparto di questa tipologia nasce dall'evidenza di poter intervenire in maniera forte sulla gestione di farmaci di complessa preparazione e dal costo considerevole. In questo modo, già i primi risultati attesi saranno rivolti al raggiungimento degli obiettivi prefissati. In questa fase è stata realizzata l'analisi e la definizione dei protocolli oncologici: tale fase è stata condotta dalla direzione sanitaria in accordo con la farmacia ed i medici di reparto.

Successivamente, il sistema sarà esteso a tutti reparti dei tre plessi. Il completamento della seconda fase è previsto per Luglio 2013.

184-M - Acceso al medicamento en México: modelo de financiamiento y equidad.

Raul Enrique Molina Salazar, Jesús Díaz Pedroza, Carmen Zúñiga Trejo e José Federico Rivas Vilchis, México

rems.molina@gmail.com

Resumen

En este trabajo se presentan algunas características del financiamiento y acceso a los medicamentos en México. Asimismo se muestra el nivel de precios y costo del tratamiento en diabetes. El estudio se realiza con base a la encuesta nacional sobre el ingreso y gasto de los hogares en el período 1998-2010. Los hogares más pobres, sin seguridad social, tienen un gasto en medicamentos relativamente mayor que el resto de la población lo cual es inequitativo. El costo del tratamiento para la diabetes con medicinas sin patente es muy elevado.

Résumé

Dans ce travail se présentent certaines caractéristiques du financement et d'accès aux médicaments au Mexique. Il a également été montré le niveau de prix et le coût du traitement dans le diabète. L'étude est menée sur la base de l'enquête nationale sur le revenu et dépenses des ménages dans la période 1998-2010. L'étude est menée sur la base de l'enquête nationale sur le revenu et dépenses des ménages dans la période 1998-2010. Les ménages les plus pauvres, sans sécurité sociale, ont une dépense de médicaments relativement plus que le reste de la population ce qui est inéquitable. Le coût du traitement du diabète avec médicaments sans brevet est très élevé.

S8-BR 187-BR - Gestão Participativa no Trabalho em Saúde na Atenção Primária Saúde no Brasil.

Andréia de Oliveira, Brasil