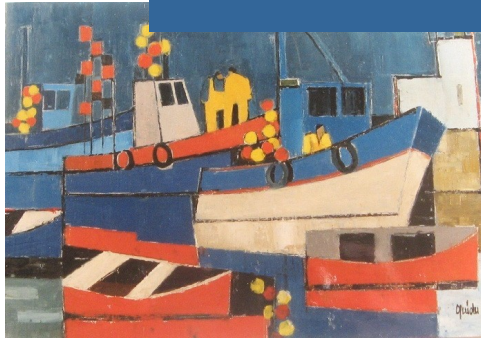


XXIV Congrès de l' ALASS. 29, 30 et 31 août 2013



Thème principal : « Les maladies chroniques, un enjeu pour les systèmes de santé, un enjeu de société »

ALASS bénéficie du support de...

Belgique

- Université Catholique de Louvain. Département des Sciences Hospitalières et Médico-Sociales. Bruxelles
- Université Libre de Bruxelles. Hôpital Erasme. Bruxelles
- Association des Etablissements Publics de Soins (AEPS). Bruxelles
- Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles
- Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. ANMC. Bruxelles

Canada

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal
- Institut National de la Santé Publique du Québec

España

- O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

France

- IRDES. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Paris
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes
- Université Jean Moulin Lyon 3 - IAE Lyon
- France Accréditation. Paris

Italia

- CRISS. Centro interdipartimentale per la Ricerca e l'Integrazione Socio-Sanitaria. Università Politecnica delle Marche. Ancona

Luxembourg

- Entente des Hôpitaux Luxembourgeois. Luxembourg
- Centre de Recherche Public de la Santé. Luxembourg

México

- Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

République de Moldova

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

România

- Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, București (SNSPMPDSB)
- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse / Svizzera

- Département de l'Economie et de la Santé (DES). République et Canton de Genève
- Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

Comité scientifique du programme

Antonio Alfano, Italia
Joan Barrubés, España
Georges Borges da Silva, France
Ennio Cocco, France
Monica De Angelis, Italia
Carlo De Pietro, Italia
Gianfranco Domenighetti, Svizzera
Guy Durant, Belgique
Ana Alexandre Fernandes, Portugal
Cécile Fontaine, Belgique
Marie-Pierre Gagnon, Canada
Berta Maria Iradier, España
Marie Lise Lair-Hillion, Luxembourg

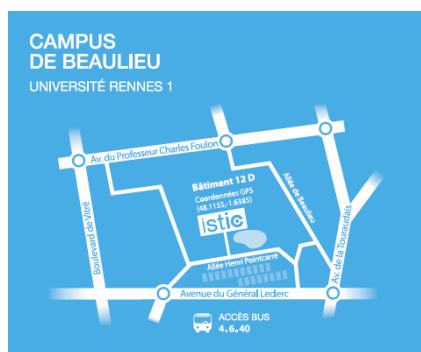
Ana Maria Malik, Brasil
Catherine Maurain, France
Luca Merlini, Svizzera
Jean-Claude Praet, Belgique
Frédérique Quidu, France
Alfredo Rivas, España
Magda Scherer, Brasil
Carmen Tereanu, România
Carolina Tetelboin Henrion, México
Paula Vasconcelos, Portugal
Hubert Wallot, Québec
Véronique Zardet, France

Comité d'organisation Rennes

Franck Burellier, France
Jean-Pierre Escaffre, France
Sabrina Grenier, France
Chrystelle Lagadec, France
Nicolas Petit, France
Frédérique Quidu, France
Catherine Toupé, France

Lieu du congrès et institutions accueillantes

I.S.T.I.C – Université de Rennes 1 - Campus des Sciences Beaulieu
Bâtiment 12D
263 avenue du Général Leclerc
CS 74205 - 35042 RENNES CEDEX



Itinéraire depuis l'aéroport de Saint Jacques de la lande
L'aéroport le plus proche est celui de Rennes Saint-Jacques (<http://www.rennes.aeroport.fr>).

Prendre le bus 57 jusqu'à l'arrêt République, puis les bus 4 ou 6 ou 40 en direction du Campus de Beaulieu (arrêt Tournebride : entrée sud du campus)

En train

Rennes est relié par TGV à Paris, Lille, Lyon ... (<http://www.voyages-sncf.com>). Environ un TGV toutes les 60 minutes en provenance de Paris, trajet 2 h environ. Depuis la gare SNCF, prendre le métro, direction Kennedy jusqu'à la station République, puis les bus (4 ou 6 ou 40) vers le campus de Beaulieu (arrêt Tournebride : entrée sud du campus).

Un seul ticket pour métro + bus.

En Bus

Depuis la place de la République à Rennes, prendre les bus 4 ou 6 ou 40 (arrêt Tournebride: entrée sud du campus). Informations sur les bus et le métro: www.star.fr

Jeudi 29 août

Horaire : 11:00 - 12:30

SESSION 1 - Salle 1

Thème : Parcours de santé des personnes âgées: bilan des expérimentations en cours.

Session organisé par : Joan Barrubés, Antares Consulting, Barcelona

Analyser les flux et objectiver les parcours de santé des personnes.

Emilie Duchange, France

La cartographie des flux permet d'objectiver, sur un territoire, le parcours de santé des personnes âgées. Elle nécessite de mener parallèlement une analyse quantitative et qualitative de la population avec l'aide des professionnels de terrain.

Dans la conduite du projet de l'ANAP, l'équipe a travaillé sur la base des données collectées auprès de différents acteurs. Concrètement, pour chaque étape de la prise en charge (médecine de ville, urgences, hospitalisation, soins de suite, etc.), l'équipe a récolté le nombre de cas, leur provenance et destination, ainsi que la durée de prise en charge et les réadmission. Ensuite, ces données ont été « chaînées » à partir de l'extrapolation sur le territoire de santé.

La photographie des flux permet de répondre aux questions suivantes : Quel est le mode d'entrée au SAU Quelle est la part de personnes hospitalisées relative à celles retournant à domicile Quel est le principal mode d'entrée à l'hôpital Quel est le parcours à travers les unités médicales au sein de l'hôpital Quel est l'orientation en sortie de l'hôpital Quelle est la fréquence du recours aux alternatives à l'hospitalisation (HAD, SSIAD ...)

Parallèlement, au cours d'entretiens avec les professionnels de terrain, les pratiques organisationnelles, les modalités de coordination et de coopération entre les différents intervenants ainsi que les difficultés d'orientation selon les motifs de recours sont identifiées pour renforcer la bonne compréhension transversale des parcours.

La segmentation de la population et la construction de profils de besoins des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et en perte d'autonomie.

Marie-Dominique Lussier, France

En vue de mieux cartographier les besoins pour adapter l'organisation approprié du parcours de santé des personnes âgées, l'ANAP a animé un groupe d'expert pour construire une classification de profils de besoins. La classification des profils de besoins recherchée et/ou à construire poursuit deux finalités:

- Faciliter l'orientation des personnes âgées (75+) vers les dispositifs appropriés à tout moment pour améliorer « l'efficacité longitudinale » de leurs parcours rendue possible par une évaluation du type de ressources qu'elles nécessitent
- Planifier le déploiement de l'offre sanitaire et médico-sociale dans un territoire en fonction des besoins de cette sous population et des propositions des professionnels

Le groupe de travail a examiné différentes classifications des profils de besoins qui existent aujourd'hui au niveau national et international, en fonction de leur finalité. Ensuite le groupe a proposé une classification en 6 groupes, à partir de la combinaison de trois dimensions : pathologie, perte d'autonomie et vulnérabilité/fragilité.

Afin de quantifier les profils, et par conséquent, valider la pertinence de la classification une première travail a été réalisé à partir d'un échantillon de dossiers de patients de réseaux de soins, et classer les patients de cet échantillon dans les différents profils.

Cette communication examinera les résultats de cette analyse, la pertinence des résultats et la suite des travaux à réaliser.

Le programme d'amélioration du parcours des personnes âgées dans le sud-ouest Mayennais.

S.Kieffer, France

Le programme mis en place vise à répondre à trois problématiques identifiées sur le territoire du sud-ouest mayennais en matière d'usage des urgences pour les personnes âgées :

- Le recours aux urgences suite à une difficulté de maintien à domicile

- o Les urgences ne devraient pas être la solution à une difficulté de prise en charge à domicile car il existe des structures d'hébergement alternatives.
- o La prise en charge à domicile n'est pas toujours bien adaptée à l'état de la personne âgée, en particulier lorsque les retours à domicile suite à une hospitalisation ne sont pas bien préparés en amont.
- o La coordination des acteurs et la supervision de la prise en charge globale à domicile pourraient être améliorées pour garantir une adaptation de la prise en charge à l'état des personnes âgées.
- Le recours aux urgences comme plateforme d'orientation pour accéder aux avis spécialisés et au court séjour.
 - o Peu d'admission directe en urgence (manque de lits dans le service de médecine, premiers examens effectués aux urgences, difficulté à joindre les médecins des services).
 - o L'hôpital local peut passer par les urgences pour demander un avis spécialisé complémentaire qui pourra aboutir à une prise en charge en court séjour.
- Le recours aux urgences pour une prise en charge non assurée sur le territoire
 - o Les urgences utilisées comme un moyen d'accès à une expertise qui n'existe pas sur le territoire (spécialistes)
 - o Pendant la période de permanence des soins, les recours aux urgences sont plus systématiques en cas de problèmes de la personne âgée

Ce programme s'articule autour de trois axes :

- Axe 1 – Une gouvernance des acteurs garante de l'échange, du partage des objectifs et de coordination tant sur le plan stratégique qu'opérationnel ;
- Axe 2 – Des systèmes d'information renforcés pour assurer la mutualisation d'outils, la diffusion de référentiels de pratique pluri-professionnels et une information partagée de l'ensemble du parcours, soignant et social, de la personne âgée ;
- Axe 3 – Des solutions de proximité définies et mises en œuvre par les acteurs locaux en matière de coordination et de suivi des "trajets de santé". Cet axe s'articule :
 - o En amont d'une hospitalisation pour essayer de la prévenir,
 - o En aval de l'hôpital pour améliorer la gestion de la sortie et des suites d'une hospitalisation.

Le programme d'expérimentation du parcours des personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque aux arrondissements 9,10, 19 de Paris.

Joan Barrubés, España

Ce programme vise à suivre de façon active les patients atteints d'insuffisance cardiaque en leur proposant un projet thérapeutique approprié, selon une logique qui se décompose en 3 étapes :

- Repérer les patients afin d'identifier ceux qui sont éligibles au programme. Ce repérage peut se réaliser aussi bien dans la sphère sociale que sanitaire à l'aide de critères différenciés en fonction des acteurs ;
- Permettre une évaluation diagnostique ;
- Permettre une stratification pronostique par l'évaluation multidisciplinaire (co morbidité, vulnérabilité socio-économique).

Cette stratification en 3 niveaux permet de segmenter, en fonction des résultats de l'évaluation, la population incluse dans le programme pour chacun, une stratégie différenciée de prise en charge en continue.

La définition du programme conduit à la mise en œuvre de 3 stratégies différenciées de prise en charge en continue :

- Stratégie 1 : Promouvoir l'éducation à la santé et l'auto-soin ;
- Stratégie 2 : Proposer des protocoles cliniques et sociaux adaptés aux besoins du patient afin de stabiliser leur état de santé ou de réduire le risque d'aggravation de la maladie ;
- Stratégie 3 : Mettre en place une structure de coordination pour les patients insuffisants cardiaques complexes (complexité médicale et médico-sociale).

SESSION SPÉCIALE 1 – Salle 2

Thème : La globalisation et impacts sur les systèmes de santé dans les pays latins.

Session spécial organisé par : Jean-Pierre Escaffre, Université de Rennes 1, France

Protection sociale et santé en Europe méridionale : note brève sur l'impact de la crise actuelle.

Jean-Olivier Mallet, France

Taux et modes de violence contre les autres et soi-même: un révélateur de crise?

Jean-Olivier Mallet, France

Menaces sur les missions de services publics des hôpitaux publics bruxellois – Comment garantir leur rôle dans la cohésion sociale de la Capitale de l'Europe alors que la paupérisation s'accroît ?

André Coclé, Belgique

En Belgique, les hôpitaux publics et privés sont régis par la même loi et les mêmes règles de financement. Mais répondent-ils aux besoins de diagnostic, de traitement et de soins ?

A Bruxelles, les hôpitaux publics ont été depuis 1996 autonomisés. Ils ont chacun une gestion autonome avec des objectifs financiers afin d'équilibrer leurs comptes annuels. La population bruxelloise est de plus en plus internationale, du fait de la présence de plusieurs organisations internationales, dont les institutions européennes et l'OTAN, mais surtout à la suite de la concentration d'une immigration magrébaine, subsaharienne, turque et européenne de l'est et du sud. Il faut constater une grande paupérisation de cette population immigrée.

Les hôpitaux bruxellois privés et publics n'ont pas la même patientèle. Pour la quatrième fois depuis 1996, iris a entrepris une étude sur les conditions socio-économiques des patients des 5 hôpitaux publics bruxellois, en tentant de démontrer et de prouver que leurs patients sont en situation de précarité, voire de pauvreté, bien plus fragile que ceux qui fréquentent les hôpitaux privés. Il y a des transferts de patients des hôpitaux privés vers les hôpitaux publics pour des raisons sociales et financières. Et il ya également des personnes qui immigreront pour avoir droit à des soins qui ne leur sont accessibles dans leur pays. Un tiers des prises en charge des « sans papier » est constitué de parturientes.

Cette différence de patientèle exige que les hôpitaux publics déploient des moyens qui ne sont pas financés en fonction des caractéristiques sociales, économiques et de langues des patients. Les patients précaires ne peuvent pas payer leurs quotes-parts ; il faut recruter des assistants sociaux, des traducteurs, des médiateurs interculturels, etc.

Alors que le code pénal impose aux hôpitaux et à leurs médecins de porter assistance à personne en danger et que le Code de déontologie médicale contraint les médecins à diagnostiquer et à traiter les personnes qui se présentent à eux, la législation est de plus en plus restrictive pour financer les soins octroyés aux personnes pauvres, en demande de régularisation, candidates réfugiées politique et en situation illégale. Une loi belge du 19 janvier 2012 interdit aux autorités chargées de l'aide sociale de couvrir les soins des européens pendant leurs trois premiers mois de séjour.

L'Union européenne considère que les financements des hôpitaux sont des aides d'Etat et la Commission impose aux Etats de contractualiser les dotations finançant les missions d'intérêt général. Si les missions d'intérêt général sont considérées à caractère économique, les dotations devraient être soumises au contrôle de la Direction de la Concurrence de la Commission. Néanmoins celle-ci ne les a pas encore qualifiées d'économiques ou non à la suite de plaintes que les hôpitaux privés lui ont transmises.

iris a donc procédé à une analyse des coûts que les hôpitaux publics bruxellois supportent pour remplir leurs missions de service public : l'accueil de tous les patients quelles que soient leurs situations sociales et économiques et quelles que soient leurs pathologies. Certaines données sont comparées avec celles des hôpitaux privés afin de démontrer le sous-financement de l'hôpital public.

Malgré toutes les contraintes qui réduisent leurs moyens, malgré la croissance de la patientèle précaire et pauvre, malgré le refus de la reconnaissance de cette mission de service public dans leur financement, les hôpitaux publics bruxellois veulent poursuivre leurs missions, c'est-à-dire ne pas sélectionner leurs patients, prodiguer une médecine de haute qualité, développer des centres d'excellence, s'inscrire dans des processus d'amélioration constante des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux, promouvoir la recherche translationnelle car ils sont conscients qu'ils contribuent à garantir la cohésion sociale.

La discussion doit permettre aux participants des autres pays de comparer les menaces auxquelles les hôpitaux publics sont confrontés et de comprendre les stratégies qu'ils développent pour les contrer.

Santé et système de soins en France : quel impact sur les inégalités sociales de santé et la qualité des soins depuis 2000 ?

Laure Com-Ruelle, France

Objectif de cette recherche : Le but de cette recherche est d'identifier en quoi et dans quelle mesure les évolutions récentes du système de santé français agissent sur l'état de santé. Quelles sont en sont les caractéristiques majeures ayant un impact en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) ainsi qu'en termes de qualité des soins, notamment à l'hôpital ?

Contexte et description du problème : En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait placé le système de santé français comme le plus performant au monde (OMS 2000) considérant son influence sur la vie quotidienne des gens. Mais elle recule constamment depuis 2005. La principale explication tient à la détérioration de l'accès aux soins de santé. A côté de nombre de déterminants de la santé de la population, parmi lesquels les facteurs génétiques, socio-économiques, environnementaux, comportementaux et « psychosociaux », le système de soins en lui-même n'explique qu'une part de l'état de santé des personnes. Quelles sont les caractéristiques de notre système de santé ayant un impact, positif ou négatif, qu'il s'agisse de son financement ou plus largement de l'organisation et de la qualité des soins, sur l'état de santé en France ?

Les matériels employés : L'analyse est documentée par le recensement des différentes réformes du système de santé français au cours de la dernière décennie et par une revue d'articles scientifiques, de rapports d'agences institutionnelles et d'ouvrages traitant de l'évaluation des politiques publiques. Les données chiffrées sont issues du logiciel Eco-Santé France développé par l'IRDES (<http://www.irdes.fr/EcoSante/France.htm>).

Les méthodes : Une lecture critique des différents documents cités permet d'en extraire les éléments marquants pouvant avoir un impact sur la santé. Ainsi, l'analyse vise à définir les problèmes du système de santé français aujourd'hui et les caractéristiques majeures de son évolution récente. Parallèlement, elle s'attache aux effets en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et interroge la performance de l'hôpital et les principes de la médecine libérale.

Les résultats . En 2008, la France était en tête des pays de l'Union européenne en termes de poids de dépenses de santé dans le Produit intérieur brut (PIB) mais son niveau de dépenses par habitant ne la classait qu'en sixième position. L'augmentation du poids de la dépense de santé dans le PIB (12 % en 2011, +14,3 % depuis 2000) reflète surtout la déformation des structures démographiques et l'effet du progrès des techniques médicales. La part remboursée par l'Assurance maladie obligatoire reste globalement aux environs de 75 % car le déremboursement progressif des soins de ville est compensé par la montée des affections de longue durée. Les inégalités sociales d'accès et de recours aux soins se creusent, le poids de l'effort portant essentiellement sur les patients, et le renoncement aux soins dégrade la santé des plus pauvres. Parallèlement, la régulation a préservé les professionnels de santé libéraux qui conservent leur liberté d'installation et augmentent leurs dépassements d'honoraires. Du côté de l'hôpital, si le passage à la tarification à l'activité (T3A) incite à une meilleure efficacité, la qualité des prestations doit être contrôlée et des indicateurs comparatifs non contestables désormais disponibles. La contrainte budgétaire peut aussi pousser à la surproduction ou la non pertinence des soins, voire à des événements indésirables graves (EIG).

La discussion : Nous sommes confrontés à des choix cruciaux. Quelles évolutions pour le système de remboursement ? Quel taux de prélèvements obligatoires sommes-nous prêts à accepter ? Comment rationaliser l'offre de soins et son pilotage ? Des gains d'efficacité doivent être recherchés, à la ville, comme à l'hôpital. Pour préserver un système de soins unique au monde, certains en appellent à une révolution de la régulation de la santé qui inclut la remise à plat des principes de la médecine libérale (liberté d'installation, nouveaux modes de rémunération en favorisant notamment la télémedicine). Au moment où le gouvernement met en place une « stratégie nationale de santé », la question de la priorité à donner au financement de la santé comparativement à d'autres secteurs reste posée.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques : Cette analyse synthétise l'évolution récente du système de santé en France en mettant en lumière certains impacts qui le rendent moins équitable. Des recommandations sont faites par certains auteurs de façon à ce que l'effort de régulation des dépenses de santé ne pèse pas que sur le seul côté de la demande mais aussi du côté de l'offre. L'accès à la santé pour tous peut être renforcé par une place accrue de la prévention et de l'éducation à la santé et une meilleure articulation des parcours de soins. Enfin, la participation des usagers devrait être favorisée.

O efeito da globalização sobre o sistema de proteção social: o caso do sistema de saúde brasileiro.

Janice Dornelles De Castro, Brasil

Os anos 1980 foram da redemocratização no Brasil, no final da década, em 1988, foi aprovada a Constituição Federal chamada de cidadã que previu criação de diversos direitos sociais, entre eles o Sistema Único de Saúde, determinando que "A saúde é um direito de todos e dever do Estado". As principais características do Sistema Único de Saúde são a universalidade do direito, a integralidade da atenção, o financiamento tripartite (União, estados e municípios), com a descentralização das ações para o nível local, controle social através dos conselhos e com a participação do setor privado (Gallo, 2005, Vianna, 2007). O Brasil é composto por 26 estados, o Distrito federal e 5.500 municípios, que possuem autonomia política, administrativa e financeira, são 180 milhões de habitantes distribuídos em um território de 8, 5 milhões de km².

Houveram inúmeros obstáculos para a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, pois o período de sua criação coincidiu com o momento de recessão econômica, hiperinflação, crise do balanço de pagamentos (dívida externa), resultado da imposição de políticas de estabilização e de ajustamento estrutural por organismos internacionais que levaram ao agravamento das desigualdades sociais. O contexto econômico hegemônico dos anos 1990 foi o neoliberalismo e suas políticas de privatizações, abertura mercados, desregulamentação, flexibilização, estabilidade monetária, contenção dos gastos públicos, que levaram a um baixo crescimento econômico. Nos anos 2000, mantiveram-se as políticas cujo propósito era a estabilidade macroeconômica e monetária com elevadas taxas de juros, contenção de gastos públicos, busca de superávit primário e da atração de capitais estrangeiros, foi um período de crescimento econômico pífio, mas que iniciaram-se algumas políticas de combate a pobreza pela transferência de renda, ainda com muita resistência ao avanço das políticas sociais universais (Souza, 2008)

Esse foi o cenário em que foi implementado os SUS, com muitas dificuldades, especialmente aquelas relacionadas com as graves crises de financiamento, a disputa de poder entre as diversas instituições que compunham o sistema de saúde, a descentralização sem construção da infraestrutura adequada, e a ainda, com um intenso movimento de migração para os centros urbanos. Outra dificuldade é relacionada com a transição epidemiológica e o envelhecimento da população, exigindo a necessidade garantir serviços para tratar de questões referentes as enfermidades infecciosas, parasitárias e as doenças crônicas. Ainda, a complexa relação com o setor privado nacional provedor de serviços de saúde e o setor privado internacional, representado pelas industria produtora de medicamentos e equipamentos de saúde que geraram um déficit comercial importante. E por fim, a ampliação de setor de seguros de saúde e medicina de grupo exigindo atuação forte do estado na regulação de seus serviços. Desse período foram as primeiras políticas para a constituição de um complexo produtivo nacional com capacidade de geração de inovação. Atualmente 70% da população é atendida no SUS e 30%, vinculada aos Seguros e medicinas de grupo. O SUS realizou entre maio 2012 – junho 2013, 3,6 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 130 milhões de doses de vacinas, 12 milhões internações hospitalares e atendeu 87 milhões de pessoas.

A globalização em seus efeitos positivos, cria oportunidades quando o conhecimento do processo de geração e uso das inovações são distribuídos entre todos e, de alguma maneira, permitem o aumento da liberdade, da riqueza e da eficiência, assim como da produtividade, sendo uma alternativa de distribuição da riqueza. No entanto, têm efeitos negativos, quando a inserção assimétrica dos países, intensifica os desequilíbrios de forças na arena internacional, proporcionando aos grupos mais articulados e poderosos uma influencia desproporcional na agenda global, e gerando a desigualdade entre os Estados, com a dominância dos países desenvolvidos que recebem as vantagens financeiras e econômicas no processo de conhecimento e geração uso e difusão de inovação. (Soares, 2013)

A construção de alternativas para uma inserção mais simétrica entre os países depende da existência de uma forte atuação dos Estados, em articulação com as dimensões econômicas e sociais criando estratégias produtivas racionalizadoras, orientadas para os benefícios sociais coletivos, levando em consideração as diferenças de poder entre atores globais e a definição autônoma da incorporação de temas às agendas nacionais, nesse aspecto a saúde possui um caráter estratégico.

Referências Bibliográficas

Buss, Paulo. Brasil: Cooperação estrutural na saúde. The Lancet, maio de 2011.

Gallo, Edmundo et al. Saúde, Desenvolvimento e Globalização. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.29,n.71, set/dez 2005.

Soares, Sandra Pereira et al. Globalizacao, inovação e desenvolvimento: o complexo economico e industrial da saúde (CEIS) e o papel do Estado nos cenários nacional e internacional. *RECISSS - R. Eletr. de Com. Inf., Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.7,n1,Mar. 2013.

Sousa, Fernando Pires. Proteccion Social, Mercado de rabajo e Desigualdades en Brasil. *II Congreso de Economía de la Salud de america Latina Y el Caribe*. Habana, Cuba, Out. 2008.

Viana, Ana L. & Elias, Paulo E. Saúde e Desenvolvimento. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v.12, 2007.

SESSION 2 – Salle 3

Thème : Prises en charge de pathologies spécifiques : Hypertension, diabète, obésité 1

Padrão dietético obesogénico: impacto na saúde bucal de crianças e adolescentes do recôncavo baiano – Bahia – Brasil.

Maria Cristina Teixeira Cangussu, Rita de Cássia Ribeiro Silva, Sandra Maria Ferraz Mello, Roberto Paulo Correia de Araújo et Felipe Fagundes Soares, Brasil

La contraloría ciudadana sobre el suministro de medicamentos: Una política pública para mejorar la atención a pacientes con diabetes tipo II en Veracruz.

Angélica Ivonne Cisneros Luján, Yazmín Ramírez González, México

Objetivo de la investigación.- Sustentar la factibilidad de involucrar a la ciudadanía como contralor social de los procesos de organización de abasto de los medicamentos necesarios para la atención de la diabetes mellitus tipo II, que acuden a los Centros de Salud de Veracruz, como política para **mejorar la atención de esa enfermedad.**

El contexto y la descripción del problema.- La diabetes mellitus tipo II es la segunda causa de mortalidad general en México y en el Estado de Veracruz. Le corresponde a los Centros de Salud como instancias de primer contacto con la población sin seguridad social dar tratamiento integral a las personas diagnosticadas con esta enfermedad. Como parte de dicho tratamiento se ha incluido una lista de 21 medicamentos que no siempre están disponibles por deficiencias de la cadena de abasto, dejando a la población que los requiere sin acceso a los mismos, lo que ocasiona que en muchos casos se interrumpa el tratamiento y se afecte el control de la enfermedad, por lo que el propósito de este trabajo es coadyuvar desde un modelo de participación social a atender esta problemática.

Considerando que la participación social en salud, ha tenido diversas modalidades a lo largo de las últimas décadas dependiendo de los propósitos que ésta persiga, para efectos del presente estudio se ha seleccionado a la contraloría social, ya que su propósito es coincidente con el objetivo que se pretende, es decir incidir en el control y mejora de la gestión pública bajo un esquema de corresponsabilidad ciudadana, ya que el seguimiento y vigilancia del surtimiento de recetas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II, puede evitar las complicaciones derivadas de la falta de tratamiento farmacológico oportuno.

Teoría y método.- La investigación se sustenta en las teorías contemporáneas de la democracia y uno de sus componentes sustantivos: la participación social y la corresponsabilidad ciudadana en el ejercicio del gobierno, y justifica una acción en salud pública desde el ámbito de la participación social en salud. Es un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo toda vez que explica la situación del suministro de medicamentos para diabetes mellitus tipo II y las acciones de los comités de contraloría social. El Universo lo conforman los 60 Comités de contraloría ciudadana que en 2012 estuvieron formalmente conformados en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria de Xalapa del Estado de Veracruz y la muestra se integra por siete comités de los cuales seis reportaron falta de medicamento y uno que no reportó esa irregularidad. Los procedimientos y técnicas incluyeron, el trabajo de gabinete y la aplicación de un cuestionario.

Resultados.- Existe un interés de la ciudadanía en participar como contralor ciudadano, lo que se demostró con la integración en 2012 de 474 comités de contraloría ciudadana en centros de salud del estado de Veracruz, sin embargo, esta participación no tuvo un impacto favorable en el control del surtimiento de medicamentos para pacientes con diabetes mellitus tipo II, ya que no existió un método para vigilar el acceso a esos medicamentos, por lo que las quejas que se llegaron a presentar no fueron representativas de la problemática presentada, ni estuvieron priorizadas por la gravedad y las consecuencias en la salud de los pacientes a los que no se les surtieron medicamentos.

Discusión.- Es factible que la participación social en salud, bajo el mecanismo de contraloría social tenga un impacto favorable en la mejora a la atención de los enfermos de diabetes mellitus tipo II, siempre que se establezca e institucionalice un modelo para la vigilancia del surtimiento de recetas en las farmacias de los Centros de Salud, respecto de los medicamentos para la atención de esa enfermedad.

Avaliação das práticas de cuidado aos hipertensos no Sistema Único de Saúde brasileiro, segundo o Modelo de Cuidados Crônicos, na perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde.

Fabiana Raynal Floriano, Luis Eugênio Portela, Madalena De Castro Passos, Breno Santos Amaral, Augusto Conti et Isaac Andrade Matos Junior, España, Brasil

Contexto/descrição do problema: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública, devido à sua alta prevalência. Compromete a qualidade de vida das pessoas e gera custos elevados para os sistemas de saúde, além de ser importante causa de morte em todo o mundo. Seu controle envolve um elenco diverso de ações de

saúde, as quais incluem a prática regular de exercícios físicos, terapias medicamentosas, dietas hipossódicas, hipoglicêmicas e pouco calóricas, e exigem a atuação multiprofissional. O acesso e a adesão do usuário podem controlar as manifestações clínicas das doenças, bem como melhorar a sua qualidade de vida. O Programa de Saúde da Família, criado em 1994, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem a finalidade de reorientar o modelo assistencial da saúde, através da reorganização da atenção básica. Nesse sentido, a estratégia objetiva reestruturar a atenção primária como parte de uma rede de serviços de saúde, possibilitando o acesso à atenção integral e a racionalidade da utilização dos serviços. Entretanto, convivem, no SUS, duas estratégias de organização da atenção básica: a ESF e a atenção básica tradicional. De acordo com os manuais do Ministério da Saúde, compete à atenção básica desenvolver ações para a prevenção e o controle da HAS e DM, contribuindo ainda para a redução da morbimortalidade por suas complicações. Essas ações devem promover o controle de fatores de risco, a identificação precoce de portadores, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes. Entretanto, esses manuais ainda precisam ser traduzidos em práticas concretas de cuidados nas unidades de saúde. Por isso, tem sido proposta a adoção de modelos de cuidados crônicos, como mudança estratégica capaz de melhorar a efetividade das ações de saúde dirigidas às condições crônicas (Schmitt diel et al.; 2008, Baker et al.; 2005, Parchman et al.; 2007, Vargas et al., 2007; Tylee & Walters, 2007). Os modelos de cuidados crônicos (MCC) pretendem centrar a atenção no paciente. Partem do pressuposto de que o controle da condição patológica crônica depende de cuidados continuados e da participação ativa do paciente. Em geral, estruturam-se em seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas (1) na organização da atenção à saúde, (2) no desenho do sistema de prestação de serviços, (3) no suporte às decisões, (4) nos sistemas de informação clínica e (5) no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Este Modelo também sugere que uma rede de serviços bem organizada garanta que os pacientes recebam regularmente uma terapia clínica e de suporte baseada em evidências, um efetivo apoio ao autocuidado e um seguimento adequado às suas necessidades (Wagner, 2010).

Metodologia: Estudo transversal, observacional e analítico, envolvendo profissionais e pacientes das oito Unidades Básicas Tradicionais (UBT) existentes e das oito Unidades de Saúde da Família (USF) sorteadas, do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Entre maio a julho de 2012, foram entrevistados os profissionais que realizavam atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento da HAS, e pacientes com diagnóstico de HAS acompanhados há pelo menos seis meses. A amostra foi realizada por conveniência consecutiva, sendo que todos aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados contemplaram informações dos usuários sobre condições socioeconômicas, demográficas (sexo, faixa etária, cor da pele, situação conjugal, grau de instrução, estado laboral, condição de pensionista, moradia solitária, posse de casa e/ou carro) e clínicas (número de doenças crônicas diagnosticadas, tempo de diagnóstico da HAS, condição autopercebida de saúde no último ano e registros de risco cardiovascular e de estratificação do risco na ficha de atendimento). Os dados da avaliação dos cuidados às condições crônicas, pelos usuários e pelos profissionais, foram coletados através de dois instrumentos: Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas pelos Profissionais (ACIC) e Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas pelos Usuários (PACIC), ambos traduzidos e validados para o Brasil. O ACIC foi utilizado para coletar informações sobre o grau de aproximação das práticas de cuidado aos hipertensos com o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC), como proposto por Wagner (1998) e o PACIC para avaliar se as ações específicas de cuidado que os pacientes referem ter recebido nos serviços de saúde estão coerentes com o MCC. A validade dos instrumentos foi assegurada através do teste piloto. A caracterização socioeconômica e demográfica foram realizadas a partir das frequências simples e relativas das variáveis de interesse. As diferenças entre as UBT e as USF foram testadas através do teste do qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%. Os escores médios e respectivos desvios-padrão da UBT e USF foram comparados através do teste T de Student, com um valor de $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.

Resultados/Discussão: As características socioeconômica e demográfica dos usuários foram bem parecidas entre as unidades. Quanto ao perfil clínico apenas o registro de risco cardiovascular ($p < 0,05$) apresentou diferenças estatisticamente significante entre as unidades. Os escores totais nas UBT e nas USF são de $6,06 \pm 1,78$ e $5,94 \pm 0,66$, respectivamente, classificando-as como serviços com capacidade razoável de cuidado às condições crônicas. A dimensão melhor avaliada nas UBT foi a organização da atenção à saúde ($7,24 \pm 1,88$) e nas USF, o apoio ao autocuidado ($7,46 \pm 1,09$). O sistema de informação clínica e a integração dos componentes são as dimensões com piores médias, respectivamente, nas UBT ($4,76 \pm 2,06$) e nas USF ($3,77 \pm 1,29$), indicando capacidades básicas de cuidado às condições crônicas. De acordo com os usuários, as USF apresentam um escore de $2,24 \pm 0,68$, enquanto as UBT de $2,02 \pm 0,69$, valores que apresentaram diferença no limite da significância estatística ($p = 0,05$). As USF apresentam escores mais altos, com diferenças estatisticamente significantes nas dimensões da definição de metas personalizadas ($2,43 \pm 0,92$ contra $2,09 \pm 0,79$; $p = 0,02$) e da continuidade e coordenação do cuidado ($2,44 \pm 0,84$ contra $2,11 \pm 0,88$; $p = 0,02$). Quando avaliados os cinco A, as USF apresentam um escore total maior ($2,35 \pm 0,72$) do que as UBT ($2,11 \pm 0,69$) ($p = 0,04$), entretanto ambas se situam no ponto médio da escala de 1 a 5, caracterizadas pela baixa frequência da realização das ações de cuidado adequadas à hipertensão. As médias em três dimensões A foram maiores nas USF do que nas UBT, com diferenças estatisticamente significantes.

Contribuições: A capacidade de atenção às condições crônicas, na visão dos profissionais, foi razoável em ambos os tipos de unidade, entretanto os usuários consideram que as USF têm um desempenho ligeiramente melhor do que as UBT, seja na média geral, seja em três das cinco dimensões do cuidado. Ambas unidades foram consideradas como que realizam poucas vezes as atividades avaliadas para serem consideradas como em consonância com o modelo de cuidados crônicos. Essa pesquisa contribui com os serviços públicos de saúde, em especial a rede de atenção básica, no aprimoramento das ações voltadas aos portadores de hipertensão e na formação de recursos humanos no desenvolvimento de pesquisas voltadas a avaliação de programas de saúde.

Demandas judiciais para o acesso à saúde nas doenças crônico-degenerativas no sistema único de saúde (SUS). BAHIA, BRASIL.

Marluce Maria Araújo Assis et Aliana Ferreira de Souza Simões, Brasil

Introdução: com o delineamento dos direitos humanos na Declaração Universal de 1948, que reconhece a dignidade como inerente à pessoa humana e que promove a aplicação efetiva desses direitos de forma universal, estes constituem o principal instrumento de defesa, garantia e promoção da liberdade e melhoria das condições de vida dos cidadãos. Os direitos sociais protegidos no ordenamento jurídico brasileiro derivam destes direitos e são considerados históricos, por terem se desenvolvido a partir de processos de lutas em defesa dos direitos e de liberdade, de forma gradual e evolutiva. O sistema de saúde brasileiro é conformado por uma rede complexa e multifacetada de ações e serviços do Estado, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na Carta Magna de 1988, e pelas demais portarias e leis que regulamentam seu funcionamento, configurando sua gestão, que está permeada por limites, avanços e desafios na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos. Para tanto, as demandas judiciais, que buscam a garantia da integralidade das ações e serviços do SUS, iniciaram-se, no país, na década de 1990, para a aquisição de medicamentos para o tratamento de HIV/AIDS, e, posteriormente, evoluíram para o requerimento de medicamentos para outras patologias crônicas e de alto custo, como a Hepatite C, Alzheimer, Parkinson e Renais Crônicos, tratamentos oncológicos. **Objetivo:** discutir as demandas judiciais para o acesso à saúde nas doenças crônico-degenerativas no SUS, Bahia, Brasil. **Método:** estudo de abordagens, quantitativa e qualitativa: a primeira trata de um estudo descritivo e retrospectivo, utilizando fontes primárias como base de dados por meio da consulta eletrônica e de livre acesso, no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, dos processos judiciais que demandavam por acesso às tecnologias de saúde no SUS. Foi utilizado o software Microsoft Office Excel 2007 para a tabulação, construção de gráficos e tabelas. A análise descritiva foi baseada na distribuição de frequências simples e relativas; e a segunda com estudo de natureza exploratória, que utiliza como fonte de dados, documentos dos processos judiciais para a composição da Análise de Conteúdo Temática, demarcada pela Unidade Temática – o acesso às tecnologias de saúde no SUS, Bahia, Brasil. **Resultados e discussão:** os agravos crônico-degenerativos estão relacionados à maior parte das ações pleiteadas para o acesso ao SUS representando 61,2% do total de demandas que pleiteavam acesso ao SUS. Essa situação coaduna com a transição demográfica que o país enfrenta, a partir do elevado número de adultos e idosos na população e a crescente expectativa de vida. De acordo com o censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 10,8% (1.511.206) da população brasileira é composta por idoso com 60 anos ou mais. Além disso, destacamos que dentre as doenças crônicas, a maioria das ações era proveniente de Neoplasias (36,5%), seguido de Diabetes, Hipertensão e sequelas (23,8%) e, posteriormente, da Obesidade (7,9%). Este dado desperta para o elevado número de casos de obesidade na sociedade que necessitam de tratamento, condição esta, que antes considerada como fator de risco para outras patologias, mas que atualmente necessita ser vista como um agravo que demanda de cuidados. Outro ponto analisado destaca que 70,8% das demandas pleiteiam por acesso dos usuários aos medicamentos necessários para o cuidado de suas condições clínicas. No entanto, para o tratamento destas condições clínicas os usuários deveriam ter acesso aos medicamentos essenciais disponibilizados pela Farmácia Básica, que compõe o nível de Atenção Básica à saúde da Assistência Farmacêutica, responsável pela dispensação de medicamentos, na rede ambulatorial do sistema, referentes aos agravos mais comuns perante o perfil epidemiológico da população de cada localidade que a rede da Assistência Farmacêutica está instalada. **Conclusão:** os resultados obtidos refletem a atual situação de saúde vivenciada no país, com altos índices de doenças crônico-degenerativas elucidadas anteriormente, bem como o demasiado uso de medicamentos caracterizado pela medicalização da sociedade, com detrimento de ações de prevenção e promoção da saúde e valorização de ações características do modelo biologista. Além disso, evidencia que o SUS não consegue contemplar de forma universal e integral todos os cidadãos nas condições que poderiam ser abordadas em níveis de baixa e média complexidade, para a melhoria na qualidade de vida da população e, conseqüentemente, redução dessas condições que estão permeadas pelos determinantes sociais de saúde presentes no cotidiano da sociedade. Assim, o estudo possui como contribuição a reavaliação das ações e serviços oriundos do sistema de saúde para a redução destas condições clínicas que estão atreladas diretamente às condições de vida da população e a excessiva medicalização da sociedade. Com isso, evidenciamos o imprescindível direcionamento das ações e serviços de saúde para a promoção e prevenção, permitindo ao cidadão que se torne um sujeito ativo e que seja corresponsável no seu cuidado à saúde.

Enfrentamento das hepatites virais crônicas no Brasil: um estudo de caso.

Erenilde Marques de Cerqueira, Raymundo Paraná Filho, Matheus Farias da Silva Cruz et Waldenize Maria Lima Mendes, Brasil

Introdução: O comportamento epidemiológico das hepatites virais (HV) tem demonstrado nas últimas décadas, tanto no Brasil como no mundo, um aumento considerável na ocorrência de casos, configurando um importante problema de saúde pública. O Inquérito Nacional de Soroprevalência das Hepatites Virais, realizado nas capitais brasileiras, financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, identificou uma prevalência de 0.19 a 0.6% do HBsAg na população de 13 a 69 anos. Para o HCV a prevalência é de aproximadamente 2% para a população geral. Neste sentido, o governo brasileiro tem investido em ações para manter estes agravos sob controle. Através das Portarias Ministeriais Nº 2561 de 28 de outubro de 2009 e Nº 221 de 13 de julho de 2011, respectivamente, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica C, os portadores dos vírus B e C tem garantido o acesso às ações de tratamento e controle das HV pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O **objetivo** do estudo é analisar as ações de controle das hepatites B e C em um município brasileiro, à luz das diretrizes do Ministério da Saúde.

Método: É um estudo de caso, do tipo descritivo, no qual se pretende mostrar os avanços, os limites e as perspectivas do Programa Municipal de Hepatites Virais (PMHV) de um município de grande porte do estado da Bahia, nordeste do Brasil. Foram analisados dados do PMHV, desde a sua implantação em 2007 até 2012.

Resultados e Discussão: O PMHV foi implantado através da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e conta com uma equipe multidisciplinar composta por dois hepatologistas, quatro enfermeiros, um farmacêutico, uma nutricionista, um psicólogo, três técnicas de enfermagem, duas técnicas de laboratório, três assistentes administrativos e uma coordenadora, responsável pela gestão do programa. O programa está estruturado para a assistência integral aos pacientes, incluindo a medicação assistida que consiste na aplicação do Interferon Peguilado no próprio serviço. Além de custear todo o tratamento com os medicamentos de alto custo disponibilizados gratuitamente aos pacientes, o governo federal envia para o município, através do SUS, recursos financeiros para as ações de tratamento e controle das HV. Estes recursos possibilitaram uma melhor estrutura física e ambiência do programa. A instalação de uma sala de coleta de amostras para exames laboratoriais no serviço foi fundamental para agilizar o diagnóstico e consequentemente o tratamento, uma vez que uma das maiores queixas dos pacientes era a demora no retorno dos resultados dos exames. São coletadas amostras para os marcadores sorológicos, biologia molecular e as análises bioquímicas. Outro grande avanço é a qualificação dos hepatologistas da equipe para a realização das biópsias hepáticas, o que evita o deslocamento dos pacientes para a capital do estado para realizar este procedimento. No período estudado foram registrados 570 casos de HV, sendo 297 (52.1%) do vírus B, 265 (46.5%) do vírus C e 8 (1.4%) coinfectados pelos vírus B e C. Nesta série histórica não se verifica discrepância entre o gênero para o VHB: 52.9% para o masculino e 47.1% para o feminino. Já para o HCV a predominância é do sexo masculino (72.1%). Atualmente, 72 pacientes estão em tratamento para a hepatite B e 40 para a hepatite C. Recentemente foi incorporado ao SUS a nova tecnologia da terapia tríplice para tratamento de monoinfectados pelo genótipo 1 do HCV e com fibrose avançada, que consiste em associar o alfa peginterferona e ribavirina com os Inibidores de Protease (IP) que tem ação direta contra o vírus da hepatite C. No PMHV já estão selecionados nove pacientes para iniciar a nova terapia. Como parte das ações de controle e de educação em saúde, foi criado o Grupo de Apoio aos Portadores dos Vírus B e C. Trata-se de uma Organização não Governamental (ONG) cuja finalidade é agregar os pacientes, difundir informações sobre a doença, buscar o apoio das instituições públicas e privadas para o desenvolvimento de estudos, pesquisas e ações de controle das hepatites. A ONG está sediada nas instalações do PMHV e conta com o apoio da equipe do serviço e com recursos financeiros para a elaboração de material educativo e realização de eventos.

Conclusão: O estudo aponta avanços no acesso dos portadores dos VHB e VHC ao tratamento, haja vista que o governo municipal foi capaz de implantar o programa de acordo às diretrizes do governo federal e tem se pautado no avanço das ações de controle destes agravos. No entanto, ainda pode-se dizer que o acesso é limitado, uma vez que o número de pacientes em tratamento ainda não traduz a realidade das pessoas que possivelmente estão infectadas por um dos dois vírus, mas não tem conhecimento disto. É necessário, portanto, promover ações educativas de divulgação e informação sobre as hepatites para que estas deixem de ser consideradas doenças silenciosas e silenciadas.

SESSION 4– Salle 4

Thème : Télé-assistance, télémedecine : impacts sur les prises en charges et les pratiques professionnelles

Impact d'un service de téléassistance en soins de plaies sur la pratique professionnelle, le recrutement et le maintien en poste des infirmières.

Eric Breton, François Courcyb, Marie-Pierre Gagnon et Sonia Quiriond, Québec

Objectif de la recherche : L'objectif de cette communication est de diffuser les résultats d'une étude de cas concernant le service de la téléassistance en soins de plaies (TASP), notamment en ce qui concerne son influence sur la pratique professionnelle, le recrutement et le maintien des infirmières.

Contexte : Au Québec, peu d'études ont abordé la télésanté dans le milieu infirmier et son influence sur le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier. L'introduction récente de la TASP, un service déployé dans 65 établissements sur le territoire du Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke, permet d'explorer l'influence de ce service sur la pratique infirmière et éventuellement sur les facteurs influençant le recrutement et le maintien en poste du personnel. Ce questionnement prend tout son sens dans le contexte de la pénurie de main-d'œuvre affectant le secteur de la santé au Québec et de ses répercussions actuelles et futures sur l'accès à des services de qualité.

Méthodologie : Nous avons utilisé une carte conceptuelle illustrant l'influence des technologies de l'information et des communications (TIC) sur le maintien en poste des professionnels de la santé et sur certains facteurs intermédiaires. Cette influence constitue notre proposition de recherche adaptée au milieu infirmier. Elle est inspirée d'études locales et internationales et d'une revue systématique de la littérature scientifique concernant l'impact de la télésanté chez les professionnels de la santé. Cette carte conceptuelle recense également la documentation faisant état des facteurs généraux de maintien en poste des infirmières pouvant être affectés par les TIC.

Afin de mieux comprendre le rôle de ces facteurs, seize entrevues individuelles ont été réalisées, douze en face-à-face et quatre par téléphone. Tous les participants ont accordé leur consentement de manière libre et éclairée. La codification s'est basée sur l'utilisation du modèle conceptuel de l'influence des TIC sur les pratiques infirmières, tout en tenant compte des thèmes émergeant des entrevues et de la vision des participants.

Résultats et discussion : Parmi les participants, nous retrouvons deux promoteurs de la TASP, cinq membres de trois Directions des soins infirmiers, ainsi que neuf infirmières représentant les trois niveaux d'expertise associés à ce service (deux infirmières expertes, cinq infirmières ressources et deux infirmières soignantes).

Cette étude de cas a permis de faire ressortir l'impact positif de la TASP sur plusieurs dimensions de la pratique des infirmières, dont son rôle essentiel pour améliorer la qualité des soins et favoriser le transfert des connaissances entre les niveaux d'expertise infirmière. Cependant, il importe de tenir compte des risques possibles, notamment une surcharge de travail associée au déploiement de ce service.

D'autre part, des facteurs favorisant l'usage du service furent identifiés tels que les besoins liés à l'actualisation des connaissances dans le domaine des soins de plaies ainsi qu'un soutien des gestionnaires ayant plusieurs formes telles que l'encadrement général, des ateliers de formation et des activités de reconnaissance des infirmières. Une barrière importante à une intégration plus accentuée du service dans la pratique infirmière concerne les difficultés des infirmières pour concilier leur rôle dans la TASP avec leurs conditions de travail lesquelles sont tributaires des formes et de l'intensité de la pénurie de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé.

En somme, le service de la TASP s'avère un moyen important pour soutenir la pratique des infirmières, mais la portée de son impact sur leur recrutement et leur maintien en poste se doit d'être nuancée.

Apports de la communication : Peu de recherches ont analysé des applications de la télésanté au-delà de leur phase préliminaire d'implantation. La mise en opération de la TASP, un des rares projets de télésanté devenu opérationnel dans le milieu des soins infirmiers, et son incorporation dans les services courants constituent une opportunité pour mieux comprendre les défis rencontrés par les infirmières pour intégrer ce service dans leur pratique clinique et son impact éventuel sur leur maintien en poste.

Impacto de la telemonitorización de pacientes crónicos domiciliarios desde la atención primaria sobre la utilización de recursos sanitarios (estudio telbil).

José Asua Batarrita, Iñaki Martín-Lesende, Estibalitz Orruño, Juan Carlos Bayón, Jesús Larrañaga Garitano, Elizabete Recalde Polo, Amaia Bilbao et Itziar Vergara, España.

Objetivo: Determinar el impacto de una intervención de telemonitorización domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y/o broncopatía crónica (BC) desde atención primaria, sobre el número de ingresos hospitalarios y la duración de la estancia hospitalaria.

Contexto: Como consecuencia de una situación de envejecimiento poblacional, se prevé un aumento importante de las patologías crónicas. En este contexto, la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a través de la telemonitorización de pacientes crónicos podría ser de gran utilidad. Esta tecnología puede potenciar la capacidad del paciente y sus familiares para la autogestión del cuidado, manejo y control de su propia enfermedad, mejorar el cumplimiento terapéutico, facilitar la detección y actuación precoz en las descompensaciones o exacerbaciones de sus patologías y facilitar la recuperación en el domicilio tras episodios que requieran ingresos hospitalarios. Además parece mejorar la calidad de vida de los/las pacientes y personas cuidadoras.

Metodología: Se llevó a cabo un ensayo clínico controlado y aleatorizado en 20 Centros de Salud de Atención Primaria de la Comarca Bilbao (Bizkaia) para evaluar el impacto de una intervención de telemonitorización en pacientes domiciliarios en comparación con la práctica clínica habitual. La duración del estudio fue de un año de seguimiento.

Cincuenta y ocho pacientes domiciliarios diagnosticados con insuficiencia cardíaca (IC) y/o broncopatía crónica (BC), con dos ingresos durante el año anterior y al menos uno de los mismos relacionado con alguna de las dos patologías consideradas fueron reclutados para el estudio. El grupo de intervención (GI), además del seguimiento habitual, recibió cuidados mediante la telemonitorización que consistió en la medición y envío diario por el paciente desde su domicilio de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría, peso y temperatura, mediante una PDA y dispositivos con Bluetooth.

Además rellenaron un breve cuestionario de percepción de su situación clínica y funcional respecto al día anterior. Se generaron alertas cuando se superaron los límites pre-establecidos. El grupo control (GC) recibió el tratamiento habitual consistente en controles clínicos periódicos según los programas de control al paciente inmovilizado. La medida de resultado principal fue el número de hospitalizaciones por cualquier motivo en el periodo de 12 meses tras el inicio del estudio. Se exploraron también el número de hospitalizaciones debido a IC o BC, días de estancia hospitalaria, tasa de mortalidad, y nivel de utilización de servicios sanitarios en el periodo de 12 meses. Los datos obtenidos se analizaron a los 3, 6 y 12 meses desde la aleatorización. Se compararon las medidas resultado, tanto primarias como secundarias, entre los dos grupos de pacientes.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes en el GI y 30 en el GC, con características basales similares. De los 21 pacientes del GI a los que se les realizó el seguimiento durante un año, 12 tuvieron algún ingreso hospitalario (57,1%), en comparación con 19 pacientes de los 22 que completaron el seguimiento en el GC (86,4%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,033$, RR 0,66; IC95% 0,44 a 0,99). La estancia hospitalaria media por cualquier causa fue de 9 (DE 4,3) días en el GI versus 10,7 (DE 11,2) días en el GC, y para los ingresos específicos por IC o BC fue de 9 (DE 4,5) días en el GI vs. 11,2 (DE 11,8) días en el GC, aunque las diferencias en ambos casos no fueron estadísticamente significativas ($p=0,891$ y $0,927$, respectivamente). Es necesario monitorizar a cuatro pacientes durante un año para prevenir un ingreso (NNT). Hubo más contactos telefónicos en el GI que en el GC (22,6 -DE 16,1- vs. 8,6 -DE 7,2-, $p=0,001$), pero menos visitas domiciliarias de enfermería (15,3 -DE 11,6- vs. 25,4 -DE 26,3-, respectivamente), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,360$).

Conclusión: Los resultados del estudio TELBIL señalan un menor número de individuos con ningún ingreso durante el año de seguimiento para los pacientes del GI frente a los del GC; además de mostrar una tendencia tanto a tener un menor número de ingresos hospitalarios por cualquier causa y específicos, como a disminuir la estancia hospitalaria. En consumo de recursos: aumento del número de contactos telefónicos y disminución de las visitas domiciliarias por enfermería en el GI frente al GC.

Los datos "brutos" del análisis coste-efectividad son beneficiosos tanto en costes económicos, como considerando la CVRS (AVAC, según el cuestionario EuroQol 5D).

La telemonitorización domiciliaria puede constituir un modelo alternativo beneficioso para la provisión de cuidados a pacientes crónicos inestables de avanzada edad.

Discusión: Efectividad en variables principales (hospitalización), y secundarias (satisfacción, sobrecarga del cuidador, CVRS), con tendencia al coste-efectividad. Un estudio con muestra limitada pero con amplia capacidad exploratoria y de análisis que, cuando menos, alienta a una implantación evaluada y profundización de la telemonitorización en pacientes complejos y con esta orientación a la atención primaria.

TEKI-Plataforma de teleasistencia a ala cronicidad del Servicio Vasco de Salud.

Angel José Faria Rodríguez, N. González, Sobradillo et M. Segura, España

Contexto y Descripción del problema: Los datos sobre cronicidad en el País Vasco nos muestran detalles como:

- 80% de las interacciones con el sistema son fruto de patologías crónicas
- Los enfermos crónicos consumen alrededor del 77 % del gasto sanitario global
- En los últimos 10 años se ha producido un envejecimiento progresivo de la población y un aumento de las patologías crónicas y la previsión es que el gasto sanitario se duplique en 2020

Ante esta situación, Osakidetza decide crear una plataforma de teleasistencia que además de proporcionar las prestaciones habituales de un sistema de teleasistencia que cambie el paradigma de relación del paciente con su sistema de teleasistencia y por consiguiente con su servicio de salud. Para ello se utiliza un lenguaje natural basado en la voz y movimientos de sus manos basándose en la implementación utilizando la tecnología Kinect de Microsoft y valiéndose de un entorno amigable como es la TV del paciente.

Objetivos: Los objetivos marcados para este proyecto son:

- o Realzar la responsabilidad del paciente en cuanto a la mejora o atenuación de su patología
- o Mejora de la condición de salud y calidad de vida de los pacientes
- o Seguimiento eficiente y diario de cambios en el estado de salud

- o Gestão multipatológica de la evolución clínica de pacientes crónicos
- o Evitar en la medida de lo posible el traslado físico de pacientes a los centros sanitarios
- o Reducción en el gasto sanitario y aprovechamiento eficiente de recursos

Materiales y Métodos: La primera patología piloto tratada con esta plataforma ha sido EPOC. El método seguido para la selección de pacientes en la fase piloto ha sido con las siguientes premisas:

- 30 pacientes de EPOC que hayan tenido uno o más ingresos en el año previo.
- Se establece una primera sesión grupal informativa y posteriormente de forma individual en el manejo de la plataforma de teleasistencia (TEKI)

En cuanto al material necesario para la puesta en marcha del proyecto:

- SW, el software desarrollado es una aplicación cliente / servidor, que consta de dos tipos de consola
 - o Consola de Paciente: Destinada al seguimiento por parte del paciente del tratamiento prescrito de cara a su enfermedad.
 - o Consola Médica, Destinada al uso por parte de los profesionales clínicos
- HW
 - o Kit casa Paciente: En casa del paciente (PC, Web Cam, Dispositivo Kinect, Dispositivos externos (pulsioxímetro, espirómetro...))

Resultados: La edad media de los pacientes introducidos es de 71.8 ± 6.7 y su FEV1 medio 46.7 ± 14.5 , en el mes de mayo disponemos de datos sobre la optimización de recursos sanitarios. En este momento disponemos de datos acerca de la Satisfacción del paciente y de los clínicos involucrados en el proyecto, obteniendo una nota media superior al 8.

Conclusiones: Tanto los resultados sobre la satisfacción de los usuarios como las primeras impresiones de los clínicos involucrados en el piloto arrojan las siguientes conclusiones

- El paciente se siente más seguro ante crisis con su enfermedad y tiene un mayor conocimiento de cómo ayudar a mejorar su estado de salud
- Hemos conseguido que el paciente tome un rol activo en el cuidado de su salud
- La impresión clínica de los profesionales
 - o Decremento en la severidad del estado de salud en los ingresos, reduciéndose el tiempo de permanencia en el ingreso
 - o Altas hospitalarias en menos tiempo al sentirse más seguros los pacientes para afrontar sus cuidados en domicilio
- La utilización de la televisión como medio de relación no presencial entre pacientes, sus familias y los clínicos que le atienden, es una herramienta bien valorada y puede ser fundamental para un mejor control de la enfermedad.

Implantação da Telessaúde na Atenção à Saúde Indígena no Brasil.

Magda Duarte dos Anjos Scherer et Zaira Zambelli Taveira, Brasil

O presente estudo analisou a implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil, identificando suas dificuldades e facilidades. Componente do Sistema Único de Saúde, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi pensado de modo a contemplar as especificidades dos povos indígenas e está sob a gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde desde 2010. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) são as unidades gestoras descentralizadas, que contam com unidades básicas de saúde nas aldeias ou nos polos-base. Desde sua criação, o Subsistema vem enfrentando problemas de falta de preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contextos interculturais, rotatividade dos profissionais e dificuldade de instalação da educação permanente em saúde (EPS). A telessaúde é estratégia promissora para expansão da EPS. Além disso, pode auxiliar na fixação dos profissionais de saúde em áreas de difícil acesso geográfico. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado em 2007, vem apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, ordenadas pela Atenção Primária - APS, com serviços de tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico e segunda opinião formativa. Em 2009, foram implantados dois Pontos de Telessaúde voltados à saúde indígena: um no Pelotão Especial de Fronteira de Iauaretê, próximo ao Polo-base Yauaretê, Dsei Alto do Rio Negro, e outro no Polo-base Umirituba, Dsei Parintins, ambos situados na região amazônica. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas não estruturadas no ano de 2012. Foram entrevistados dez gestores dos Dsei Alto do Rio Negro e Parintins, onde estava a população indígena atendida pelo Programa, e do Núcleo de Telessaúde do Amazonas, que elaborou o projeto de implantação dos dois Pontos, hoje inativos. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, aprovado sob o Parecer N°97/2012. Os resultados indicam que dificuldades na implantação do Programa relacionam-se às fragilidades da articulação interinstitucional na gestão do programa, à rotatividade dos profissionais de saúde, ao uso da tecnologia e à presença de infraestrutura inadequada à tecnologia. As facilidades, em sua maioria, são relatadas pelos gestores como potencialidades e expectativas de apoio à fixação dos profissionais, ao uso da educação permanente e à redução dos encaminhamentos dos indígenas. Sugere-se o monitoramento, a avaliação e o planejamento para implementação da

telessaúde nos Pontos de Telessaúde inativos, considerando-se as dificuldades apresentadas neste estudo e envolvendo todos os sujeitos no processo.

Impacto de un programa de telemedicina en pacientes con EPOC.

Patricia Sobradillo Ecenarro, A. Faria, N. González, M. Inchausti et M. Segura, España

Contexto y Descripción del problema : La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por la existencia de una limitación del flujo de aire que no es totalmente reversible. Esta limitación suele ser progresiva y asociarse a una respuesta inflamatoria anormal del pulmón a gases o partículas nocivas (la más habitual el humo del tabaco). Generalmente suele producir disnea (sensación de falta de aire), tos y expectoración. Se trata de una enfermedad con alta prevalencia (10.2%). Actualmente es la cuarta causa global de mortalidad y se prevee que sea la tercera en 2020). Se estima que el coste global de la EPOC en España oscila entre 675 y 775M€ al año.

La enfermedad se caracteriza por periodos de empeoramiento de la enfermedad, las agudizaciones que conllevan deterioro de la función pulmonar, del estado de salud del paciente y que suponen un aumento del riesgo de hospitalizaciones y de muerte.

La telemonitorización domiciliar permite el control exhaustivo y continuado de la salud de los pacientes crónicos, en cualquier lugar y en todo momento. Una herramienta que permitiese el control diario, la interacción del paciente con sus profesionales sanitarios y la rehabilitación física podría mejorar el estado de salud de dichos pacientes y reducir el consumo de recursos.

Objetivos

- a. Probar la aceptabilidad y usabilidad de un sistema para pacientes con EPOC basado en tecnología Kinect®. Permitiendo un cambio en el paradigma de relación del paciente con su herramienta de teleasistencia
- b. Describir las intervenciones derivadas de las alarmas generadas.

Materiales y Métodos

- c. Se han incluido pacientes EPOC con al menos un ingreso por agudización en el año previo. Primero se realizó una sesión de información grupal con los cuidadores principales. Aquellos que aceptaron participar recibieron tantas sesiones formativas como fueran necesarias. Se les equipó con una televisión adaptada a las necesidades de Kinect®. Diariamente contestaban un cuestionario de síntomas, enviaban datos de saturación, frecuencia cardíaca (mediante pulsioxímetro) y temperatura y realizaban ejercicios de miembros superiores bajo la guía de kinect®.

Resultados

- d. Se han incluido 30 pacientes. Las principales características en Tabla 1.
- e. Objetivo 1: El número medio de sesiones fue de 3 ± 1.34 . La estancia media en el proyecto actualmente es de 174 ± 45.2 (42-294) días. Ningún paciente fue excluido por no saber utilizar la tecnología. La adherencia diaria fue del 99%. La valoración por parte del paciente del sistema fue de 8.8 sobre 10.
- f. Objetivo 2: Agudizaciones leves: 15; moderadas: 32, Visitas a urgencias: 8 (3 de ellas sin indicación por parte de TEK1); ingresos en planta: 14, y uno de ellos precisó reingreso en las primeras 24 horas; ingresos en Hospitalización a Domicilio: 2. Estancia media en planta: 4.33 ± 1.1 días

Conclusiones: Un programa de telemedicina basado en tecnología Kinect® es viable y bien aceptado por los pacientes. La mayoría de las agudizaciones son tratadas extra hospitalariamente.

Horaire : 14:00 - 15:30

SESSION 5– Salle 1

Thème : Multimorbidité : regards croisés sur les défis d'adaptation des pratiques

Session organisée par : Lise Lamothe, Université de Montréal et Chantal Sylvain, Université de Sherbrooke

Discutants : Magda Scherer, Universidade de Brasília et Dominique Somme, Université Rennes 1

Au Canada, comme dans la plupart des pays industrialisés, les maladies chroniques constituent une cause croissante de mortalité ainsi qu'un fardeau de plus en plus important pour les systèmes de santé. En 2008, elles étaient responsables de 63% de tous les décès (36 sur 57 millions). Les maladies cardiovasculaires (48%), les maladies respiratoires chroniques (12%) et le diabète (4%) sont responsables d'une grande part des décès attribuables aux maladies chroniques (Données

répertoriées dans Lamothe *et al.*, 2013). En outre, ces maladies ne surviennent généralement pas de façon isolée. En effet, on reconnaît de plus en plus que les personnes présentant une maladie chronique sont souvent aux prises avec une multimorbidité, soit la co-occurrence de plusieurs conditions médicales chroniques (Fortin *et al.*, 2005).

Les personnes atteintes de maladies chroniques tendent à utiliser les services de soins plus régulièrement et à en utiliser un plus grand nombre que le reste de la population. Ainsi, par exemple, tandis que la proportion des Canadiens ayant au moins une maladie chronique est de 33%, ces derniers comptent pour 51% des consultations chez un médecin de famille, 55% des consultations chez un spécialiste, 66% des consultations infirmières et 72% des séjours hospitaliers. Plus encore, tandis que les cas de comorbidité ne représentent que 12% de la population canadienne, ces patients comptent néanmoins pour environ le quart des consultations chez un médecin de famille ou chez un spécialiste, pour 36% des consultations infirmières et pour 44% des séjours hospitaliers (Données répertoriées dans Lamothe *et al.*, 2013). Une telle utilisation du système de soins par les personnes souffrant de maladies chroniques est considérée symptomatique de l'incapacité des modes de fonctionnement actuels à répondre aux besoins (CSBE, 2010; Tsasis & Bains, 2008; Wagner, Austin & Von Korff, 1996).

Nos travaux antérieurs portant sur l'intégration des soins et services offerts à des personnes souffrant de multimorbidité, nous ont permis d'illustrer comment la transformation de l'offre de soins et services résultait d'une dynamique d'intégration à quatre niveaux interreliés : les clientèles, les pratiques professionnelles, l'encadrement structurel et les relations interorganisationnelles. Nos résultats montrent les stratégies et les moyens qui sont mis graduellement en place à chacun de ces niveaux pour influencer conjointement le processus d'intégration. Il apparaît que (1) rapprocher des services ne conduit pas nécessairement à l'intégration (2) le processus d'intégration est imprévisible et fortement lié aux facteurs contextuels (3) les multiples niveaux par lesquels l'intégration s'opère sont interdépendants, et (4) l'intégration progresse sous la forme d'oscillations entre des pôles qui ne sont pas fixes, mais évoluent à travers les différents niveaux d'intégration (Lamothe, Brousselle, Sylvain & Foro, 2010). Ces processus de transformation permettent l'émergence d'une grande variété dans les modes de production.

Une analyse fine des conditions menant à cette variété suggère que la variable à l'origine est l'incertitude, laquelle varie avec la quantité d'information à traiter. Trois sources d'incertitude ont été identifiées: les patients eux-mêmes, les professionnels et les technologies utilisées. Ces sources sont interreliées et forment un cycle de l'incertitude.

La première source d'incertitude est inhérente au processus et provient des patients eux-mêmes. Elle émane de la complexité relative de la condition de santé des patients, notamment du nombre de pathologies dont ils sont atteints. Selon le degré de connaissance et de compréhension qu'en ont les professionnels, la condition de santé des patients va engendrer une incertitude en regard du ou des traitements à apporter. Bien que chaque traitement individuel puisse générer de l'incertitude par la haute sophistication de son application, l'incertitude considérée ici réfère plutôt au nombre de traitements et au réseau formé par leurs interrelations. Ainsi, plus les traitements requis sont nombreux et interreliés, plus grande est l'incertitude, mais aussi la pression pour parvenir à une prise en compte globale des patients.

La seconde source d'incertitude provient des professionnels. Ainsi, une augmentation de la quantité d'information à traiter pour un patient donné entraîne généralement une augmentation du nombre de professionnels impliqués. En raison du cloisonnement relatif de leur domaine respectif d'intervention, chacun ne contrôle qu'une partie de l'incertitude. Les interdépendances qui en découlent conséquemment deviennent elles-mêmes sources d'incertitude.

Enfin, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des intervenants utilise des technologies qui, selon leur type, peuvent être sources additionnelles d'incertitude. En effet, en permettant le traitement d'une plus grande quantité d'information concernant les patients, elles peuvent mener à l'identification de nouvelles pathologies et entraîner la participation de professionnels additionnels. Ainsi tourne le cycle de l'incertitude (Lamothe, 1999).

La session que nous proposons s'appuie sur ces réflexions et cherche à les approfondir. Pour ce faire, nous proposons de croiser différentes perspectives sur l'enjeu important de l'adaptation des pratiques professionnelles et organisationnelles face aux défis soulevés par la multimorbidité. La première perspective est clinique; elle amènera à réfléchir à cet enjeu à la lumière de divers travaux de recherche concernant une variété de clientèles et de milieux de soins et services au sein d'un même système de santé, celui du Québec. Ces travaux sont en outre le fruit de collaborations inter-universitaires, ce qui permet une lecture diversifiée sur le plan des ancrages théoriques et conceptuels. La seconde perspective adoptée propose d'enrichir la réflexion sur les défis d'adaptation des pratiques à la multimorbidité, mais cette fois, par une comparaison entre pays. La France, le Brésil et le Québec seront considérés. L'ensemble de ces réflexions permettront de réviser certains a priori concernant la définition même de cette clientèle complexe, la nature des défis posés et les stratégies d'adaptation.

Adaptation des pratiques en soins primaires. Multimorbidité et soins primaires : conditions d'émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau.

Lise Lamothe, Vanessa Sit, Claude Sicotte et Chantal Sylvain, Québec

Elle permet d'identifier les enjeux et défis rencontrés par une organisation de soins et services de première ligne et les stratégies que les professionnels (médecins, infirmières et autres professionnels) mettent en œuvre pour adapter l'offre de services aux impératifs associés à la condition clinique des patients avec une multimorbidité. Cette étude permet d'exposer

la variété des clientèles (âge, type de multimorbidité, éventail des services requis, etc.) et les pressions qu'elles exercent au sein de l'organisation mais aussi dans ses liens avec les autres prestataires de services. Nous verrons comment cette dynamique d'adaptation laisse émerger une forme d'organisation en réseau, souple et évolutive.

Adaptation des pratiques en services spécialisés ambulatoires. Dynamiques d'intégration des services de santé mentale et de dépendance.

Chantal Sylvain et Lise Lamothe, Québec

L'étude présentée se situe dans une organisation offrant des services spécialisés ambulatoires à des personnes ayant à la fois un problème grave de santé mentale et de dépendance. Elle adopte la perspective théorique du sensemaking organisationnel pour mieux comprendre comment les professionnels de la santé participent collectivement à la construction progressive d'une offre de services visant l'intégration des services de santé mentale et de dépendance. Cette étude permet de cerner et décrire quatre défis associés à la différenciation des services et découlant des dynamiques professionnelles. Ceci nous permet de mieux comprendre les difficultés persistantes observées lorsque l'intégration des services tente de pénétrer la sphère clinique.

Adaptation des pratiques en services spécialisés hospitaliers. Dépistage et traitement du diabète lié à la fibrose kystique : enjeux d'adaptation des pratiques au carrefour des représentations des patients et des professionnels.

Lise Lamothe, Chantal Sylvain, Yves Berthiaume et Rémi Rabasa-Lhoret, Québec

Cette étude se situe en milieu hospitalier spécialisé et porte sur les services offerts aux personnes avec un diabète lié à la fibrose kystique, une complication fréquente de la fibrose kystique. Six cliniques spécialisées offrant des services aux adultes et aux enfants atteints de fibrose kystique ont participé à cette étude. Il apparaît que les représentations des patients et des spécialistes, tant en ce qui concerne la comorbidité que la manière de l'aborder, ont une influence directe sur le fonctionnement des équipes de soins et l'organisation du travail. Divers scénarios et formes d'organisation en émergent, chacun soulevant des défis d'adaptation cliniques et organisationnels propres.

Adaptation des pratiques en soins à domicile. L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques.

Lise Lamothe, Marie-Andrée Paquette, Jean-Paul Fortin, Françoise Labbé, Djamel Messikh et Julie Duplantie, Québec

Cette présentation permet de rendre compte de l'intérêt de la contribution de la technologie des télésoins à domicile pour soutenir l'adaptation de l'offre de services. L'étude se situe dans 3 organisations offrant des services professionnels à domicile dans deux provinces canadiennes. La technologie a été utilisée par des personnes âgées ayant des maladies chroniques (maladie pulmonaire obstructive chronique ou MPOC, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, diabète). Il apparaît que l'utilisation de cette technologie permet de mettre en place plusieurs conditions auxquelles l'organisation des services doit répondre pour améliorer l'offre de services aux personnes atteintes de maladies chroniques, notamment en termes de collaboration interprofessionnelle, d'accès des professionnels à l'information et à l'expertise nécessaires ou de participation active du patient. Le succès de son implantation dépend toutefois d'une analyse détaillée du contexte local dans lequel elle est introduite.

SESSION 6 – Salle 2

Thème : Prises en charge de pathologies spécifiques 2 : Hypertension, diabète, obésité 2

Renforcer les partenariats pour lutter ensemble contre les maladies chroniques : l'exemple du Programme cantonal Diabète.

Isabelle Hagon-Traub et Léonie Chinnet, Suisse

Le diabète est une des maladies chroniques pour laquelle l'Organisation mondiale de la santé a mis en garde contre le risque d'une « épidémie mondiale ». Celle-ci n'épargne pas la Suisse. Dans le canton de Vaud, une personne sur 15 environ est concernée, dont un tiers l'ignore.

Le Programme cantonal Diabète (PcD) est un projet novateur élaboré à la demande des autorités sanitaires afin de diminuer l'impact du diabète sur la population. Basé sur le modèle des maladies chroniques de Wagner et sur une double stratégie visant à freiner la progression de l'incidence de la maladie (prévention primaire) et améliorer la prise en charge des patients diabétiques, il s'articule autour de 5 axes : prévention primaire et promotion de la santé, autogestion et soutien aux patients, formation des soignants, mise sur pied de filières et amélioration de la communication et de la coordination.

Nous avons évalué les attentes et besoins des patients diabétiques d'une part, et les pratiques professionnelles d'autre part, pour élaborer et prioriser les projets. Les patients exprimaient notamment le besoin d'un suivi mieux organisé et coordonné, répondant tant à leurs problèmes médicaux que sociaux, ainsi qu'une meilleure information sur leur maladie. Sur le plan des pratiques professionnelles, la dimension du suivi et de la collaboration interdisciplinaire était la moins bien développée : trop peu de patients avaient bénéficié des contrôles périodiques préconisés et moins de 40% avaient été orientés vers des professionnels de la santé non médecins.

Afin de permettre au patient de devenir acteur de sa santé, le PcD vise à renforcer ses compétences par l'accès aux cours – activité physique adaptée, alimentation, cours d'éducation thérapeutique, « Evivo, ou comment vivre mieux avec une maladie chronique ». Développé par l'Université de Stanford, Evivo vise à accompagner le patient avec sa maladie au quotidien. Le rattachement du PcD à l'association de patients diabétiques « Association Vaudoise du Diabète » (AVD), permet en outre d'améliorer le lien avec les prestations psychosociales et de placer les intérêts des patients au centre de chaque projet comme au centre du Programme dans son ensemble.

Partant du constat que pour travailler ensemble il faut se connaître et parler la même langue, nous avons organisé des forums régionaux permettant aux professionnels de la santé concernés par le diabète de se rencontrer et d'échanger sur leur pratique. Une adaptation des recommandations de pratique clinique basées sur la littérature a été élaborée de manière interdisciplinaire par des représentants des métiers de la santé impliqués dans les soins aux diabétiques. Accessibles à tous, ces recommandations sont le langage commun indispensable à une prise en charge partagée. Elles permettent de stratifier les patients en fonction des problèmes identifiés, de systématiser les processus de prise en charge interdisciplinaire et coordonnée et, finalement, d'orienter la prise en charge sur différents soignants. Enfin, un répertoire des prestataires et prestations de soins et de soutien est élaboré à l'attention des professionnels et des patients.

Accès aux prestations et prestataires disponibles, rencontre entre soignants et recommandations de pratique clinique permettant d'organiser la prise en charge sont les ingrédients indispensables pour améliorer le travail interdisciplinaire. Cependant, la mise sur pied de filières nécessite en plus une consolidation des structures de proximité et l'amélioration de la communication et de la coordination par des outils adaptés. Plusieurs filières régionales se sont développées ces dernières années sur des modèles différents. Elles sont le fruit du « génie local » qui tient compte des ressources intéressées à collaborer et des besoins régionaux identifiés par les patients et leurs soignants. Le PcD privilégie une double approche « Top-down » et « Bottom-up » visant à la fois à fournir de façon univoque et centralisée les éléments nécessaires au changement des pratiques tout en soutenant les différentes initiatives locales et leur permettant de mutualiser leurs expériences entre elles.

Enfin, le PcD est occupé à réfléchir aux outils de communication et de coordination qui sont indispensables au travail en filière. Les technologies de l'information sont en pleine expansion et il s'agira de choisir lesquelles nous allons déployer pour les patients mais également pour les professionnels qui les soignent.

Le positionnement du PcD, bénéficiant d'une double légitimité en tant que programme cantonal soutenu par les autorités sanitaires et en tant qu'organe fédérateur de projets au service du patient, de par son rattachement à l'AVD, lui fournit un cadre privilégié pour inscrire les changements dans la continuité et avoir un impact positif sur la santé de la population ainsi que sur la qualité de vie des patients diabétiques.

L'approche novatrice du Programme cantonal Diabète, qui vise à resserrer les partenariats en renforçant l'autonomie des patients et le travail interdisciplinaire entre soignants, pourrait servir de modèle à d'autres maladies chroniques.

Impacto do diabetes nos gastos familiares com saúde na população brasileira.

Wendy Beatriz Witt Haddad Carraro, Bruce Duncan, Roger dos Santos Rosa et Anamaria Zaccolo, Brasil

Segundo o *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas são as maiores ameaças à saúde global, com peso semelhante às doenças infecciosas; seu impacto compromete o desenvolvimento social e econômico na comunidade, no país e no mundo. Embora a magnitude desses desafios relacionados à saúde seja crescente em todo o mundo, durante as últimas três décadas, há melhorias substanciais no conhecimento e compreensão sobre a sua prevenção e controle.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) vêm aumentando a sua importância, com destaque para o crescimento dos óbitos causados pelo diabetes e por neoplasias e para os níveis elevadíssimos das doenças do aparelho circulatório. Isto remete obrigatoriamente para uma mudança na intervenção da política pública de saúde, que também deverá ser cada vez mais preventiva e educativa, promovendo novos e melhores hábitos cotidianos na população. O diabetes é líder em perda de produtividade e crescimento econômico. O maior ônus econômico causado pelo diabetes é o valor monetário associado à ineficiência e à perda de vidas como resultado da própria doença e suas complicações.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento do diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, valor que depende da prevalência local da doença e da complexidade de tratamento disponível. Em estudo realizado nos Estados Unidos se verificou que as pessoas com diabetes apresentam gastos em saúde cerca de 2,4 vezes mais elevados do que os gastos em saúde de pessoas sem a doença.

Objetivos da investigação:

Estimar os gastos familiares em saúde das famílias com pelo menos uma pessoa com diabetes e comparar esses com os de famílias sem a doença.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:

Para o cálculo das despesas em saúde de famílias com ou sem diabetes optamos por utilizar diversas fontes de dados complementares a fim de obter uma maior precisão das estimativas. A principal base utilizada é a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF). A POF é uma pesquisa detalhada sobre as aquisições e despesas familiares, não só com saúde, mas todas as classes de despesas, da alimentação ao transporte, passando pelo vestuário, pelo lazer e mesmo pelos impostos e que possui uma abrangência nacional. A POF atual tem abrangência nacional. Na última edição realizada foram pesquisados 59 548 domicílios. Para a seleção desta amostra foi adotado um plano amostral conglomerado em dois estágios, com estratificação geográfica e estatística das unidades primárias de amostragem correspondentes aos setores da base geográfica do Censo Demográfico 2000. Através da POF, então, podemos calcular as despesas familiares em saúde bem como identificar as famílias que fazem tratamento para o diabetes, indicando que pelo menos um membro desta possui a doença.

Resultados e discussão:

A pesquisa pode estimar os gastos em saúde das famílias com diabetes equivalentes a R\$ 679, 50 no país e R\$ 305,25 o gasto em saúde de famílias sem diabetes. Esses valores nos indicam que as famílias atingidas pela doença apresentam gastos em saúde 2,2 vezes maiores do que o de famílias sem a doença. Na região Norte do país o gasto em saúde das famílias com diabetes foi de R\$ 452,02, e das famílias sem a doença de R\$ 155,92, o que representa uma despesa 2,9 vezes maior em saúde das famílias com diabetes. Nas regiões Sul e Centro-Oeste as despesas em saúde das famílias com diabetes são 1,6 vezes maiores do que as sem diabetes. Estes resultados estão de acordo com o estudo americano onde os gastos per capita em saúde das pessoas com diabetes eram 2,4 vezes mais elevados do que as pessoas sem a doença. Mundialmente se estima que os gastos em saúde das pessoas acometidas pela doença sejam cerca de 2 a 3 vezes mais elevado do que o das pessoas sem diabetes.

Analyse de la qualité de la prise en charge médicale des patients diabétiques.

Ouarda Pereira, D. Cerejo, R. Parjoie, J.L. Simonin et J.P. Mineur, France

Résumé

Objectif : Le suivi médical des patients diabétiques de la région Nord-Est a été analysé au regard des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. **Méthodes :** À partir des bases de données de l'Assurance maladie, l'analyse du suivi médical des patients entre 2006 et 2008 a permis de cibler les médecins pour lesquels ce suivi s'est révélé insuffisant au regard des recommandations de bonne pratique. Ces médecins ont fait l'objet d'un échange confraternel (EC) avec les médecins-conseils du Service médical. Le suivi médical des patients a été analysé entre 2008 et 2010 afin de mesurer l'impact de ces EC sur le comportement de consommation de soins des patients. **Résultats :** Quel que soit le type d'examen recommandé, le taux de patients ayant bénéficié d'au moins un examen annuel chez les patients dont le médecin a fait l'objet d'un EC a significativement augmenté. A contrario, les patients dont le médecin n'a pas fait l'objet d'un EC ont vu leur suivi médical inchangé pour certains examens et le suivi était de moins bonne qualité pour d'autres. L'influence d'autres facteurs explicatifs a pu être mise en évidence : le type de traitement suivi par le patient, le fait d'être admis en affection de longue durée et le département de résidence du patient. **Conclusion :** L'effet des EC mis en évidence dans notre étude doit toutefois rester une hypothèse en raison des aléas liés au phénomène de régression vers la moyenne auquel il est exposé.

Des études ultérieures permettront de vérifier cette hypothèse. Dans la mesure où l'efficacité d'un dépistage régulier des complications du diabète est bien établie, le rôle des médecins-conseils revêt toute son importance.

Resumo

Objetivo: O seguimento de pacientes do diabético no nordeste região de França foi examinada usando o método recomendado pela autoridade de saúde alta francesa

Métodos: Os bases de dados do seguro de saúde foram usados para analisar monitoração paciente entre 2006 e 2008, destacando aqueles doutores que não forneciam o cuidado adequado de acordo com diretrizes de boa prática. Um sistema baseado no detalhe acadêmico era estabelecido recentemente entre estes doutores e os consultantes médicos que trabalham para o serviço do seguro de saúde. A continuação paciente foi examinada igualmente entre 2008 e 2010 para avaliar o impacto do detalhe acadêmico no consumo do cuidado.

Resultado : Apesar do tipo de exame recomendado, o número de pacientes que foram examinados pelo menos uma vez por ano por um doutor envolvido em um processo de detalhe acadêmico aumentado significativamente. Pelo contraste, o seguimento dos pacientes cujo doutor não foi envolvido no detalhe acadêmico restante inalterado. Em alguns casos, a qualidade do cuidado da continuação era pobre. Outros fatores explicativos foram destacados igualmente, incluindo o tipo de tratamento recebido pelo paciente, o fato de ter uma doença a longo prazo e a área da residência do paciente.

Conclusão: O impacto do detalhe acadêmico destacado neste estudo permanece hipotético devido à regressão ao fenômeno médio. Uns estudos mais adicionais são necessários verificar esta hipótese. Desde que a eficácia da seleção regular para complicações do diabetes é bem conhecida, os consultantes médicos no serviço do seguro de saúde podem ser ditos jogar um papel crítico.

Mortalidad por diabetes mellitus y su asociación con los niveles de pobreza y carencias sociales en México, 2010.

Oswaldo Sinoe Medina Gómez et Oliva López Arellano, México

Introducción: La diabetes *mellitus* (DM) es un problema de salud pública en México y el mundo debido a su prevalencia. Las determinaciones sociales establecen diferencias en la incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad en los distintos grupos sociales.

Objetivo: Conocer la distribución de la mortalidad por diabetes *mellitus* y su asociación con las carencias sociales y económicas en México durante el 2010.

Método: Se realizó un estudio ecológico, a partir de fuentes secundarias de información para los 31 estados y el Distrito Federal. Se estudiaron todas las defunciones registradas en México en el Sistema de Información en Salud, de la Secretaría de Salud Federal durante el 2010, con una causa básica de defunción codificada con los códigos E10-E14 de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en personas mayores de 20 años. Se calculó el riesgo relativo (RR) de mortalidad, clasificando por cuartiles cada uno de los componentes carenciales y los grados de pobreza a través de la regresión de *Poisson*.

Resultados: La tasa bruta de mortalidad nacional calculada fue de 57.21 por cada 100 000 habitantes y el promedio de edad de muerte estimado fue de 69 años. La entidad con la mayor tasa de mortalidad ajustada por edad fue Tabasco, mientras que Baja California Sur fue es estado con la menor tasa de mortalidad por diabetes. Se observó un gradiente que afecta a los estratos más pobres. Las entidades ubicadas en el cuartil más bajo, tienen tres veces mayor riesgo de mortalidad por diabetes en comparación con el cuartil más alto. Lo mismo sucede a mayor vulnerabilidad por ingreso. El cuartil más bajo presenta un riesgo de mortalidad mayor que los demás cuartiles (RR = 2.52; IC95%: 1.90- 3.33).

Discusión y conclusiones: La distribución de las defunciones por diabetes en México está asociada a la pobreza y las carencias sociales. Es necesario reconocer que la reducción de la mortalidad por diabetes involucra el cuidado de la salud y la acción sobre sus determinantes sociales.

El combate a las desigualdades socio-sanitarias se ha convertido en parte de la agenda de salud a nivel global y la propuesta de "Salud en todas las políticas" da contenido a la acción sanitaria que trasciende el ámbito del sector salud e involucra a la sociedad en su conjunto.

En México, el combate a la desigualdad, la reducción de la pobreza y la atención a problemas como la diabetes, deben ser una prioridad. Se requiere desarrollar políticas públicas saludables que impacten diversos planos, entre los que destacan: la reducción de brechas, la atención a las carencias sociales y económicas; así como, el fortalecimiento de la capacidad rectora y reguladora del sistema de salud y la universalización en el acceso a servicios públicos de salud, integrales, equitativos y de calidad.

SESSION 11 – Salle 3

Thème : Management des organisations de santé

Des bébés et du management : la révolution organisationnelle des services de réanimation néonatale à l'hôpital.

Lionel Honoré, France

Des médecins, des puéricultrices, un psychologue sont autour de la table. Ils débattent ensemble du cas d'un enfant né à vingt-huit semaines aménorrhées. Une alarme sonne. Les regards se tournent vers l'écran de contrôle et une puéricultrice se lève, quitte la pièce puis appel. Quelques instants plus tard le médecin pratique des gestes de réanimation sous le regard des parents. A sa sortie de la chambre elle n'aura pas le temps de souffler que déjà un autre bébé réclame d'être

sauvé. Le quotidien d'un service de néonatalogie qui prend en charge de très grands prématurés est marqué par l'urgence et l'incertitude, par la survenance en continu d'évènements, par la fragilité de ce sur quoi porte le travail : des enfants nés trop tôt et qui ne pèsent que quelques centaines de grammes.

Cette particularité de ces situations de travail a amené, ces derniers temps à un basculement. D'un travail pensé et organisé en fonction de la logique médicale et des savoirs et savoir-faire du médecin, la réanimation néonatale est passée, d'abord aux Etats-Unis et depuis quelques années maintenant dans les hôpitaux français, à une organisation de l'activité productive centrée sur la situation elle-même et sur l'interaction entre cette situation et l'enfant prématuré. Cela a, bien sûr, impliqué de repenser les répartitions de rôles entre acteurs, les modalités de prise de décisions, la manière dont sont pris en charge les évènements, etc. De nouveaux acteurs, les parents notamment, se sont trouvés impliqués directement dans la réalisation de l'activité au côté des médecins et des puéricultrices.

En nous appuyant sur les résultats des études de deux services de réanimation, aux CHU de Nantes et de Rennes, nous proposons d'analyser ici ce basculement et ses conséquences sur l'organisation du travail, sa réalisation et son management. L'idée que nous défendons est que le passage d'une régulation professionnelle à une régulation centrée sur la situation s'accompagne non pas d'un décentrage du travail, au sens où il n'est plus centré sur le rôle de l'expert, ici le médecin et son travail, mais devient a-centré. Comment cela interroge la question de la conception de l'activité comme celle de son pilotage et, de ce fait, problématise l'action managériale et notamment de gestion des ressources humaines ?

Dans une première partie nous présentons notre méthodologie de recherche et la manière dont la problématique émerge du terrain d'étude qui est donc cette transformation du travail et de son organisation en réanimation néonatale. Dans une seconde partie nous en étudions les conséquences pour la régulation de l'activité productive avant de poser, dans la discussion la question de l'impact sur l'activité de management.

Le travail de terrain sur lequel s'appuie la recherche présentée s'est déroulé en trois temps. De juin à août 2011 nous avons réalisé une étude exploratoire à partir d'analyses documentaires, d'observations in situ au CHU de Nantes (avec une fréquence d'une journée entière d'observation par semaine complétée par des séquences d'observation-participante chaque jour), et par cinq entretiens avec les encadrants du service et de l'hôpital Mère-Enfant. De septembre 2011 à juin 2012 nous avons réalisé chaque semaine des observations dans ce même service (40 demi-journées ou demi-nuits) et 41 entretiens avec les différentes catégories de membres de l'équipe. De septembre 2012 à janvier 2013 nous avons réalisé des périodes d'observations hebdomadaires (une journée ou demi-journée par semaine) dans le service de réanimation néonatale du CHU de Rennes, ainsi que onze entretiens. Dans les deux équipes nous avons régulièrement assisté aux staffs médicaux aux réunions de transmission des puéricultrices, à des réunions «éthiques», ainsi qu'à différents types de réunions d'équipe ou de service. Nous avons également assisté à des arrivées d'enfants en salles de naissances. Enfin nous avons assisté à des cours et des formations à destination des médecins, des étudiants de sixième année, et des puéricultrices.

Parallèlement à cela nous avons tout au long de ces trois périodes réalisés dix-sept entretiens avec des élèves de médecine et d'école de puériculture. Et seize entretiens avec des parents d'enfants ayant été pris en charge dans les services de Rennes et de Nantes. Ce travail de terrain doit être achevé à l'été 2013 avec la réalisation d'ici là de nouvelles séries d'entretiens.

Réflexion autour des modes de structuration des réseaux de santé et des organisations en santé.

Bertrand Pauget, France

Résumé

Cette communication s'appuie sur des travaux antérieurs sur les réseaux de santé menés par l'auteur et mène à une généralisation théorique sur une organisation de nature différente. L'idée émise ici est que les organisations du secteur de la santé participent d'une organisation plus relationnelle.

A cette fin, nous déplaçons le thème de la recherche sur les réseaux de santé qui sont souvent situés dans une perspective plus performative (travail sur les outils, les dispositifs de coordination) vers des aspects plus tournés vers la théorie des organisations et la structuration des organisations relationnelles. Nous pensons en effet que celles-ci vont souvent au-delà de l'opposition classique soulignée entre organisations mécanistes et organiques (Burn et Stakler, 1961, Wine et al., 2006) mais les outils de gestion et les cadres de pensée pour interroger les organisations résident toujours dans l'opposition organisation mécaniste et organique

Resumen

Esta comunicación se apoya en trabajos anteriores sobre las redes de salud llevadas por el autor y lleva a una generalización teórica sobre una organización de naturaleza diferente. La idea emitida aquí es que las organizaciones del sector de la salud participan en una organización más relacional. Con este fin desplazamos el tema de la búsqueda sobre las redes de salud que están a menudo situadas en una perspectiva más performative (trabajo sobre las herramientas, los dispositivos de coordinación) hacia aspectos más inclinados hacia la teoría de las organizaciones y la estructuración de las organizaciones relacionales. Pensamos en efecto que éstas a menudo van más allá de la oposición clásica subrayada entre

organizaciones mecanicistas y orgánicas (Burn y Stakler, 1961, Wine y al., 2006) pero las herramientas de gestión y los marcos para interrogar las organizaciones residen siempre en la oposición organización mecanicista y orgánica.

Construction et mise en œuvre d'un plan stratégique de changement organisationnel d'institution prenant en charge la maladie chronique – Cas d'institutions françaises d'accueil et d'accompagnement de personnes en situation de handicap.

Renaud Petit, Frantz Daytry et Mohammed Ennejem, France

RESUME

En France, de nombreuses organisations du secteur sanitaire et social mettent en œuvre des changements organisationnels profonds. Cela est particulièrement le cas des institutions en charge de l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental. Ces changements s'opèrent en fonction d'au moins trois variables interdépendantes : les ressources budgétaires publiques, la conception des modes de prise en charge des personnes en situation de handicap mental qui évolue fortement et les structures organisationnelles. La recherche a été conduite selon une méthode de recherche-intervention réalisée dans une institution associative française d'accueil et d'accompagnement de personnes en situation de handicap mental comportant une triple étude qualitative, quantitative et financière. Cette communication permet avant tout de mieux comprendre la liaison entre les changements organisationnels, et leur vitesse, avec les mutations stratégiques en cours au niveau de ce secteur. Mais elle cherche également à analyser les choix stratégiques du terrain d'observation scientifique et leur mise en œuvre concrète, via un plan stratégique.

RESUMEN

En Francia, muchas organizaciones del sector sanitario y social implementan cambios organizacionales significativos. Este es particularmente el caso de las instituciones a cargo de la recepción y apoyo de las personas con discapacidad. Estos cambios se producen en función de al menos tres variables relacionadas entre sí: los recursos presupuestarios del gobierno, patrones de diseño de apoyar a las personas con discapacidad y en evolución fuertemente las estructuras organizativas. La investigación fue llevada a cabo por un método de investigación de la intervención llevada a cabo en un centro de acogida asociación francesa y el apoyo de las personas con discapacidad con un estudio cualitativo triple, cuantitativo y financiero. Esta comunicación permite principalmente para comprender mejor la relación entre el cambio organizativo y la velocidad, con los cambios estratégicos que se producen en este sector. Pero también se trata de analizar las opciones estratégicas del campo de observación científica y su aplicación práctica a través de un plan estratégico.

Les leviers d'une gouvernance multiniveaux ou comment adapter des organisations de santé complexe à la prise en charge de patients migrants.

Lara Maillet, Paul A Lamarche et Bernard Roy, Québec

Objectif : Cette communication s'intéresse à la gouvernance multiniveaux appliquée aux organisations de santé de première ligne. L'objectif est de cerner les leviers d'action permettant d'adapter les services auprès de personnes migrantes. Ce type de patientèle se révèle un excellent cas traceur pour analyser le processus d'adaptation des organisations de santé de première ligne, sa fractalisation et son implication avec le contexte.

Problématique : Née d'une préoccupation quant à l'arrimage des politiques en matière de santé avec celles concernant l'immigration et leurs prises en compte au niveau des établissements de santé de première ligne, nous réalisons une recherche permettant de comprendre comment les modes de gouvernances prennent part au processus d'adaptation des services de première ligne, notamment infirmiers, à l'intérieur même de l'établissement mais aussi avec des partenaires externes à l'établissement. Cette recherche se place dans un contexte sensible aux adaptations des services sociaux et de santé pour les patientèles migrantes ou nouvellement arrivées, souvent très vulnérabilisées. L'immigration internationale en Montérégie est récente. Plusieurs sous groupes font partis des populations les plus vulnérables, notamment en termes de santé. En janvier 2008, 25,6% des immigrants reçus et vivant dans cette région étaient soit réfugiés soit « demandeurs non reconnus du statut de réfugié et cas d'ordre humanitaire ». Parmi l'ensemble des immigrants reçus, 41,5 % étaient allophones et près de 80% avait 35 ans et moins.

Approche : La stratégie adoptée est une recherche synthétique par étude de cas multiples (deux Centres de Santé et de Services Sociaux- CSSS au Québec) avec niveaux d'analyse imbriqués (trois champs d'actions : stratégique, tactique et opérationnel), selon une approche qualitative. Cette étude de cas multiple a permis d'opérationnaliser les dimensions d'un cadre conceptuel développé à partir des théories de la complexité, de la gouvernance clinique et des réseaux. Il en a découlé six propositions de recherches. Dans cette communication, nous nous pencherons sur les 4 premières. Ce cadre faisant une place importante aux acteurs du contexte (Environnement), nous avons réalisé 49 entrevues semi-directives auprès d'acteurs des deux CSSS sélectionnés et de l'Environnement.

Résultats : La dynamique entre les acteurs et leurs auto-organisation participe au développement d'une gouvernance multiniveaux. Les interactions internes et externes, avec l'Environnement, montrent la création de réseaux, émergent du terrain, et repris par la suite aux niveaux stratégiques des organisations. La présence d'*acteurs de connectivité* et d'acteurs récepteurs au sein de l'organisation et de l'Environnement est révélée. Le contexte, les liens de confiance tissés entre les acteurs et la crédibilité des décideurs ressortent comme des facteurs importants. Mais les *acteurs de connectivité* ne peuvent y arriver sans le support et la contribution des acteurs plus « hiérarchiques ». Plusieurs leviers d'actions émergent de l'analyse. Nous les avons classés en trois catégories : les leviers administratifs, les leviers d'habilitation et les leviers émergents.

Conclusion : Les leviers administratifs et émergents ont besoin de leviers d'habilitation crédibles et légitimes, pouvant les supporter, afin que l'adaptation se diffuse à travers l'organisation de santé, qu'elle que soit le champs d'action ou le niveau de prise de décision concerné. La fonction fractale permet ce processus.

Apport et Intérêt de la communication : Implications pratiques : Les résultats indiquent des recommandations pour les acteurs cliniques et administratifs concernant l'adaptation d'une organisation de santé complexe à la prise en charge de patients migrants.

Originalité : Cette étude offre une vision empirique des *Complex Adaptive System*, de la gouvernance multiniveaux et de la fonction fractale.

SESSION 8 – Salle 4

Thème : Évaluation d'un politique de santé mentale

Président: Marie-Lise Lair-Hillion, Santé et Prospectives, Luxembourg

A Rede de Atenção Psicossocial e o enfrentamento das doença crônicas em Saúde Mental no Distrito Federal/Brasil.

Maria da Glória Lima, Maria Aparecida Gussi et Bruna Giane Saidelles Machado, Brasil

Introdução: O Ministério da Saúde do Brasil tem feito investimentos para incrementar a política de atenção a saúde mental, de forma a ratificar as diretrizes do SUS, a Lei Federal 10.216/01 e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com investimentos financeiros para ampliar a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, com ênfase na criação de Centro de atenção Psicossocial - CAPS para o atendimento de pacientes psiquiátricos e de dependentes de álcool e drogas. A Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23/12/11, define a rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas, com ênfase nos serviços com base comunitária, centrado às necessidades dos usuários e familiares e na perspectiva territorial e da reinserção social dos usuários, por meio de acesso ao trabalho, lazer, exercício da cidadania para romper com a cultura manicomial. Os novos serviços de atenção a saúde mental no Distrito Federal tem como desafio criar estratégias, no seu coletivo de trabalhadores, gestores, usuários e familiares, para ultrapassar os limites institucionais e profissionais que possam ampliar o cuidado aos usuários da saúde mental, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e reinserção social.

Objetivos: caracterização da rede de atenção psicossocial em saúde mental e os desafios para o enfrentamento das doenças crônicas em saúde mental no Distrito Federal.

Método - Estudo do tipo descritivo-exploratório, com a utilização de análise documental, consulta em sites do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do DF, entrevistas abertas com gerentes de serviços de saúde na área e entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam nos serviços de saúde mental local. O Projeto recebeu aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal/BRASIL, e contou com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF), edital PPSUS/2010.

Resultados Preliminares: O Distrito Federal embora possua uma rede de atenção psicossocial com baixa cobertura, tem buscado expandir a sua RAPS, acompanhando as diretrizes nacionais para a atenção integral dos usuários da saúde mental. Os centros de atenção psicossocial são considerados pelos participantes do estudo, dispositivos importantes e com maior resolubilidade no que tange aos princípios da integralidade do cuidado e da cidadania das pessoas com histórico de adoecimento mental e de dependência química. Os participantes ressaltam a necessidade de expansão de uma rede de cuidados de saúde mental de base comunitária, com investimentos na formação profissional e de novas profissões para desenvolvimento de novas práticas psicossociais, maior participação social de usuários, familiares e profissionais que possam favorecer processos de mudanças, que possam valorizar a potência para a vida e a reinserção social dos usuários da saúde mental, articulados a de base comunitária e intersetorial.

Internações Psiquiátricas no século XXI: Uma transição de modelos?

Felipe Szabzon et Fabiola Zioni, Brasil

Resumo

Este trabalho analisa as mudanças no perfil de utilização de leitos psiquiátricos hospitalares no sistema público de saúde na cidade de São Paulo no período de 2000 a 2010. Através desta pesquisa procurou-se evidenciar se o esperado processo de reorientação do modelo de atenção a saúde mental em curso no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório de natureza quantitativa. Os dados desta pesquisa foram obtidos a partir de dados públicos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

Resumen

Este artículo analiza los cambios en el perfil de uso de las camas hospitalarias psiquiátricas en el sistema de salud pública en la ciudad de São Paulo en el período 2000-2010. A través de esta investigación hemos tratado de poner de relieve el proceso previsto de reorientación de la atención de salud mental en curso en Brasil. Se trata de un estudio exploratorio de carácter cuantitativo. Los datos de este estudio se obtuvieron a partir de datos públicos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud (SIH-SUS).

L'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du Québec en 2012 : comment viser plus d'équité et de résultats en santé mentale?

Jacques E. Girard, Québec

Introduction: Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a été créé par une loi au Québec en 2006. Il a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois. En décembre dernier, le rapport du Commissaire sur l'appréciation de la performance, qui portait sur la santé mentale en 2012, a été déposé à l'Assemblée nationale du Québec, comme c'est le cas à chaque année depuis 2009. La périnatalité et petite enfance, les maladies chroniques et la première ligne de soins auront ainsi coloré les précédents rapports thématiques du CSBE.

Les objectifs de la communication : Nous allons considérer la santé mentale comme un secteur participant aux pressions générées par l'ensemble des maladies chroniques sur nos systèmes de santé. Compte tenu de la mission et de la vision du CSBE, la question à laquelle nous aimerions apporter quelques éléments de réponse est celle que pose l'ALASS de la manière suivante : *Quels systèmes d'information stratégiques faut-il mettre en place?* Nous allons y répondre en partageant notre analyse sur comment nous pouvons améliorer la performance du système de santé à partir de l'appréciation que nous en avons faite en santé mentale, avec comme toile de fond le développement d'une culture d'amélioration continue de résultats de santé et de bien-être que nous avons déjà ciblée face aux maladies chroniques en 2010.

Le contexte et la description du problème: Dans son rapport de 2010, l'Organisation mondiale de la Santé estimait que 450 millions de personnes étaient atteintes de troubles mentaux dans l'ensemble des pays du monde. Ce chiffre ne serait toutefois que la pointe de l'iceberg. En effet, la stigmatisation associée aux troubles mentaux ainsi que le manque de services adéquats contribueraient à sous-estimer la prévalence de ces troubles dans une majorité de pays. Le Québec s'est inscrit dans les grandes tendances qui auront jalonné une évolution des approches en santé mentale. Au cours des dernières décennies, le secteur de la santé mentale a connu d'importantes réformes afin de rendre les soins et services plus efficaces et plus humains, avec notamment la possibilité de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux dans leur communauté et de consolider les services de première ligne, tant sur l'accès que sur la continuité, pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Le regard qu'aura porté le CSBE sur les travaux, qui se sont étalés sur deux ans, survient ainsi à un moment clé pour faire le bilan des avancées en santé mentale au Québec et proposer des pistes d'amélioration.

Théories, méthodes, modèles et matériels employés: L'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux en matière de santé mentale s'est faite à partir de rapports scientifiques, d'études, de documentation et d'analyses récentes. L'analyse d'indicateurs, qui s'appuie sur des enquêtes de diverses sources pour refléter les avancées et les points sensibles sur lesquels intervenir, est complétée par plusieurs consultations ciblées et un cadre d'analyse pour les inférences. Près de 250 personnes (cliniciens, experts, décideurs, gestionnaires, usagers de services en santé mentale et familles de personnes atteintes) ont été rencontrées, de même que les représentants de 39 associations, groupes et ordres professionnels. La parole citoyenne, notamment par l'intermédiaire du Forum de consultation du Commissaire, et les considérations éthiques ont été prépondérantes dans l'orientation des travaux du Commissaire et l'élaboration de ses recommandations.

Résultats et discussion : Un certain nombre d'acquis et de constats ont été soulignés. Le Commissaire a transmis 5 grandes recommandations au ministre et proposé 15 actions concrètes pour améliorer la performance du système de santé et de

services sociaux dans le secteur de la santé mentale, afin de consolider les acquis des dernières années et de mieux répondre aux besoins des personnes. Certaines lacunes justifient de revoir l'allocation des ressources pour une offre de services optimale. À cette fin, les données probantes sur les meilleures pratiques renforcent la valeur ajoutée de la psychothérapie dans une perspective d'équité, de même que l'importance de mener des actions intersectorielles et de bien mesurer l'effet de ces actions. Il est souligné le rôle-clé que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit jouer afin de transmettre un message clair quant à l'importance que notre société doit accorder à la promotion de la santé et à la prévention des troubles mentaux, à la lutte à la stigmatisation ainsi qu'au déploiement des services efficaces pour soutenir davantage le rétablissement des personnes atteintes.

Les apports de la communication par rapport aux pratiques . Un important défi est celui de rejoindre la participation de l'utilisateur. Les soins de collaboration pour les équipes en santé mentale représentent un autre enjeu majeur pour une plus grande continuité des soins. Mais l'importance d'insuffler une culture d'amélioration continue de la performance du système de santé demeure sans contredit la valeur ajoutée qui est recherchée.

A atenção clínica na produção do cuidado aos usuários de Crack: assistência á saúde e redes sociais de apoio.

Maria Salete Bessa Jorge, Leilson Lira de Lima, Paulo Henrique Dias Quinderé; Milena Lima de Paula et Randson Soares de Souza, Brasil

Contexto e descrição do problema: O uso abusivo do crack tem se configurado como grave problema social e de saúde. No entanto, os cuidados aos usuários ainda estão pautados em modelos tradicionais e punitivos que limitam o acesso aos serviços de saúde. Ademais, a precária formação dos profissionais dificulta intervenções eficazes relacionadas à dependência química. Médicos, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais de saúde ainda exercem assistência limitada apenas ao uso do crack, não avançando na contextualização dos aspectos psicossociais dos usuários.

Resumo

Objetivou-se compreender a produção do cuidado e modelo de clínica construído na atenção aos usuários de crack e identificar as redes de apoio social. Pesquisa qualitativa compreensiva fenomenológica realizada em Fortaleza-CE. Participaram 84 sujeitos. A análise foi orientada pela análise de narrativas. Destaca-se a desresponsabilização para com os usuários; familiares aprenderam a lidar com o usuário devido a ajuda da equipe e existem dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde, pois muitos profissionais têm medo de intervir junto aos usuários devido ao preconceito e estigma de violência.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivos comprender la producción del cuidado y modelo de clínica conformado en la asistencia a los usuarios de crack e identificar las redes de apoyo social. Investigación cualitativa de comprensión fenomenológica realizada en Fortaleza-CE. Participaron 84 personas. El análisis se basó en el análisis de narrativas. Destaca por la desresponsabilización para los usuarios; la familia aprendió a vivir con usuario a causa de ayuda del equipo y existen dificultades de acceso de los usuarios a los servicios sanitarios, pues profesionales tienen miedo de comprometerse los usuarios a causa de prejuicios y estigmatización de violencia.

SESSION 9– Salle 5

Thème : L'émergence d'une nouvelle technique dans la prise en charge des maladies chroniques : un enjeu pour les patients, un enjeu pour la société

Session organisé par: Marine Aulois-Griot, Laboratoire de droit et Economie pharmaceutiques

La construction d'une archéologie de l'innovation de la radiologie interventionnelle.

Pascal Ragouet et Léo Mignot (doctorant), centre Émile Durkheim, UMR 5116, université de Bordeaux

L'analyse des stratégies de légitimation et de la valorisation de la radiologie interventionnelle.

Béatrice Jacques, MCU, Léo Mignot (doctorant), centre Émile Durkheim, UMR 5116, université de Bordeaux

La reconnaissance de la radiologie interventionnelle sur le plan juridique.

Marine Aulois-Griot, Inserm U 657, université de Bordeaux

L'évaluation des technologies de santé (HTA).

Philippe Gorry, MCU, Gretha UMR 5113, université de Bordeaux

Horaire : 16:00 - 17:30

SESSION 10 – Salle 1

Thème : Stratégies de prévention 1

Programa de promoción de la salud escolar: infancia activa y saludable en cinco territorios sociales colombianos.

Yúber Liliana Rodríguez Rojas, Yuri Marcela Aguirre Mazo, Cindy Nathalia Garcia Lugo, Jineth Carolina Gonzalez Bonilla, Mabel Guevara Tinoco et Katherin Johanna Rodríguez Rodríguez, Colombia

Resumen

En la actualidad, se identifica el sedentarismo y los hábitos de vida inadecuados en la población infantil como un problema de salud pública debido al incremento en la obesidad infantil en las últimas décadas; esta situación conlleva al aumento del riesgo de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en edades tempranas. Por tanto el objetivo de este estudio fue diseñar un programa de promoción de la salud dirigido a la población infantil escolar de 5-10 años en tres territorios sociales de Colombia. Para ello, en primer lugar se desarrolló una revisión documental en cuatro bases de datos de artículos publicados entre el año 1990 y 2012. En segundo lugar se efectuó un diagnóstico bajo la metodología PRECEDE en los tres territorios sociales abordados. En tercer lugar se estructuró un programa de promoción bajo la metodología PROCEED, teniendo en cuenta los hallazgos reportados en la literatura y los resultados del diagnóstico, los cuales sugirieron que el programa debía orientarse a la población escolar, la cual vincula la participación activa de distintos actores y cuyo eje central es el cuidado y reconocimiento corporal.

Résumé

À l'heure actuelle, identifie l'inactivité physique et les habitudes de vie inadéquates chez les enfants comme un problème de santé publique en raison de l'augmentation de l'obésité infantile au cours des dernières décennies, cette situation conduit à un risque accru de maladies non transmissibles chroniques à un âge précoce. Par conséquent, l'objectif de cette étude était de concevoir un programme de promotion de la santé destinés aux enfants âges 5-10 scolaires des trois territoires sociaux en Colombie. Pour ce faire, nous avons d'abord développé une revue de la littérature dans quatre bases de données d'articles publiés entre 1990 et 2012. Deuxième diagnostic a été fait en utilisant la méthodologie dans les trois territoires PRECEDE sociale abordée. Troisièmement, un programme de développement structuré selon la méthode PROCEED, en tenant compte des résultats rapportés dans la littérature et les résultats du diagnostic, ce qui suggère que le programme devrait viser les écoliers, qui relie la participation active des différents acteurs et dont l'axe central est la prise en charge et la reconnaissance de corps.

Implementación de un programa de promoción, prevención, tratamiento y control de enfermedades crónicas “Los amigos del Hospital Pablo VI”.

Bernardo Castiblanco Torres et Cristian Cortes, Colombia

Desde el año 2012 el Hospital Pablo VI Bosa Empresa Social del Estado de primer nivel de atención, viene desarrollando un modelo de atención en salud denominado “MAS PABLO VI” que orienta sus acciones al reconocimiento de las necesidades de las comunidades en los territorios desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, para así brindar una respuesta integral a los diferentes grupos poblacionales en términos de calidad y eficiencia de acuerdo a los estándares de una institución acreditada en salud. Dentro de sus acciones desarrolla programas orientados a necesidades específicas de acuerdo a la lectura de realidades realizada por las comunidades y al diagnóstico de la localidad realizado también por la institución. Uno de ellos denominado “los amigos del Hospital Pablo VI” pretende generar respuestas articuladas de los equipos para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de las personas con enfermedades crónicas que viven en la localidad, específicamente aquellas con hipertensión arterial.

OBJETIVO: Proporcionar herramientas a la población de Bosa por medio de actividades de promoción de la salud (espacios libres de humo, alimentación saludable y actividad física) y prevención de la enfermedad (adherencia al tratamiento) como estrategia para afectar los determinantes de su aparición y desarrollo.

METODOLOGIA: para el desarrollo de este programa se utilizó una metodología PRECEDE-PROCEED para el desarrollo de programas de prevención y promoción. En este sentido se realizó un proceso de lectura de realidades con las comunidades de los diferentes territorios, identificando los principales elementos a tener en cuenta para el desarrollo de una respuesta integral que favoreciera la promoción de hábitos saludables y la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de la determinación social y utilizando estrategias de recolección de información cualitativa para la planeación y

mixtas (cuali – cuanti) para la evaluación. Se desarrollaron acciones en tres ejes para hábitos saludables: actividad física, espacios libres de humo y alimentación saludable además de las acciones de fortalecimiento de la adherencia a través de seguimiento en consulta y asesoría farmacéutica por un químico farmacéutico.

PARTICIPANTES: personas de la localidad de Bosa (identificadas en los territorios saludables donde se desarrolla el programa) y canalizadas de forma efectiva a las acciones desarrolladas (4235 participantes en el proceso de taller)

RESULTADOS: las acciones promocionales centradas en la actividad física, espacios libres de humo y alimentación saludable representan una herramienta útil para la mejora de las condiciones de calidad de vida y salud del paciente con condición crónica, no solamente por el beneficio que suponen para el organismo sino porque son un escenario de acercamiento diferente al proceso salud enfermedad de la comunidad. El generar nuevos espacios de relación entre la institución prestadora de servicios de salud y la población beneficiaria no solo mejora la respuesta de los sujetos sino que permite el desarrollo de estrategias adicionales de multiplicación de la información que favorecen la adherencia al tratamiento como las propias de la educación comunitaria. La evaluación de adherencia a los procesos para el año 2012 fue del 89%

DISCUSION: se ha identificado que los protocolos de respuesta tradicional a las enfermedades crónicas no son lo suficientemente efectivos para responder ante las problemáticas que ocasionan estas enfermedades, incluso aquellos desarrollados desde la perspectiva de la promoción de la salud, como el que se presenta en esta investigación y que no permiten generar cambios radicales en las condiciones de salud de estas poblaciones. Condiciones estructurales como la pobreza, el acceso a ciertos tipos de alimentación o las mismas barreras que presenta el sistema de salud impiden que puedan generarse cambios de fondo que afecten la prevalencia de estas enfermedades en la localidad. Este ejercicio presenta un reto importante a la forma en que se aborda la relación entre servicios de salud y los usuarios de los territorios.

Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil.

Yúber Liliana Rodríguez Rojas, Laura Elizabeth Castro Jiménez, Yury Marcela Aguirre Mazo, Cindy Nathalia García Lugo, Jineth Carolina González Bonilla, Mabel Guevara Tinoco, Colombia

Resumen

La obesidad infantil se ha disparado en las últimas décadas, por cuanto se convirtió en una problemática de salud pública en el ámbito mundial. Dada la diversidad de factores que se atribuyen a la obesidad infantil, se requiere identificar diferentes estrategias específicas que den respuesta a esta problemática; por ello, se planteó esta revisión sistemática cuyo objetivo es analizar los programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil. Se revisaron estudios desarrollados en diferentes países entre 2007 a 2013, en cinco bases de datos, encontrando 1030 artículos, de los cuales 48 cumplieron con todos los criterios de inclusión. En estos se identificaron cuatro tendencias: diagnóstico (6 artículos); intervención (39 artículos); costo-efectividad de los programas (1 artículo); y políticas públicas (2 artículos). Se concluyó que si bien existen diferentes estrategias orientadas a la reducción de la obesidad infantil, aún no se ha logrado diseñar un programa generalizable puesto que guardan una estrecha relación con los patrones culturales de cada región.

Résumé

L'obésité infantile a augmenté en flèche au cours des dernières décennies, comme cela est devenu un problème de santé publique dans le monde entier. Compte tenu de la diversité des facteurs qui sont attribués à l'obésité infantile exige l'identification des stratégies spécifiques qui répondent à ce problème, donc, est soulevé cette revue systématique visant à analyser les programmes de promotion et de prévention pour lutter contre l'obésité enfant. Nous avons examiné les études menées dans différents pays entre 2007-2013, cinq bases de données et avons trouvé 1030 articles, dont 48 répondaient à tous les critères d'inclusion. Dans ces quatre tendances ont été identifiés: le diagnostic (6 ouvrages), intervention (39 articles), le coût-efficacité des programmes (1 article) et les politiques publiques (2 articles). Il a été conclu que bien qu'il existe différentes stratégies pour réduire l'obésité infantile, n'a pas encore réussi à concevoir un généralisable programme aussi étroitement lié à des formes culturelles de chaque région.

Caracterización del programa de detección temprana de factores de riesgo cardiovascular del adulto mayor en la red pública de atención en Bucaramanga, Colombia.

Naydú Acosta Ramírez, Myriam Ruiz Rodríguez et Flor de María Cáceres Manrique, Colombia

Contexto y problema. Colombia enfrenta una transición demográfica y epidemiológica con aumento de la esperanza de vida e incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales las enfermedades cardiovasculares ocupan las primeras causas de morbilidad en población adulta, con alta carga para el sistema de salud en costos de atención y en años de vida saludables perdidos; por lo cual, el gobierno mediante la Resolución 412 del 2000 ha establecido guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En Bucaramanga, ciudad del nororiente colombiano, las enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, corresponden a las dos primeras causas de

morbilidad atendida en mayores de 45 años, según el análisis de la situación de salud 2012. A su vez, entre los 45 a 64 años, la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitus se ubican entre las diez primeras causas de mortalidad. Acogiendo la normatividad nacional y para enfrentar esas problemáticas, la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE ISABU) tiene como una de las prioridades la promoción de la salud cardiovascular y la detección temprana de riesgos, y desde el 2008 estructuró el programa "Detección de Alteraciones en Mayores de 45 años" que cuenta con procedimientos estandarizados de intervenciones y un formato específico de historia clínica; pero hasta el momento no cuenta con evaluación de su gestión que permita a los tomadores de decisiones identificar áreas de mejoramiento.

Objetivo: analizar el programa de detección temprana de factores de riesgo cardiovascular del adulto mayor en la red pública de atención de Bucaramanga en términos del cumplimiento de protocolos de atención con énfasis en intervenciones médicas y factores de la gestión que han favorecido o limitado su desempeño.

Metodología. Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyeron 23 de las 28 unidades de atención, que corresponden a centros ambulatorios de primer nivel de atención de la ESE ISABU que prestan servicios a la población pobre sin capacidad de pago de la ciudad. Mediante una lista de chequeo se revisaron los registros de historias clínicas del programa con el fin de identificar el cumplimiento del protocolo. Para identificar los factores de gestión del programa se encuestaron a usuarios y médicos y se entrevistaron a coordinadores del programa. Se calculó una muestra de 605 historias clínicas, 404 usuarios y 59 médicos asumiendo una probabilidad del 50% de cumplimiento del protocolo con una confiabilidad del 95% y un poder del 80%. El muestreo fue probabilístico y bietápico. El estudio se realiza desde el año 2012 y fue aprobado por los Comités de Ética de las instituciones participantes.

Resultados y discusión. El porcentaje de cumplimiento del protocolo por parte de los médicos fue del 27%, con rangos diferenciales por centro entre 7% y 59%. En 62% de las historias revisadas se encontró la solicitud de todos los exámenes de laboratorio del programa, y en el 57% el reporte de esos resultados. Los usuarios del programa con algún factor de riesgo (glicemia elevada, cifras altas de presión arterial, hábitos no saludables) recibieron consejería en un 39.7%, con rangos entre 4% y 95%. Este resultado se destaca en virtud de que el propósito fundamental del programa es que el médico ofrezca consejería/educación al usuario según los factores de riesgo identificados. Otro resultado relevante fue que sólo 7% de usuarios con glicemia elevada o hipertensión arterial, fueron remitidos para seguimiento en el programa de Riesgo Cardiovascular. De otro lado, el 33% de los usuarios desconocían que habían sido atendidos por el programa. El sistema de pago y el incentivo que tienen estas instituciones para facturar servicios a las aseguradoras en un sistema de salud, puede estar explicando este resultado. En cuanto a factores asociados al desempeño del programa, la limitada búsqueda activa de usuarios y de demanda inducida son indicativos de una inadecuada gestión, al igual que la escasa capacitación de los médicos (31%) y la baja valoración de la satisfacción de estos profesionales con el programa. Se deduce de esos resultados que el programa tiene un pobre desempeño frente a su propósito fundamental de detección temprana de factores de riesgo y promoción de la salud. Hay baja adherencia del médico al protocolo y las acciones de consejería al usuario no alcanzan la cobertura esperada. La mayoría de los factores críticos de la gestión están relacionados con la estructura del sistema de salud colombiano orientado al mercado de servicios en donde las acciones de demanda inducida y búsqueda activa de pacientes están por fuera del Plan Obligatorio de Salud y no son reconocidas económicamente. Este aspecto afecta ostensiblemente la promoción de la salud y la educación a los adultos con factores de riesgo, a la vez que limita la atención y tratamiento oportuno y, por ende, que se eviten las discapacidades y pérdidas de años de vida saludable.

SESSION 12 – Salle 3

Thème : Formations des professionnels et modifications des pratiques 1

Mesure d'impact d'un programme associatif pour amplifier la publication scientifique en Algérie.

Georges Borgès Da Silva, Abdelkrim Soulimane, Djamel Zoughailech, Rachid Benali. France et Algérie

Résumé

Contexte : En 2005, nous avons constaté une différence en nombre de publications des chercheurs algériens par rapport à celui des autres pays du Maghreb. Sur cinq ans, de 2001 à 2005, l'Algérie a publié 257 articles indexés sur Medline, le Maroc 1481 et la Tunisie 1921.

De 2005 à 2010, l'Association pour l'analyse des systèmes de santé (www.anasys.org) et la Société algérienne de santé publique, avec le soutien de la Société française de santé publique, ont mené une action de formation à long terme pour faciliter la publication scientifique des praticiens hospitaliers et des enseignants-chercheurs algériens. De 2005 à 2010 nous avons réalisé chaque année trois ou quatre ateliers concomitants dans les universités d'Annaba (2005 et 2010), Sidi Bel Abbes (2006 et 2007), Oran (2008), Constantine (2009). Les thèmes des ateliers étaient :

- la recherche bibliographique et la rédaction d'articles scientifiques ;
- le traitement des données avec les logiciels Epi-info® et SPSS® ;

- La régression logistique en alternance, d'une université à l'autre, avec l'analyse des données de survie.

Objectif : l'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de cette action.

Méthodes : nous avons relevé pour chaque année, de 1977 à 2012, le nombre d'articles indexés sur la base bibliographique Medline, par les auteurs ayant leur affiliation en Algérie.

Résultats : nous constatons qu'après une période de stagnation jusqu'en 1999, l'évolution du nombre d'articles indexés sur Medline suit une courbe de faible croissance qui s'amplifie très nettement à partir de 2006. Ainsi le nombre d'articles indexés était de 72 en 2005 et de 264 en 2012.

Discussion : sans établir un lien causal exclusif entre notre action et le résultat constaté, car d'autres facteurs ont pu intervenir, nous pouvons envisager que celle-ci a accompagné la progression de la publication médicale scientifique en Algérie.

Riassunto

Contesto: Nel 2005, abbiamo trovato una differenza nel numero di pubblicazioni di ricerca algerino rispetto ad altri paesi del Maghreb. Nell'arco di cinque anni, dal 2001 al 2005, l'Algeria ha pubblicato 257 articoli indicizzati in Medline, il Marocco 1481 e la Tunisia 1921.

Dal 2005 al 2010, l'*Association pour l'analyse des systèmes de santé* (www.anasys.org) e la *Société algérienne de santé publique*, con il sostegno della *Société française de santé publique*, hanno condotto un programma di formazione. Lo scopo era quello di aiutare i medici ospedalieri e docenti-ricercatori algerini a pubblicare articoli scientifici. Dal 2005 al 2010 abbiamo condotto ogni anno tre o quattro seminari simultanei nella università di Annaba (2005 e 2010), Sidi Bel Abbès (2006 e 2007), Oran (2008), Constantine (2009). I temi del workshop sono stati:

- Ricerca della letteratura
- Redazione di articoli scientifici;
- Analisi dei dati con il software Epi-info® e SPSS®;
- Regressione logistica alternativamente da un'università all'altra, con l'analisi dei dati di sopravvivenza.

Obiettivo: L'obiettivo di questo studio era di valutare l'impatto di questo programma.

Metodi: Sono stati identificati per ogni anno 1977-2012, il numero di articoli indicizzati nel database bibliografico Medline dagli autori con il loro indirizzo in Algeria.

Risultati: Troviamo che, dopo un periodo di stasi fino al 1999, cambiando il numero di articoli indicizzati in Medline segue un modello di bassa crescita che amplifica notevolmente a partire dal 2006. Il numero di articoli indicizzati era di 72 nel 2005 e 264 nel 2012.

Discussione: Si può considerare che il nostro programma ha facilitato la crescita del numero di articoli scientifici pubblicati da autori algerini.

Formación on-line en lectura crítica para enfermería: Adaptación y evaluación de un programa.

José Asua Batarrita, Eva Reviriego, María Angeles Cidoncha, José Asua³, Marie Pierre Gagnon, Elena de Lorenzo, Lucía Gárate, Rosa Gonzalez Llinares et Mainer Mateos, España, Québec

La investigación es una actividad fundamental para contribuir a la mejora de la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria.

La formación en métodos de investigación es necesaria, no sólo para la realización de estudios de investigación, sino también para poder evaluar críticamente la literatura científica y trasladar adecuadamente sus resultados a la práctica clínica diaria.

Dada la escasa tradición investigadora de la profesión y la carencia de formación adecuada en este ámbito, se consideró prioritario desarrollar un programa de formación online con el fin de resaltar y fortalecer la relación entre investigación y práctica clínica. En la Universidad Laval de Quebec, se ha desarrollado y evaluado un curso online de lectura crítica dirigido a estudiantes y profesionales de la enfermería. Gracias a una colaboración internacional, este curso fue adaptado para su aplicación en el País Vasco y en Colombia.

Objetivos: Formar a los/as profesionales de enfermería del servicio vasco de salud -Osakidetza en lectura crítica con el fin de fortalecer la utilización de la investigación en la práctica clínica.

Metodología: Estudio prospectivo pre-post. Se realizó la traducción y adaptación del programa de lectura crítica InfoCritique. Se seleccionó una muestra de 50 profesionales de enfermería con conocimientos básicos en investigación y 3 docentes para el seguimiento y tutoría online de los/as alumnos/as, estableciendo las estrategias didácticas e instrumentos de evaluación de este curso formativo. Como estrategia didáctica se creó un blog que contenía datos de contacto con el

equipo docente y coordinador, guía didáctica del curso y videos de presentación del curso. Los instrumentos de evaluación fueron dos cuestionarios auto-cumplimentados que se administraron antes y después del curso, para analizar tres aspectos fundamentales: los conocimientos adquiridos, la capacidad de autoaprendizaje y la satisfacción.

Resultados y discusión: De los/as 50 profesionales seleccionados, 3 no completaron el curso por diversas razones (personales, laborales). De los/as 47 profesionales que completaron el curso, aprobaron el 100%.

En relación al cuestionario de conocimientos; por lo general los/as participantes mejoraron sus puntuaciones globales tras el curso. Además, mediante contrastes de hipótesis, se comprobó que existen diferencias estadísticamente significativas entre las notas obtenidas antes y después del curso.

En relación a la escala de predisposición para el autoaprendizaje; el patrón de respuesta para el cuestionario posterior al curso fue muy similar al observado por el cuestionario previo, y se apreció que en la mayoría de las cuestiones aumenta ligeramente el porcentaje de personas que elige la opción “totalmente de acuerdo” disminuyendo, en consecuencia, las opciones inferiores. Es decir, parece que tras el curso los/as participantes se sienten más capacitados o predispuestos para el autoaprendizaje.

En relación a la escala de satisfacción con el curso, la nota media que le otorgaron fue de 7 sobre 10 puntos.

A modo de discusión, se puede añadir que es necesario realizar estrategias que se mantengan en el tiempo para facilitar que los conocimientos adquiridos no disminuyan y puedan ser utilizados en la práctica diaria.

Los comentarios de los/as estudiantes hacen patente la necesidad de incrementar el contenido teórico de los módulos, la creación de un foro y proporcionar más ejemplos de estudios de alta calidad.

El impacto que este proyecto puede tener para el sistema de salud y los profesionales se debe a las siguientes razones: proporcionar herramientas para la metodología de la investigación; promover la cultura de investigación en los/as profesionales de enfermería; promover el pensamiento crítico para la toma de decisiones basada en evidencia científica.

O trabalho de preceptoria em residências multiprofissionais em saúde no Brasil.

Ananyr Porto Fajardo et Ricardo Burg Ceccim, Brasil

Objetivos: identificar em que medida o trabalho em saúde em um contexto de formação inclui ações e reflexões voltadas ao exercício da docência aliado ao cuidado em saúde. Especificamente, buscar aspectos que incentivam ou afastam os profissionais do interesse em atuar como preceptores; a forma como interagem nas equipes de atenção e na relação com residentes; indicativos da relação entre trabalho real e prescrito no contexto das residências multiprofissionais em saúde.

Contexto e descrição do problema: O trabalho em saúde tradicionalmente privilegia o diagnóstico de doenças, realiza intervenções que devolvam ao paciente um estado de saúde pré-determinado e faz prescrições para que não sofra novos adoecimentos. Atualmente outros atos educativos, questionadores e investigativos são demandados em um contexto de formação de profissionais para o sistema público de saúde brasileiro (SUS), as Residências Multiprofissionais em Saúde. Egressos de cursos universitários da saúde, os preceptores de residências multiprofissionais em saúde passam a exercer funções na docência e pesquisa em serviço sem se sentirem preparados para tal e passam por sofrimento para atuarem, sendo que alguns resistem à convocação, enquanto muitos são conquistados pela proposta.

Teorias, métodos, modelos e materiais: Investigação qualitativa, transversal, exploratória, de tipo descritivo. Participaram 32 preceptores/as que atuavam nas 9 profissões e 4 áreas de ênfase integrantes de um programa de residência multiprofissional em 2010. Responderam a questionários individuais e participaram de grupos focais, sendo os dados examinados segundo análise temática.

Foi identificado o perfil sociodemográfico dos participantes, sua formação em graduação e pós-graduação, o contato com conteúdos dedicados à docência durante a graduação, a experiência profissional em docência, o tempo de exercício profissional e o tempo de vínculo com a instituição. Outro elemento valorizado foi o fato de os preceptores terem sido residentes ou não. Além disso, houve a identificação da sua motivação para o exercício da preceptoria, bem como os critérios e o grau de preparação percebida para tal, seguidos pela influência da formação de origem para o ensino em serviço. A caracterização da relação com os residentes e com colegas que não são preceptores, da jornada diária e da carga de trabalho decorrente, as limitações identificadas para o exercício da função, bem como os recursos buscados para sua superação, também foram evidenciados.

Resultados e discussão: O trabalho real da preceptoria resulta em sobrecarga de tarefas, ultrapassando fronteiras entre disciplinas, sendo diferente do trabalho prescrito, que é embasado em limites profissionais. O exercício desta função possui valores sem dimensão, sendo impossível mensurá-los por critérios vigentes de tempo e espaço. A docência constitui desestabilização da assistência e interrogante do trabalho, pois os preceptores (se) pensam como protagonistas, o que pode levar a algum grau de sofrimento no trabalho. A confrontação da carga horária contratual com as tarefas desenvolvidas pelos participantes ao longo da jornada de trabalho permitiu identificar dimensões de tempo “no” trabalho - não mensurável, com inserção de tarefas em outros tempos da vida, simultaneidade de tarefas e proatividade - e “de” trabalho - espacializado, quantificado, registrado em horas e minutos mediante dispositivos eletrônicos ou mecânicos. É exigida disponibilidade o tempo todo, atitude de autonomia frente às decisões necessárias e permanente tensão para escolher entre pensar ou fazer, atender ou ensinar.

Contribuições às práticas atuais: É importante reconhecer que o trabalho de formação em serviço no campo da saúde constitui uma (re)criação do trabalho, pois existe diferença entre trabalho prescrito e real, sendo que este supera a formalização própria de cada profissão. É possível evidenciar porosidades nas interfaces entre ensino/atendimento/pesquisa que permitem romper limites prescritos e substituir o caráter de exclusão de um ou outro elemento pelo acréscimo de um “E” a esta composição, criando outras possibilidades de viver e trabalhar. O exercício de múltiplas funções pode significar a conquista de mais sentido ao trabalho, mas resulta em algum grau de sofrimento laboral. Ficou evidente que os preceptores se constituem como trabalhadores do real, inventivos, não limitados à prescrição, podendo ressignificar o encontro entre potência e criação.

O trabalho do cirurgião dentista na atenção primária de saúde: entre o prescrito e o real.

Wagner Gomes Reis et Magda Duarte dos Anjos Scherer, Brasil

O objetivo geral desse trabalho é analisar o trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia Saúde da Família – ESF do Distrito Federal - Brasil. Busca contextualizar a saúde bucal no território estudado, identificar a prescrição da atividade profissional do Cirurgião Dentista para atuar na ESF, caracterizar as atividades realizadas pelos profissionais e identificar as renormalizações produzidas por eles no cotidiano de trabalho.

A Saúde Pública brasileira vêm experimentando sucessivos ensaios de estruturação e ajustes, desde a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988, e o quadro da Saúde Bucal também apresenta os seus desafios de reorientação do modelo de atenção da odontologia, onde historicamente a prática de Saúde Bucal desenvolveu-se quase que exclusivamente no âmbito do ‘núcleo do saber’, praticamente entre quatro paredes, ou seja, isolada do restante das ciências da saúde humana, restringindo a prática profissional ao trabalho junto ao equipamento odontológico. Este modelo tem dificultado a integração do cirurgião dentista à equipe de saúde.

Um levantamento bibliográfico sobre a relação entre as prescrições e as atividades efetivadas pelo Cirurgião Dentista constatou que há uma lacuna de produções científicas na temática, sendo um elemento que justificou a realização deste estudo. Considera-se que a atividade profissional comporta e exige a presença de normas, que devem ser identificadas e analisadas para se compreender um trabalho, mas, por outro lado, também é fundamental “visualizar” a dinâmica das renormalizações e da singularidade da prática do trabalho profissional, nem sempre evidentes.

O trabalho prescrito é aquele determinado para ser executado pelos trabalhadores, correspondendo ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação, aos modos necessários e às regras a se respeitar. Sua prescrição pode ser verbal ou escrita, ou pode, ainda, ser apenas implícita. Por sua vez, trabalho real é aquele executado realmente. O fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade. Conclui-se então que no processo de trabalho, a *tarefa* compreende a prescrição, o comando, e o que a organização oferece para a execução desse trabalho. A *atividade* é a ação, a maneira como o trabalhador executa a tarefa que lhe é determinada.

As características intrínsecas de cada ser humano como biologia, inteligência, afetividade, psiquismo e história de vida interferem para que a atividade do trabalho seja única, ou seja, nunca restrita a prescrição, mas sempre associada aos aspectos da atividade humana. Assim a atividade vai além do que se faz, ela também é o que não se faz o que não pode ser feito e o que se tenta fazer sem conseguir (os fracassos), o que poderia ter sido feito, os desejos e os sonhos de se fazer em outra ocasião.

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa e triangulação de dados, utilizando-se do referencial teórico da ergologia e da Política Nacional da Atenção Básica. Os dados foram coletados através de observação, análise documental e entrevistas com seis cirurgiões dentistas de três Unidades de Saúde, no período de janeiro de 2012 a fevereiro de 2013. Os dados foram sistematizados e analisados com a técnica de análise temática de conteúdo.

Os resultados evidenciam que o cirurgião dentista necessita renormalizar a sua atividade de trabalho a todo instante, não somente em decorrência das situações peculiares da atenção ao usuário, mas também em função do modelo de organização e gestão do serviço, que o conduz a redirecionar sua rotina, realizando tarefas não previstas para a sua área de atuação. O estudo permitiu visualizar que, contrariando as prescrições da Política Nacional de Saúde Bucal, o paradigma curativo, focado na doença, ainda predomina como guia da ação do cirurgião dentista e que na maior parte do tempo o profissional desenvolve atividades dissociadas do conjunto da equipe de saúde da família.

A compreensão das renormalizações produzidas pelo Cirurgião Dentista em sua atividade é fundamental para que mecanismos de adequação e melhoras do processo de trabalho e gestão possam ser produzidos, aceitando que isso é um processo dinâmico e constante.

Gestão do cuidado de enfermeiras em Hospital com administração pública indirecta.

Silvone Santa Bárbara et Mariana Costa da Silva, Brasil

Introdução: O objetivo deste trabalho é analisar como ocorre a gestão do cuidado de enfermeiras em um hospital público de administração indireta no interior da Bahia no Brasil durante o ano de 2012, identificando os determinantes contextuais na gestão do cuidado e descrevendo os limites e possibilidades da gestão do cuidado nessa instituição.

RESUMO

Este estudo analisou como ocorre a gestão do cuidado de enfermeiras em um hospital de administração pública indireta, identificando determinantes contextuais na gestão do cuidado, descrevendo seus limites e possibilidades. Configura-se um estudo de caso qualitativo; a coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturada com análise temática. O conceito de gestão do cuidado ainda não é amplamente discutido, e a percepção das enfermeiras sobre ele ainda é incipiente e apesar de serem gestoras do cuidado não se reconhecem como tal.

RESUMEN

Este estudio analiza el proceso de gestión del cuidado de enfermeras en un hospital de administración pública indirecta. Identifica determinantes contextuales en la gestión del cuidado, describiendo sus límites y posibilidades. Se realizó un estudio de caso cualitativo cuyos datos procedieron de entrevistas estandarizadas no programadas con análisis temático. El concepto de gestión del cuidado todavía no es ampliamente discutido y la percepción de las enfermeras sobre el tema todavía es incipiente y aunque sean gestoras del cuidado no se reconocen como tales.

Desafíos de la atención al enfermo crónico en el hogar en el contexto del trabajo multidisciplinario.

Adriana Urbina Aguilar y Juana Castro Ramírez, México

Introducción: Los eventos crónicos y el envejecimiento dan lugar a necesidades sociales y de salud de los ancianos como población vulnerable. El trabajo multidisciplinario en el contexto de un Programa de atención domiciliaria presenta desafíos al constituirse en un espacio en el que convergen saberes, visiones, valores, formas de pensar, lógicas y jerarquías socioprofesionales, así como intereses, lenguajes y relaciones de poder, que se intercambian y entrecruzan, generando prácticas específicas entre los actores del sistema de cuidado institucional y el sistema de cuidado familiar. Dicho así, los procesos de movilización de saberes en las prácticas de atención adquieren especificidad cuando se interactúa bajo lógicas disciplinares y organizacionales de prácticas de atención a la salud desde una participación multidisciplinaria y en ámbito domiciliario.

Objetivo: Describir los desafíos que se generan en el contexto del trabajo multidisciplinario en la atención domiciliaria a la salud ante la movilización de saberes de los actores que participan.

Metodología: A través de un estudio cualitativo bajo una metodología evaluativa participativa, se realizaron 6 grupos focales con los integrantes del equipo multidisciplinario responsable de la atención domiciliaria a la salud en una institución de seguridad social en San Luis Potosí, México. El proceso de reflexión se estructuró en cuatro momentos: a) Encuadre y elaboración de cuadro de colaboración, b) Reflexión sobre la participación individual y grupal, c) Guías de aprendizaje situado como base para la reflexividad grupal y d) Apuntes para el cambio. El análisis de datos fue basado en procedimientos de análisis cualitativo temático. Durante todo el proceso se respetaron las consideraciones éticas para favorecer la confidencialidad y seguridad de los participantes.

Resultados: La puesta en común de saberes multidisciplinarios pasan por diversas mediaciones instituyentes de las prácticas de atención en el domicilio de enfermos con eventos crónicos: Las interacciones y lógicas disciplinares de quien participa en el equipo, las relaciones de poder en los procesos de toma de decisiones desde donde se definen: acuerdos, desacuerdos, mecanismos de negociación, conflictos y alternativas; la cultura y clima organizacional que posibilita o no el diálogo interdisciplinario y, problemáticas específicas de los enfermos en sus domicilios.

Conclusión. La movilización de saberes tiende a darse como un ejercicio de co-construcción de discernimientos, el cual toma formas diferentes en función del grado de colaboración existente entre los miembros del grupo multidisciplinario. Estas nuevas formas de colaborar, en efecto, enfrentan retos importantes, más allá de posiciones jerárquicas, de cultura, de lenguajes, objetivos, responsabilidades, y métodos de trabajo, es el empoderamiento y sentido que se le otorgue a las prácticas necesarias para atender a la problemática de los enfermos crónicos y los cuidadores familiares lo que dará lugar a la innovación en las formas de inserción y cambio en los procesos de actuación en el ámbito del cuidado en el domicilio.

SESSION 13 – Salle 4

Thème : Conditions accès aux soins 1

Medicalização social na Clínica cotidiana da atenção primária em saúde.

Maria Salete Bessa Jorge, Antonio Germane Alves Pinto, Leilson Lira de Lima, Anne Larissa Lima Guimarães; Emilia Cristina Carvalho Rocha; Maria Salete Bessa Jorge, Brasil

É visto que o processo de medicalização social está relacionado com a transformação cultural da sociedade e também com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo desta para com a maior parte dos adoecimentos, sofrimentos e

agravos cotidianos. Objetiva-se analisar a prática clínica no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF) com ênfase na medicalização social e produção do cuidado inerente ao território, a vida e as intersubjetividades. Trata-se de um estudo qualitativo com vertente reflexiva no Município de Fortaleza-CE. Foi realizada em duas equipes de saúde da família nos distritos sanitários das Secretarias Executivas Regionais (SER) IV e V. Os participantes foram 35 trabalhadores de saúde, 18 usuários e 06 familiares atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). As técnicas de coleta de dados utilizadas foram grupo focal, entrevista semi-estruturada e observação sistemática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob no. 10724452-7. A análise dos dados pautou-se nos pressupostos da hermenêutica crítica. Os resultados apresentam uma análise sobre a prática clínica que desvela os modos de reconhecimento do sujeito-usuário ou sujeito-paciente a partir das relações que se mantêm no cotidiano da produção do cuidado contextualizado no território da Estratégia Saúde da Família. O cotidiano da ESF é múltiplo em demandas assistenciais e diversificado nas necessidades sociais. O vácuo da relação terapêutica pela prática clínica operada se dá na insuficiente vinculação social e afetiva. Ao desencadear processos objetivantes no processo terapêutico pela medicalização excessiva e ao repassar de modo burocrático o usuário para atendimento especializado, a clínica diminui a amplitude resolutiva e integralizante do cuidado. A disposição das ações, a resposta alcançada em cada atividade, a dominância de saberes ou interlocução de experiências mostram-se definidos nessa (des)subjetivação presente na rede de Atenção Primária em Saúde (APS). Na contemporaneidade, os problemas sociais eclodem a cada instante e as estratégias para o enfrentamento resolutivo e eficaz são cada vez mais escassas e difíceis de serem aplicadas. Evidencia-se no cotidiano a necessidade de abordagens múltiplas e diversas para minimizar a inércia ou limitação dos serviços de saúde perante aos conflitos individuais e coletivos que deságuam na coletividade sob a forma de construtos excluídos do bom convívio social, tais como marginalidade, violência, estresse, sofrimento psíquico, entre outros. Entre dilemas da saúde pública brasileira, contrasta-se com as críticas à excessiva medicalização social nos ambientes em que tal perspectiva é requerida, a falta de atenção médica imediata e resolutiva no cotidiano do SUS, como é o caso dos hospitais especializados de urgência e emergência. Considera-se que a ESF poderá ser concebida como porta de entrada do SUS desde que apresente condições para receber a população que necessita de atendimento primário. De outro modo, a própria população refaz os seus caminhos para ser atendida tornando o sistema de cuidados no SUS uma trama de tensões e arranjos tangenciais para alocação de vantagens pessoais no atendimento em saúde que fragmentam o cuidado em saúde.

Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal entre adultos brasileiros e fatores associados.

Sônia Cristina Chaves et Felipe Fagundes Soares, Brasil

Este estudo visou investigar os fatores associados à desigualdade na utilização dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde no Brasil denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo como referência a realização de extrações dentais, que levam a maior perda dental entre adultos brasileiros. Foram coletados dados em inquérito domiciliar de 2539 indivíduos acima de 15 anos em duas cidades com 100% de cobertura da atenção primária à saúde na Bahia, Brasil. A variável desfecho foi a realização de exodontia dental e as variáveis independentes foram idade e escolaridade, renda, etnia, beneficiário de programa social. O modelo de regressão logístico multivariado *backward* foi feito para descrever o efeito sob as exposições independentemente, IC95%. O banco de dados foi construído no programa Epidata 3.1 e analisado no pacote estatístico Stata 10.0. Os resultados do estudo apontaram que receber benefício social, ter mais de 35 anos e menor nível de escolaridade foram fatores associados à extração dental na atenção básica nos municípios avaliados. Para a diminuição na desigualdade de acesso e utilização dos serviços, e modificar o perfil de perda dental, as melhorias estruturais como aumento da escolaridade são fundamentais.

Equidade na prevenção do câncer do colo do útero: uma contribuição da Estratégia de Saúde da Família.

Maria Lúcia Salim Miranda Machado, Alfredo Chaoubah, Carmen Justina Gamarra, Gulnar Azevedo e Silva, Kristiane de Castro Dias Duque et Maria Teresa Bustamante Teixeira, Brasil

OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo avaliar a cobertura do teste de Papanicolaou e os fatores associados a sua realização, em mulheres da área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Juiz de Fora/MG. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal de setembro de 2010 a março de 2012. Todas as mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, foram recrutadas nos seus domicílios pelos agentes comunitários de saúde. Através de questionário estruturado, foram coletados dados de todas as 1301 mulheres que compareceram a UAPS após o recrutamento. As razões de prevalência (RP) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), entre características selecionadas e realização do exame preventivo ginecológico foram calculadas por meio da regressão de Poisson. **RESULTADOS:** O estudo mostra uma cobertura pelo exame de Papanicolaou de 78%, a maioria realizado em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (76%). Verificou-se que não houve diferenças na realização do exame de Papanicolaou em relação à maioria das variáveis estudadas. Somente as variáveis ter realizado exame clínico das mamas e mamografia mostraram-se associadas à realização do exame preventivo para câncer do colo do útero, segundo o recomendado. **CONCLUSÃO:** Os resultados deste estudo não evidenciaram diferença entre percentual de mulheres que realizaram o exame preventivo ginecológico em função de escolaridade e renda, o que pode sugerir equidade de acesso a este exame na população residente nesta área de abrangência. Tal fato pode ser atribuído à atuação desta UAPS que tem como modelo de assistência à saúde a Estratégia da Saúde Família (ESF) há cerca de 10 anos.

SESSION 14 – Salle 5

Thème : Quelques réflexions sur les méthodes et outils d'aide à la décision médico-économique

Session organisée par : Jean-Paul Auray, CYKLAD GROUP SAS, France

Les utilisateurs de QALYs : un vaste réseau international.
Michel Lamure, France

Du bon usage des RCEI pour décider
Gérard Duru, France

Comment mesurer avec des fonctions d'utilité ?
Jean-Paul Auray, France

Du QALY à la qualité en hospitalisation : comment financer ?
Paul Garassus, France

Maladies chroniques et nouveaux champs de l'aide à la décision médico économique : réflexions et perspectives.
Loïc Geffroy, France

Vendredi 30 août

Horaire : 09:00 - 10:30

SESSION SPÉCIAL 2 – Salle 1

Thème : Promouvoir la légalité pour contrecarrer les conflits d'intérêt et la corruption dans les systèmes de santé

Session spécial organisé par : Gianfranco Domenigjetti et Cathérine Maurain, Suisse et France

Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud de Chile durante el GES.

Carolina Tetelboin Henrion, Sebastián Medina Gay, Carmen Zúñiga Trejo et Fabián Moraga Cortés, Chile et México

Resumen

El documento describe y analiza el financiamiento del sistema de salud chileno en el curso de los últimos veinte años. Con base en una perspectiva de análisis del rol social de los sistemas de salud, el análisis específico se realiza desde una perspectiva macro y microeconómica. Entre los resultados más importantes se puede mencionar la frangmentación del sistema entre el público y el privado, que se reproduce al interior de cada uno de ellos; la inequidad del financiamiento en proporción inversa a la población que atienden, la profundización de ambas con el GES y sus criterios correspondientes.

Palabras clave: sistema de salud, financiamiento, inequidad

Résumé

Le document décrit et analyse le financement du système de santé chilien au cours des vingt dernières années. Basé sur une perspective du rôle social du système de santé, l'analyse est faite à partir d'une macro et micro economic. Parmi les résultats les plus importants, on peut citer la fragmentation du système entre public et privé et au sein de chaque, l'inégalité des revenus entre les systèmes public et privé en proportion inverse de la population qu'ils desservent, de l'approfondissement de la segmentation par GES et de ses critères.

Gestão Pública da Saúde no Brasil: Perspectivas e Desafios da Parceria Público-Privada (PPP).

Ana Maria Malik et Mariana Baleeiro Martins Carrera, Brasil

La déclaration des liens d'intérêts par les Médecins Français (Fédération des Spécialités médicales).

Vincent Leroux et F. Brudon, France

SESSION 15 – Salle 2

Thème : Evaluación de la colaboración Público Privada en la gestión sanitaria en España
(1ère partie)

Session organisé par : Carlos Alberto Arenas, Alberto de Rosa Torner, Fidel Campoy Domenech et Mariano Guerrero Fernández, Departamento de salud de Orihuela, España

Objetivo. Poner en común la experiencia en colaboración público privada en la gestión sanitaria en España con especial énfasis en la Comunidad Valenciana donde se inicio la gestión de Hospitales y áreas sanitarias por empresas privadas, manteniendo la titularidad y las prestaciones públicas.

Explicar el modelo de colaboración y sus variaciones, nacimiento, evolución y desarrollo después de 15 años de funcionamiento, y en un momento como el actual en el que la colaboración público privada es valorada a nivel internacional como una alternativa para la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Analizar los últimos datos objetivos de dicha colaboración en costes y calidad asistencial.

Dicha sesión estaría coordinada por Carlos Alberto Arenas Díaz especialista en Salud Pública y gestor sanitario desde el año 1993, que ha realizado un estudio de costes comparados de los distintos Departamentos de Salud (Áreas sanitarias) la Comunidad Valenciana en España, para conocer las diferencias de costes de los mismos según tipo de Departamento.

Dicho estudio está aceptado para su publicación en el próximo número de la Revista de la Sociedad Española de Directivos de la Salud que saldrá en junio de 2013.

Los participantes confirmados que acudirían a dicha sesión y sus intervenciones/comunicaciones serían:

1. El propio **Carlos Alberto Arenas**, actual Gerente del Departamento de salud de Orihuela (Alicante, España) de gestión pública, que expondrá los resultados del estudio de costes comparativos entre los Departamentos públicos de gestión directa pública y los públicos de gestión privada. Expondrá también los datos de la auditorías públicas sobre estos centros de gestión privada y sus resultados en el ranking de calidad que hace la Agencia Valenciana de Salud con 118 indicadores.

2. **Alberto de Rosa Torner**. Director General del Grupo Ribera Salud. Fue director gerente durante 9 años del primer Hospital Público de gestión privada que se abrió en España hace 14 años: el famoso hospital de La Ribera, en Alzira, que da nombre al "Modelo Alzira". Ribera Salud es el grupo líder en el modelo de colaboración público privada en sanidad y se dedica exclusivamente a la gestión sanitaria de centros públicos. El Grupo gestiona los Departamentos de Salud de Torrevieja y Vinalopo en la Comunidad Valenciana y el Laboratorio Clínico Central de la Comunidad de Madrid. Participa como socio minoritario en los Dptos.de Salud de Alzira y Denia en la C.Valenciana y hasta diciembre de 2012 ha gestionado el Hospital de Torrejon en Madrid y ha participado en el Hospital de Manises en Valencia. Hablará sobre el modelo de Concesiones administrativas de la C. Valenciana y sus características particulares como son la limitación al lucro o el compromiso anual de inversión mínima de la empresa. Como se gesto y su desarrollo es España.

3. **Fidel Campoy Domenech**. Es Director General de Desarrollo Corporativo del Grupo DKV en España, anteriormente desde 1997 fue Director General de Salud y Áreas Técnicas del mismo Grupo. Este grupo gestiona el Departamento de Salud de Denia en la Comunidad Valenciana. Fidel Campoy es un gestor sanitario de gran prestigio en España, anteriormente gerenció hospitales públicos en España y fue socio fundador del Proyecto SIGNO del Ministerio de Sanidad y Consumo y auditor docente del mismo.

Hablará de la colaboración público privada desde los aspectos de la calidad asistencial, el interés que tiene para grupos sanitarios internacionales, su expansión en Europa y las perspectivas de futuro.

4. **Mariano Guerrero Fernández**. Es Director de Planificación y Desarrollo del grupo Ribera Salud y Secretario de SEDISA la Sociedad Española de Directivos de la Salud. Gestor de gran recorrido y prestigio en España, ha gerenciado algunos de los Hospitales más grandes e importantes de España. Hablará de las reformas que desde el punto de vista de SEDISA se están dando en los sistemas de salud europeos y el papel de la Dependencia la Cronicidad y paciente activo, la promoción de la salud y los autocuidados en el modelo de colaboración público privado implantado con pago caputivo. Explicará como la colaboración público privada se implica en estos aspectos en nuestro entorno ya que al cobrar las empresas por población y no por procesos (pago caputivo), están incentivados a mantener a su población lo más sanos posibles.

Desarrollo de la sesión: La sesión incluirá una ponencia/comunicación de 15-20 minutos de cada uno de los ponentes para enmarcar su parte del tema y exponer datos y una posterior discusión entre el auditorio y los ponentes al ser un asunto que despierta interés, controversia y suspicacia entre muchos de los estudiosos de los sistemas de salud. Creemos que será muy enriquecedor para el auditorio conocer los datos de primera mano por parte de los actores y auditores del modelo.

Eficiencia de las concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana.

Carlos Alberto Arenas, España

SESSION 16 – Salle 3

11:30 – 13:00

Thème : Maladies chroniques : études épidémiologiques

Grippe, maladies chroniques et seniors. Résultats d'une étude rétrospective menée en France de 2003 à 2013.

Anne Mosnier, Isabelle Daviaud, Valette Martineb, Vincent Enouf et Jean-Mariea Cohen, France

CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROBLÈME. La grippe est une préoccupation de Santé Publique. Maladie fréquente et à fort potentiel épidémique (voire pandémique), elle est à l'origine d'une morbidité importante et une épidémie de grippe peut toucher plusieurs millions de personnes en France.

La grippe peut être particulièrement grave pour les personnes dites « à risque » (patients porteurs de certaines maladies chroniques, patients de 65 ans et plus) dont la mortalité par grippe est loin d'être négligeable. Cet accroissement de morbidité/mortalité sous-tend la politique vaccinale antigrippale ciblant, en France, ces populations fragilisées.

De plus, chez les personnes âgées ou immunodéprimées, le tableau clinique initial de grippe peut être très fruste, rendant le diagnostic difficile.

En France, le Réseau des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (Réseau des GROG), réseau d'alerte et de détection précoce des épidémies de grippe, participe depuis 1984 à la surveillance de la grippe. Ses données reposent

principalement sur le travail de recueil de soignants décrivant l'intensité de leur activité et faisant des prélèvements rhinopharyngés chez les patients grippés. Tous les prélèvements virologiques sont envoyés aux laboratoires membres du réseau pour recherche du virus grippal et sont accompagnés d'une description clinique précise du patient prélevé.

OBJECTIF. L'objectif principal de notre étude est de décrire l'impact et les caractéristiques de la grippe dans la population à risque de forme grave de cette maladie, au cours des dix derniers hivers, en France métropolitaine.

MÉTHODES

Type d'étude. Etude observationnelle rétrospective.

Recueil des données. Les données proviennent de la base de données « Vircases », outil créé par Open Rome dans le cadre d'un partenariat avec le Réseau des GROG. Depuis la saison 2003-2004, les fiches cliniques standardisées utilisées pour la surveillance GROG sont saisies dans cette base qui contient également les résultats de l'analyse virologique.

Un travail d'analyse rétrospective de la base Vircases (Etude Influenza B in Vircases Database-IBVD) est mené depuis fin 2012. Les données de la saison 2012-2013 sont en cours de validation pour y être ajoutées.

Période d'étude. Saisons 2003-2004 à 2012-2013 incluses, soit 10 saisons de surveillance de la grippe.

Critères d'inclusion. Tout patient, quels que soient son âge et son sexe, consultant un médecin généraliste ou un pédiatre du Réseau des GROG et ayant fait l'objet d'un prélèvement nasal ou rhinopharyngé confirmant la présence du virus grippal.

Analyse. Dans le cadre de cette présentation, une ré-analyse de la base sera effectuée pour s'intéresser aux patients âgés de 65 ans et plus et, pour la période débutant en 2009, aux patients plus jeunes porteurs de maladies chroniques à risque de grippe grave.

RÉSULTATS ET DISCUSSIONS. La période 2003-2013 a été marquée par la vague pandémique A(H1N1)pdm09 et par 9 épidémies de grippe saisonnière.

Malgré une couverture vaccinale des plus de 65 ans habituellement proche de 70%, l'impact estimé de ces épidémies dans cette tranche d'âge a été non négligeable et très variable [120 000-820 000 cas] selon le virus dominant. Au total entre 2003 et 2012, 4.5 millions de personnes âgées ont été touchées, soit plus d'un senior sur deux.

L'impact de la circulation des virus grippaux dans cette tranche d'âge varie selon les saisons en fonction des différents types/sous-types et de l'adéquation vaccinale. D'une façon générale, les virus A(H3N2) entraînent l'impact le plus fort.

L'analyse en cours s'intéressera plus particulièrement aux caractéristiques cliniques, au statut vaccinal et à la présence d'une complication d'emblée.

Elle s'appliquera également au sous-groupe des personnes de moins de 65 ans porteuses de facteurs de risque. Quelques éléments de comparaison avec les patients non à risque seront présentés.

APPORTS DE LA COMMUNICATION PAR RAPPORT AUX PRATIQUES. En décrivant les particularités de la grippe chez les personnes fragiles devant cette maladie, notre travail apporte aux soignants des éléments précieux d'aide au diagnostic et favorise ainsi une meilleure prise en charge de ces patients.

Notre étude montre aussi que, malgré une politique vaccinale visant à les protéger, à chaque saison grippale, les personnes de plus de 65 ans et les autres personnes à risque sont concernées par la grippe. Cette information et son suivi régulier doivent être pris en compte par les décideurs.

Les problèmes d'alcool chez les adultes en France : évolution des prévalences de 2002 à 2010 et des caractéristiques des personnes,

Laure Com-Ruelle et Nicolas Célant, France

Les objectifs de la recherche. Les objectifs de cette recherche sont de mesurer la prévalence des différents comportements de consommation d'alcool chez les adultes en France en 2010 en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la population et d'étudier l'évolution depuis 2002.

Le contexte et la description du problème. Malgré la forte diminution *per capita* de la consommation d'alcool sur le territoire français depuis plus de 50 ans, la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs, du fait de la baisse de la consommation de vin. Mais bénéficie-t-elle à toutes les catégories de Français de la même façon ?

Les matériels employés. L'analyse s'appuie sur les données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES auprès des ménages ordinaires. L'ESPS est une enquête biennale représentative de 95 % des personnes vivant en métropole. Elle informe sur les caractéristiques socioéconomiques, la protection sociale, l'état de santé et la consommation de soins médicaux. En 2010, sur 22 850 individus enquêtés, 10 684 adultes ont pu être classés dans un profil d'alcoolisation (questionnaire santé valide). En 2002, ces effectifs étaient respectivement de 20 830 et 10 073.

Les méthodes. Les prévalences des risques liés à l'alcool sont mesurées à partir du test AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) développé par l'OMS relatif aux consommations sur les douze derniers mois. Une typologie en différents profils d'alcoolisation est construite, distinguant non-consommateurs, consommateurs dits sans risque et, parmi les buveurs excessifs, consommateurs à risque ponctuel et à risque chronique. Une analyse descriptive est menée selon les caractéristiques socioéconomiques des personnes en 2010. Les mêmes données concernant chaque année paire depuis 2002 permettent d'étudier l'évolution en huit ans et d'en déduire les facteurs déterminants.

Les résultats. Les hommes sont globalement 2,6 fois plus concernés par le risque d'alcoolisation excessive que les femmes. Le risque ponctuel diminue fortement lorsque l'âge croît. Le risque chronique culmine aux âges intermédiaires. Hommes ou femmes, le risque ponctuel touche particulièrement les cadres et professions intellectuelles (36,1 % vs 22,6 %) et les professions intermédiaires (36,7 % vs 20,2 %). Le risque chronique atteint plus souvent les hommes employés de commerce (19,5 %) ou agriculteurs (17,3 %) et les femmes artisanes commerçantes (6,4 %) ou cadres et professions intellectuelles (4,7 %). Les hommes chômeurs sont en troisième position pour le risque ponctuel (26,6 %) mais en tête pour le risque chronique (18,7 %), les chômeuses présentent surtout un risque ponctuel (18,2 %). De 2002 à 2010, derrière une relative stabilité globale se cachent des disparités d'évolution, notamment un accroissement marqué des usages à risque ponctuel chez les femmes jeunes et dans certaines classes sociales.

La discussion. Ces résultats présentent les limites classiques liées aux enquêtes en population générale de type déclaratif. Sur des données aussi sensibles, les réponses peuvent être sujettes à plus ou moins de conscience et/ou de sincérité de la part des personnes interrogées au fil du temps. Les résultats du Baromètre santé de l'INPES pour les années 2005 et 2010 sont proches mais fournissent des prévalences légèrement supérieures « mécaniquement » car les trois questions de l'AUDIT-C y sont répétées par type d'alcool au sein d'un module alcool comportant en outre d'autres questions sur le sujet. La complémentarité des types d'enquête, notamment cliniques, est souhaitable pour aider à proposer des politiques de santé efficaces.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques. L'indicateur de profils d'alcoolisation présenté ici est essentiel pour l'interprétation des comportements de santé et mieux cibler les campagnes de prévention des problèmes d'alcool, facteur de risque sanitaire et social. L'ESPS est la seule enquête en population générale française représentative de la population qui mesure ces prévalences tous les deux ans en respectant strictement les conditions de validation de l'AUDIT-C et qui, en plus de l'âge et du sexe, permet l'analyse selon les caractéristiques socioéconomiques. Les évolutions globales de 2002 à 2010 sont plutôt fluctuantes mais les résultats détaillés révèlent quelques évolutions marquées pour les étudiants et les femmes, le comportement des plus jeunes adultes et dans certaines classes sociales où les risques, surtout ponctuels, augmentent. Ils confirment une plus forte probabilité de non consommation dans les catégories peu aisées.

Gestão das Doenças Crónica e Incapacitantes relacionadas com o Envelhecimento da População, ao Nível Local.

Maria João Barrios, Portugal

O envelhecimento afirma-se como problema social desde os anos 90, passando a ocupar um lugar na agenda pública europeia, perante os desafios inerentes às alterações demográficas e, entre outros factores, o agravamento dos custos com cuidados de saúde. Na verdade, os europeus conquistaram vidas mais longas e é cada vez maior o número de pessoas que envelhece em boas condições de saúde física e mental. Contudo, o alongamento do tempo de vida acarreta também necessidades em termos de serviços de saúde, perante o aumento de doenças crónicas e incapacitantes, relacionadas com o aumento da proporção de pessoas com 80 e mais anos.

O envelhecimento força, assim, a que as políticas se debatam com a urgência de soluções adequadas às exigências agravadas pela crescente sobrevivência das gerações mais velhas, a todos os níveis de acção pública mas com ênfase cada vez maior das intervenções locais, mais próximas das pessoas. Trata-se de um campo de atuação que dá prioridade às implicações sociais, individuais e políticas, em termos de desenvolvimento de serviços determinados pelas necessidades dos mais velhos, particularmente em termos de saúde física e psicológica, evitando ou aliviando as experiências de morbilidade, e respondendo a exigências de prestação de cuidados de saúde e recursos de gestão das doenças.

As políticas de velhice precisam encontrar os mecanismos para garantir a solidariedade intergeracional, combater a exclusão social e providenciar a cidadania em idades avançadas. Para tal, devem desenvolver estratégias promotoras de saúde e bem-estar ao longo da vida, justificadas pela vulnerabilidade acrescida a défices funcionais ou cognitivos e igualmente medidas que proporcionem segurança económica na velhice.

Esta comunicação objetiva situar as necessidades de recursos de saúde que se avizinham para a população portuguesa e localizar a responsabilidade de intervenção ao longo dos níveis de hierarquização do "poder". Trata-se de uma abordagem às orientações fornecidas pelas organizações supranacionais (OMS e Comissão Europeia) relacionadas com o "envelhecimento ativo", e que prossegue com a análise das medidas ao nível dos serviços de administração central e local do Estado Português, da Sociedade Civil reflectida em organizações e IPSS's, dos indivíduos e famílias. Esta análise será enriquecida por referência ao exemplo do Município de Coruche (Portugal), relativo a um estudo em desenvolvimento.

Daremos conta dos serviços sociais e de saúde existentes, considerando a relação com o meio ambiente, serviços educacionais e culturais, tendo por base as necessidades e aspirações identificadas pela população 65+ e as recomendações transnacionais para o envelhecimento saudável, ativo e numa perspectiva de curso de vida. Com esta investigação pretende conhecer-se a evidência e localização dos recursos e responsabilidades de intervenção que, cruzada com o conhecimento das necessidades e aspirações da população 65+, poderá contribuir para orientação das políticas e da utilização dos dispositivos por parte dos Municípios mais velhos.

SESSION 17 – Salle 4

11:30 – 13:00

Thème : Conditions accès aux soins 2

A construção do acesso às ações e serviços de saúde: resultados de uma experiência concreta no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Washington Luiz Abreu de Jesus, Chaider Gonçalves Andrade; Marluce Maria Araújo Assis; Jorge José Santos Pereira Solla et Suzana Cristina Silva Ribeiro, Brasil

Introdução: A produção social do “acesso” às ações e serviços de saúde vem sendo construída com evidências sobre os planos da equidade, integralidade e da autonomia dos sujeitos (dirigentes, trabalhadores, usuários, famílias e grupos sociais) e se conformando em diversas dimensões, dentre as quais se destacam a econômico-social, a político-gerencial, a tecnoassistencial e a simbólico-subjetiva. Esses planos, se considerarmos o aporte teórico do Enfoque Estratégico Situacional, podem ser determinados pelas regras básicas de constituição dos processos de gestão e atenção à saúde e pelos fluxos das linhas do cuidado, nos âmbitos macro, meso e micro políticos.

Objetivo: Este trabalho pretende analisar, com base nesse referencial, o processo de construção do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, considerando-se o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, no período 2007-2012.

Metodologia: Para este fim, foram analisados documentos institucionais de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, construídos no período, que são de acesso público. Dados secundários dos sistemas nacionais de informação em saúde foram analisados para consolidar as evidências e também se utilizou como fontes complementares textos jornalísticos disponibilizados pela assessoria de comunicação social, destacando posicionamentos da instituição e da mídia impressa no período.

Resultados e discussão: Tendo em vista a “garantia do acesso às ações e serviços de saúde com equidade e integralidade”, explicitada no Plano Estadual de Saúde, evidenciou-se uma ampliação da disponibilidade e da cobertura de ações e serviços de saúde nos diversos níveis e tipologias (atenção básica e atenção especializada; vigilância em saúde; assistência farmacêutica, entre outros.), com descentralização dos mesmos e significativos investimentos financeiros para essa ampliação nas diversas regiões de saúde – mais de R\$ 18 bilhões no período, com percentual médio anual de 13,26% dos recursos do tesouro estadual. Mesmo, considerando os esforços empreendidos na garantia do acesso da população nos espaços mais longínquos do território, ainda não se alcançou cobertura satisfatória de serviços nos diversos níveis de atenção. Existem estrangulamentos principalmente no acesso à média e alta complexidade, fato que vem sendo enfrentado com investimentos na parceria com organizações sociais e com a iniciativa privada; ainda que, por tratar-se de questão polêmica, não haja consenso neste sentido entre aqueles que defendem um sistema público, regulado pelo Estado. Destacam-se, entretanto, os avanços na disponibilidade e cobertura da atenção primária, vigilância em saúde e assistência farmacêutica, bem como a ampliação da infraestrutura hospitalar e do acesso a serviços de urgência e emergência, ainda que exista um desgaste desses serviços perante a opinião pública em virtude da baixa disponibilidade em algumas regiões do estado e também por conta de dificuldades na organização das “portas de entrada” dos mesmos para adequado acolhimento às demandas da população. O reconhecimento das barreiras e obstáculos vem impulsionando os gestores do Estado e dos municípios na reorganização do sistema, num intenso processo de negociação em torno da garantia regionalizada do acesso da população às ações e serviços de saúde, considerando, inclusive, a possibilidade de experimentar novas modalidades de gestão para os serviços públicos. Nesse sentido, vem sendo realizada ampliação da rede de saúde existente e sendo construídas novas “redes de cuidados”, cujos enfoques sejam as condições de saúde mais prevalentes e persistentes (morbimortalidade materna e infantil, e por doenças crônicas; transtornos mentais; situações de urgência e emergência e condições especiais de vida), numa compreensão de complementaridade aos cuidados primários; com fortalecimento da gestão democrática e participativa, modernização gerencial, gestão do trabalho e participação da sociedade.

Considerações finais: A construção do “acesso” às ações e serviços de saúde ainda é um desafio e garanti-lo nas dimensões da equidade e integralidade, um desafio ainda maior. Os avanços de uma experiência demonstram que é possível construí-lo, mas deixam muitas lições na caminhada, que contribuem principalmente em relação às práticas atuais,

mas também em relação ao estado da arte sobre o tema. Sem dúvida, a maior de todas elas é a consciência de que não é possível construir acesso sem considerar as regras dos processos de gestão e os fluxos de produção nas linhas de cuidado nos diferentes espaços políticos.

Estratégia saúde da família uma porta de entrada da produção do cuidado na busca da integralidade das ações e serviços de saúde?

Juliana Alves Leite Leal, Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves, Maria Angela Alves do Nascimento, Marluce Maria Araújo Assis et Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Brasil

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominado de Programa Saúde da família, criado no sentido de dar resolubilidade aos problemas de saúde dos indivíduos/usuários, leva em consideração o dispositivo integralidade por ter uma compreensão do conjunto de necessidade desses usuários, com a valorização da individualidade de cada um dos usuários, no sentido de superar os reducionismos e a fragmentação dos sujeitos. Para tal propósito, é interessante entender alguns outros dispositivos que o serviço de saúde poderá oferecer à comunidade como acessibilidade, vínculo, responsabilização e resolubilidade. A ESF foi instituída a principal porta de entrada do sistema de saúde, por ser o primeiro contato do usuário com serviço, pois deverá estabelecer-se como local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, facilitar os caminhos a serem percorridos no sistema para dar respostas àquela necessidade. Dessa maneira, a produção do cuidado na busca da Integralidade das ações durante o processo de trabalho é reflexo da responsabilização da equipe saúde da família por garantir o acesso a outros níveis de atenção e continuidade do cuidado, envolvendo inclusive os usuários na co-responsabilização pelo seu processo de saúde/doença. O **objetivo** deste estudo é caracterizar as ações de responsabilização na produção do cuidado enquanto “porta de entrada” do usuário da rede SUS utilizadas pela equipe saúde da família.

Metodologia: estudo com uma abordagem quantitativa. O cenário desta pesquisa foi o município de Feira de Santana/BA. O instrumento de coleta de dados foi um formulário construído com base nos indicadores componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PACT) (OPAS/BRASIL, 2006). Para implementar a pesquisa os pesquisadores atendeu questões como os princípios éticos sobre seres humanos: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, considerando-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1999). Para isso, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinado em duas vias pelos participantes, autorizando a sua própria participação. Os sujeitos participantes deste estudo os usuários de saúde do PSF. O tamanho da amostra foi definido com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de usuários do município de Feira de Santana, admitindo-se um erro máximo de 5% entre a proporção encontrada na amostra e a “verdadeira” proporção populacional, com nível de significância de 5%. Os critérios definidos para os usuários foram: maiores de 18 anos, frequentadores da unidade saúde da família há pelo menos seis meses, totalizando 257 usuários. Os dados coletados foram computados por meio do Programa de Estatística, Epidata, e posteriormente armazenados num banco de dados. O tratamento estatístico foi frequência absoluta e relativa.

Os **resultados** mostraram que 75,5% dos usuários procuram a unidade de saúde da família (USF) do bairro como porta de entrada para o serviço de saúde, sendo que 51% (131) não encontram dificuldade para o acesso à essa unidade e o tempo de vinculação dessa população é mais de três anos (79%), sendo que o atendimento de saúde mais procurado pelos usuários no PSF se refere à consulta médica (54,5%) e a demanda é maior que a oferta de serviço (49%). Dessa forma, infere-se que o PSF tem sido uma porta de entrada do usuário para a atenção primária de saúde. E o acolhimento, vínculo, responsabilização e outros dispositivos das tecnologias de saúde são os contribuidores da continuidade da procura do serviço da produção do cuidado. Vale ressaltar que as mulheres (59,1%) que mais utilizam os serviços da USF.

Conclusão: diante de tais resultados, conclui-se que a ESF é uma porta de entrada do usuário individual/coletivo caracterizada por um serviço de saúde fragmentado, pois tem como maior propósito as metas dos programas verticalizados, voltados para mulheres e crianças, deixando fugir o seu objetivo de assistir toda família. Enfim, apesar da ESF ser considerada uma das portas de entrada do usuário aos serviços de saúde, em particular na atenção básica ainda é centralizada no modelo centrado no profissional, desconsiderando o sujeito desse processo- o usuário, sendo assim a produção do cuidado no município de Feira de Santana/BA, ainda estar arraigado a antigas práticas assistenciais, apesar de “novos tempos” características do modelo de saúde com dicotomias individual/coletivo, cura/prevenção, hospital/atenção básica, desconsiderando-se a Integralidade da produção do cuidado.

Bajo acceso a medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas en condiciones de vulnerabilidad social en Colombia: ¿un problema de oportunidad a la cita médica de especialista?

Myriam Ruiz-Rodriguez, Veronika J Wirtz et Alvaro J Idrovo, Colombia

Colombia vive desde hace varias décadas problema de conflicto armado. La población en situación de desplazamiento forzoso se ubica en las zonas receptoras en la periferia de las grandes ciudades, generalmente en asentamientos urbanos en donde viven personas en situación de pobreza extrema. La mayoría de los estudios reportan que estas poblaciones tienen bajas coberturas en servicios de salud, entre ellas el acceso a medicamentos. Específicamente, un estudio

cuantitativo realizado en cuatro municipios del departamento de Santander, Colombia, reportó que el acceso a medicamentos cuando se tenía una enfermedad crónica era muy bajo y el seguro de salud no aumentó la probabilidad de mejorar este acceso. No hay estudios cualitativos que ayuden a comprender el por qué, a pesar de tener seguro de salud, estas personas tienen tan bajo acceso a medicamentos.

Objetivo: Examinar el acceso efectivo a medicamentos desde la perspectiva de pacientes con enfermedades crónicas que viven en zonas de alta vulnerabilidad social en Bucaramanga, Colombia.

Metodología. Se realizó un estudio cualitativo desde una perspectiva crítico-interpretativa. Utilizando un muestreo teórico se entrevistaron 15 personas enfermas que residían en asentamientos urbanos de Bucaramanga, en donde convivía población desplazada y no desplazada por el conflicto armado. El número de participantes se definió de acuerdo al principio de saturación teórica. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas entre finales del 2008 y comienzos del 2009. Se utilizó una guía de entrevista que exploró las siguientes temáticas: experiencia del padecimiento, búsqueda y acceso a consulta médica y a medicamentos, barreras al acceso. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas y se hizo un análisis textual y línea por línea. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Industrial de Santander.

Resultados. La mayoría de los enfermos eran mujeres con edades comprendidas entre 40 y 60 años. Del total, la mayoría trabajaban en empleos informales. El 85% tenían seguro de salud subsidiado por el Estado. Las condiciones crónicas que presentaron fueron: hipertensión arterial, artritis, epilepsia e insuficiencia renal. Dos categorías dan cuenta del acceso a medicamentos: *“la falta de oportunidad para la cita del control con médico especialista”* y la *“falta de sensibilidad del sistema a las necesidades de los usuarios”*.

Con respecto a la *oportunidad para la cita del control con médico especialista* la mayoría de los entrevistados manifiestan que solamente tuvo acceso a medicamentos una vez el médico especialista se los ha ordenado. Las situaciones que impiden que la atención médica por especialista sea recibida en forma oportuna están dadas por la dificultad para obtener una cita. La mayoría de medicamentos para su problema de salud corresponden a medicamentos del plan de atención de segundo o tercer nivel de atención que son formuladas por tres meses; para poder obtener nuevamente el medicamento, ellos deben sacar cita nuevamente con el médico especialista. Los entrevistados reportaron hasta tres meses de espera para obtener la cita.

La causa principal para no obtener una cita eran las listas de espera en la institución pública de tercer nivel de atención. Este aspecto fue tan crítico que algunos pacientes cuando se les terminaba el medicamento, al no poder conseguir cita con especialista, o suspendían el tratamiento hasta obtener la cita, u optaban por visitar a un médico general para que les formulara un medicamento que reemplazara el que era formulado por el médico especialista.

La categoría *“falta de sensibilidad del sistema de salud”* hace referencia a que las instituciones de salud del gobierno, son poco permeables a las necesidades no médicas de las personas que consultan. Ellos tienen que acudir varias veces a la institución de salud a solicitar la cita, lo cual acarrea altos costos, pues para hacerlo deben dejar de trabajar, a veces hasta tres días consecutivos. A pesar de quejarse en la institución de salud y en la aseguradora para que se les solucione el acceso, no son escuchados; las aseguradoras mantienen los contratos con las instituciones de salud pública a pesar de las fallas en la oportunidad. La mayoría de ellos perciben que esta es una situación que se presenta no sólo porque ellos son asegurados del régimen subsidiado por el Estado, sino porque son pobres.

Conclusión. Los hallazgos del estudio manifiestan que la falta de acceso a los medicamentos está dado más por aspectos relacionados con la organización del sistema de atención por especialistas que por la disponibilidad de éstos en el plan de beneficios. La suspensión del tratamiento farmacológico ocasiona subsecuentes efectos negativos para el control de la enfermedad y el desencadenamiento de complicaciones y co-morbilidad. El sistema de salud no es sensible a las necesidades no médicas de los pacientes, lo cual afecta el acceso a medicamentos en condiciones de desplazamiento y pobreza.

Horaire: 09:00 - 12:30

SESSION SPÉCIALE DE CONSULTANTS (1ème partie et 2ème partie) – 09:00 - 12:30 Salle 5

Patient, Personnel et Performance financière, comment équilibrer les 3 angles de ce triangle?

Anne-Sophie Rubini, Kenneth Bonheure, Anne-Sophie Marsin, McKinsey&Company et les Cliniques Universitaires Saint-Luc, Belgique

Mythes et réalités de la prise en charge des maladies chroniques.

Joan Barrubés, Antares Consulting, España

Le projet institutionnel des Marronniers dans le contexte de la réforme de la santé mentale en Belgique

Benjamin Delaunoit, M.D. médecin-directeur du Centre Régional Psychiatrique les Marronniers
François Burhin, MBA, directeur Efficiences, facilitateur du projet institutionnel.

Horaire : 11:00 – 12:30

SESSION SPÉCIALE – Salle 1

Réunion organisée par Ennio Ecco

SESSION 18 – Salle 2

Thème : Evaluación de la colaboración Público Privada en la gestión sanitaria en España (2ème partie)

Session organisé par : Carlos Alberto Arenas, Alberto de Rosa Torner, Fidel Campoy Domenech et Mariano Guerrero Fernández, Departamento de salud de Orihuela, España

El papel de la enfermería en los modelos de colaboración público privada.

José David Zafrilla, España

Modelo Multihospital de compartición de servicios entre dos Departamentos de Salud públicos de gestión privada en el sur de Alicante (Comunidad Valenciana).

Alberto de Rosa Torner, España

SESSION 19 – Salle 3

Thème : Stratégies de prévention 2

Projeto só a alegria vai contagiar no carnaval carioca: Estratégia de sucesso na prevenção do HIV/Aids.

Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte, Thelma Spindola, Cristiane Maria Amorim Costa, Elizabeth Rose Costa Martins et Carina D'Onofrio Prince Pinheiro, Brasil

Contexto e descrição do problema: Apesar dos investimentos em prevenção, o Brasil ainda vivencia um descontrole da infecção pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV) em alguns grupos populacionais, reforçando a importância de se trabalhar os contextos de vulnerabilidade social e programática que condicionam comportamentos de maior risco. O Carnaval é um evento tradicionalmente marcado por características culturais de festa profana, marcado por forte apelo à sensualidade. No município do Rio de Janeiro(RJ) - Brasil, o auge das comemorações ocorre no Sambódromo, local construído e destinado para o desfile das diversas agremiações de escolas de samba, evento que atrai inúmeros turistas nacionais e internacionais, proferindo a festa a característica de um dos maiores eventos festivos do mundo. Com relação às agremiações, essas surgiram e se encontram em bairros que vivenciam, em sua maioria, situações de risco social com limitado acesso à educação e saúde. Considerando a dimensão e as características culturais e sociais das pessoas que participam desse evento, em 1991, foi criado o projeto “Só a alegria vai contagiar: O samba da prevenção vai pegar neste carnaval”, com objetivo de atender as necessidades de informação e insumos de prevenção para a população residente no Rio de Janeiro, na época pré-carnaval e a população de trabalhadores, foliões e expectadores durante o carnaval. O Projeto nasceu na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e é desenvolvido em parceria com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde RJ, e, posteriormente, com o Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde - Brasil. Conta, ainda, com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Liga Independente das Escolas de Samba (LIESA-RJ), Universidade Veiga de Almeida (UVA) e diversas Organizações Não Governamentais (ONG).

Objetivo da investigação: Analisar as contribuições do referido projeto para a sociedade durante seus 22 anos de atuação.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo documental, que utilizou todos os relatórios submetidos e disponibilizados pela home Page do Departamento de Extensão da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Resultados e discussão: Durante esses 22 anos mais de 500 multiplicadores foram treinados e preparados para atuarem como prestadores de informação e educadores de prevenção para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV e Aids, conduzindo atividades participativas e dinâmicas na Cidade do Samba (“Indústria do Carnaval”), nos ensaios das Escolas de Samba e, também, em comunidades onde vivem. Durante o carnaval no Sambódromo, são distribuídos materiais informativos (Folders e ventarolas), adereços (porta camisinha, bandanas e adesivos) e preservativos (masculinos e femininos), sendo no carnaval passado (2012) distribuídos cerca de 600 mil aos foliões, expectadores e trabalhadores. As atividades do projeto incluem, também, a realização de uma pesquisa sobre conhecimentos, prevenção e a transmissão do HIV/Aids, a fim de avaliar e justificar a ação do projeto ao longo dos anos.

Contribuições: A parceria com a Liga das Escolas de Samba e representantes das agremiações é fundamental para garantir o acesso e atuação dos multiplicadores. O evento conta com a cobertura da mídia e maciça participação de artistas de grande visibilidade social, que participam e contribuem para sensibilização do público quanto à temática. Estima-se que as ações pré-carnaval atingem cerca de 400 mil pessoas e durante o carnaval envolva 100 mil pessoas a cada ano. Perspectivas: O projeto prosseguirá atuando na prevenção ao DST/HIV/Aids no carnaval carioca. Os dados da pesquisa são analisados e publicados em periódicos e os relatórios são encaminhados aos órgãos de saúde competentes, contribuindo para aprimoramento das campanhas de prevenção.

Detecção de doença falciforme/traços falciformes na triagem neonatal Numa comunidade Quilombola da Bahia.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Ludmilla Oliveira Souza, Pedro Nascimento Prates Santos et Juliana Alves Leite Leal, Brasil

A doença falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum do Brasil, ocorrendo, frequentemente, entre afrodescendentes. Afeta a hemoglobina (Hb) normal, originando uma hemoglobina anormal denominada S (HbS). A hemoglobina S originou-se na África como forma do organismo humano diminuir as infecções provocadas pela malária. Seu surgimento no Brasil ocorreu no período da escravidão (BRASIL, 2007). No Brasil, a distribuição do gene S é bastante heterogênea, dependendo do grau de miscigenação da população, e, conseqüentemente, a prevalência de heterozigotos para a Hb S é maior nas regiões norte e nordeste (6% a 10%). A doença falciforme manifesta-se em indivíduos homozigóticos para a hemoglobina S e em combinação com outras hemoglobinas anormais, o que pode resultar em doença falcêmica com diversos graus de gravidade (CANÇADO; JESUS, 2007). As doenças falciformes mais frequentes são anemia falciforme (HbSS), S/Beta Talassemia e doenças SC, SD, SE (BRASIL, 2006). Os heterozigotos (Hb AS) são classificados como portadores de traço falciforme e são geralmente assintomáticos. Entretanto, a transmissão gênica da doença falciforme faz com que o cruzamento entre portadores de traço falcêmico entre si e de traço falcêmico com portadores de traço de outra hemoglobinopatia resulte em 25% de chances de nascimento de uma criança com a doença e em 50% de chances de nascerem crianças portadoras do traço. O tempo e a qualidade de vida das pessoas com a doença dependem do diagnóstico precoce, da atenção integral e do envolvimento da família com o conhecimento sobre a doença e a prática do tratamento. A doença falciforme não tem cura, mas existem tratamentos que dão ao doente o direito a uma vida com qualidade e proporcionam à família conforto e segurança. A sobrevivência de crianças com doença falciforme melhorou consideravelmente ao longo das últimas décadas devido algumas medidas, dentre elas, a triagem neonatal, institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS), com testes para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito (BRASIL, 1992), com a inclusão obrigatória da pesquisa de hemoglobinopatias (teste do pezinho), pois permite a identificação precoce dos sujeitos acometidos pela doença, a triagem para as hemoglobinopatias (BRASIL, 2001) e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (BRASIL, 2005), para assistir adequadamente os portadores de hemoglobinopatias por meio de uma rede organizada capaz de fornecer o tratamento completo para as pessoas acometidas e o aconselhamento genético especializado para um grande número de famílias portadoras do traço falcêmico no sentido de proporcionar qualidade de vida mesmo com as limitações da doença (RAMALHO; MAGNA; PAIVA; SILVA, 2003).

Objetivo: detectar a ocorrência de casos homozigotos e heterozigotos para doença falciforme a partir da realização do “Teste do Pezinho” realizados numa USF rurícola quilombola, distrito de Matinha.

Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo descritivo, realizado numa Unidade de Saúde da Família situada em uma comunidade negra rural, quilombola. Os dados foram coletados a partir de 493 exames de triagem neonatal e 54 testes confirmatórios, realizados na população de recém nascidos e de pais assistidos na referida unidade de saúde, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2010. Os resultados foram analisados pelo método estatístico (frequência absoluta). Foram detectadas 64 crianças com alteração hemoglobínica, das quais duas apresentaram a forma homozigótica da doença (HbSS) chamada de anemia falciforme, uma apresentou dupla heterozigose chamada de hemoglobinopatia SC, e 61 apresentaram traço falciforme (heterozigose). Dos 54 testes confirmatórios realizados, nove pais apresentaram padrão hemoglobínico alterado, sendo sete deles com traços falciformes do tipo AS, um caso do tipo AC e um caso de anemia falciforme. Nas mães foram detectados 20 casos, sendo 10 traços falciformes AS, nove traços do tipo AC e uma hemoglobinopatia do tipo SC. Os resultados revelaram que essa população é consideravelmente vulnerável à doença. Desse modo, torna-se importante a realização na comunidade de ações educativas capazes de orientar famílias e população afetada quanto a evolução da doença e às medidas profiláticas capazes de reduzir de maneira significativa as mortes associadas a esta patologia.

O uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens, frequentadores de boates gays, no Município do Rio de Janeiro, Brasil.

Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, Vinícius Rodrigues Fernandes da Fonte, Carina D’Onofrio Prince Pinheiro, Nathália de Souza Barcellos et Cristiane Maria Amorim Costa, Brasil

Contexto: O aumento das infecções pelo HIV no Brasil entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) na faixa etária de 15 a 24 anos e a baixa utilização do preservativo, suscitou como problema a ser estudado: Quais são os fatores e condições que favorecem ou não a utilização do preservativo entre este grupo?

Objetivo: Descrever esses fatores e condições entre os HSH, adultos jovens, frequentadores de boates destinadas ao público de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (LGBT).

Método: Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza quantitativa, sendo utilizada a amostra por conveniência. O cenário do estudo contemplou sete boates LGBT no Município do Rio de Janeiro - Brasil, selecionadas através de um guia de boates gay. Os sujeitos são os frequentadores HSH na faixa etária entre 18 a 24 anos que relataram manter ou terem se relacionado sexualmente com homens, a idade mínima estabelecida está associada aos aspectos legais do país, onde não é permitida a entrada de menores de 18 anos em boates. A coleta de dados ocorreu durante o mês de outubro de 2012 seguindo a programação das casas noturnas. Foram entrevistados 220 sujeitos utilizando um questionário anônimo contendo 19 perguntas. A análise dos dados foi realizada através do programa EpiInfo.

Resultados: A maioria dos entrevistados relata o uso de preservativo nas relações sexuais anal e vaginal, sendo o fator associado à prevenção de doenças. Quanto a não utilização do preservativo no sexo oral, primeira relação e última relação sexual ocorre devido ao incômodo, falta de experiência/conhecimento e a confiança no parceiro respectivamente.

Conclusão: A população estudada possui consciência do uso do preservativo para prevenção de doenças, contudo vulnerabilidades sociais e programáticas conduzem a comportamentos de risco quando abandonam ou não utilizam preservativo pela confiança no parceiro ou falta de conhecimento e experiência. É necessária a continuidade de ações preventivas com material informativo, principalmente nas escolas, considerando a vulnerabilidade desse grupo.

SESSION 20 – Salle 4

Thème : Pilotage politique et administratif des réseaux de santé

Analise de coerência interna entre o plano municipal de saúde e o relatório de gestão em um município Baiano.

Silvone Santa Bárbara et Maiton Roriz Sógliã, Brasil

Introdução: O objeto deste estudo é a coerência interna entre o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão de um município, o qual remete ao seguinte objetivo: analisar a coerência interna entre o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão em um município baiano no ano de 2010. Tendo a seguinte pergunta como questão norteadora para desenvolvimento do estudo: Como se dá a coerência interna entre o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão de um município da Bahia no ano de 2010? A análise de coerência permite identificar proposições inconsistentes entre os documentos analisados. **Metodologia:** Trata-se de uma análise documental com enfoque qualitativo, que analisa coerência interna entre o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão do ano de 2010. O estudo foi realizado na maior cidade do interior da Bahia, Brasil. Os documentos analisados foram o Plano Municipal de Saúde 2006 a 2010 e o Relatório Anual de Gestão de 2010. Para análise dos dados foi realizada análise de conteúdo do tipo temática. É um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia”. **Resultados e discussão:** A pesquisa demonstrou que há uma incoerência interna entre o plano municipal de saúde e o relatório de gestão, visto que o que foi planejado no plano municipal de saúde em sua maioria não reflete com o que foi exposto no relatório de gestão, com divulgação de dados pontuais e quantitativos que nos impede inferir se as ações foram implementadas. Os resultados dessa análise aponta um possível despreparo dos gestores no que diz respeito ao planejamento e construção de tais instrumentos de gestão. É possível perceber de acordo com essa análise, que as intenções propostas no Plano Municipal de Saúde não são explicitadas no relatório de gestão, ou seja, não é apresentado de forma específica se as ações foram realizadas de modo a elucidar os avanços, as principais dificuldades e quais são as possibilidades de intervenções para a correção de rumos. Algumas possibilidades podem traduzir o descompasso entre os documentos analisados: qualificação incipiente dos gestores e trabalhadores que participaram da confecção do plano municipal de saúde e o relatório de gestão; intencionalidade dos gestores em não considerar o planejamento como uma ação estratégica; opção pelo planejamento normativo em detrimento do planejamento estratégico. **Considerações finais:** O estudo revela-se pouco explorado dado que analisou a coerência interna entre o plano municipal de saúde e o relatório de gestão de um município baiano. O Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão são instrumentos que podem subsidiar a tomada de decisão do gestor municipal, no entanto, a partir desta análise, observa-se que esses podem ter sido elaborados para cumprir um requisito legal e não como um instrumento de gestão.

Historias de inovação na atenção primaria à saúde no sistema único brasileiro.

Erica Menezes, Helena Eri Shimizu et Magda Scherer, Brasil

Este trabalho tem por objetivo analisar a inovação nas formas de produzir saúde na Atenção Primária de Saúde - APS no Brasil, a partir das experiências relatadas por trabalhadores, gestores e apoiadores integrantes da Rede HumanizaSUS (RHS). Considera-se inovação toda prática que busque superar o modelo de atenção à saúde medicalizante, fragmentado,

com foco na especialização, no consumo de procedimentos e exames, centrado na figura do profissional médico. A inovação não seria sinônimo de ineditismo, mas algo inerente ao cotidiano das práticas de saúde, onde gestores, trabalhadores e usuários, comprometidos com a defesa da vida e ampliação da autonomia dos sujeitos do cuidado, buscariam novas formas de atuar. Nesse sentido, precisariam ser criativos e inovar para responder às necessidades e dificuldades nem sempre previsíveis.

No Brasil, a mudança do modelo de atenção centrado na APS é diretriz estratégica para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta é presente em todo o território nacional. Os trabalhadores da APS devem estar preparados para dar resposta a uma grande variedade de necessidades de saúde, fazendo uso de tecnologias de cuidado que sejam capazes de produzir vínculo, ampliação da consciência sanitária e da autonomia das pessoas e comunidades e atuem nos determinantes e condicionantes da saúde, de forma a enfrentar os principais problemas de saúde. Isto os coloca frente a situações distintas e inesperadas, exigindo práticas de escuta qualificada, espaços de acolhimento às necessidades dos usuários e autonomia para que possam criar e produzir cuidado para além das normas estabelecidas. Situações estas que podem promover um alto grau de satisfação pessoal ou insegurança e sofrimento no trabalho, a depender do grau de envolvimento, protagonismo, liberdade, qualificação e do apoio que possuem estes trabalhadores.

Para a pesquisa foi utilizada abordagem qualitativa, do tipo análise documental, tendo como banco de pesquisa a Blogosfera da Política Nacional de Humanização, a Rede HumanizaSUS. A RHS foi criada com o objetivo de se configurar como um espaço capaz de produzir e compartilhar informações, um apoio virtual aos serviços de saúde. Trata-se de uma rede colaborativa/social que envolve trabalhadores, apoiadores e gestores do SUS (e alguns usuários). São mais de 1 milhão de visitantes, que realizaram quase 1 milhão e meio de visitas, visualizando mais de 3 milhões de páginas e muitos deles postam suas experiências. Destas foram selecionadas 36 e submetidas à análise lexical mecanizada pelo software Alceste.

Os resultados demonstraram a existência de dois eixos temáticos: “Inovações na produção dos serviços” e “Inovações na produção dos sujeitos”. Destacam-se experiências inovadoras relacionadas ao apoio ao desenvolvimento das ações e valorização dos trabalhadores e às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Saber Popular. Com menor ênfase também foram evidenciadas experiências no acolhimento e organização do serviço, na prestação do cuidado integral, entre outros. Os principais resultados foram discutidos à luz dos referenciais teóricos da Política Nacional de Humanização e da Ergologia.

Na APS milhares de experiências são produzidas diariamente, de formas distintas e singulares, e muitas revelam inovações nas formas de produzir o cuidado. Compartilhar essas inovações pode contribuir para a qualificação das ações de saúde.

Programa Bahia Saudável: a construção de uma agenda política para enfrentamento das condições persistentes do estado de saúde da população e outros desafios.

Washington Luiz Abreu de Jesus, Chaider Gonçalves Andrade; Maria de Fátima Valverde Dreyer; Jorge José Santos Pereira Solla; Washington Luís Silva Couto et Lorene Louise Silva Pinto, Brasil

Introdução: A construção de um programa de governo para além de se configurar como um movimento técnico-sanitário deve conter elementos dos âmbitos político-institucional e administrativo- gerencial que permitam consolidar o olhar dos diferentes atores sociais sobre a problemática e, num processo de explicação, formulação e negociação, construir soluções possíveis para enfrentar os problemas e responder às demandas e oportunidades.

Objetivo: Este trabalho pretende analisar o processo de construção de um programa de governo de enfoque setorial, considerando essencialmente a formulação de políticas que se configurem como soluções às condições persistentes do estado de saúde da população, no Estado da Bahia, Brasil, no período 2010-2011.

Aspectos teóricos e metodológicos: Tendo como marcos de referência o “Enfoque Estratégico Situacional” e a “Promoção da Saúde”, além de adotar a perspectiva da “Organização que aprende”, realizou-se uma análise crítica de documentos institucionais e de cooperação técnico-científica, conjugada à observação participante de atores privilegiados no processo de planejamento governamental no período.

Resultados e discussão: O processo de construção do Programa Bahia Saudável como resposta às necessidades de saúde da população se inicia numa intensa negociação em torno dos problemas de saúde enquanto determinantes da qualidade de vida. Por meio de oficinas temáticas com diversas áreas de governo, áreas técnicas, universidades e organismos internacionais, foi sendo delineado o escopo do programa, construído de modo transversal, cuja premissa é o fortalecimento do sistema de saúde com base em ações de promoção, prevenção, proteção, cura e reabilitação da saúde. Buscou-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a integração das práticas de atenção à saúde, vigilância e assistência farmacêutica para enfrentamento das doenças persistentes e das condições crônicas na atenção primária; a garantia do acesso da população às ações e serviços especializados, tanto pela ampliação da rede de saúde existente, quanto por meio da construção de novas “redes de cuidados”, cujos enfoques sejam as questões mais prevalentes e persistentes (morbimortalidade materna e infantil, e por doenças crônicas; transtornos mentais; situações de urgência e emergência e condições especiais de vida), numa compreensão de complementaridade aos cuidados primários; e o fortalecimento da gestão democrática e participativa, com modernização gerencial, gestão do trabalho e participação da sociedade. No âmbito intersetorial, buscou-se articulação para garantir a viabilidade econômica do programa, o enfrentamento ao

fenômeno do envelhecimento populacional e a situações de vulnerabilidade social, tais como: fome, pobreza extrema, violência, cárcere, dependência química e uso abusivo de drogas, além da questão da garantia de acesso ao saneamento básico, às políticas afirmativas voltadas para o setor e à formação de pessoas em serviço, verificada principalmente na articulação com universidades e programas de residência em saúde. O sistema de saúde, neste sentido, funciona como um observatório das situações de vulnerabilidade e apresenta-se também como espaço privilegiado de intervenção, que contribui para a melhoria dos processos de gestão e das condições de vida da população. Por fim, os resultados desse trabalho tem potencialidade para contribuir com a construção do estado da arte atual sobre o processo de formulação de políticas públicas, sendo útil também como subsídio para o fortalecimento das práticas de gestão na área de saúde.

Considerações finais: Mesmo considerando os limites econômicos e políticos que impuseram ao programa um desenho majoritariamente intrasetorial, pode-se concluir que o programa foi construído num esforço de integração entre as diversas políticas públicas em torno do enfrentamento às condições persistentes do estado de saúde da população e a outros desafios de organização do sistema de saúde. Isto contribuiu para o aprendizado institucional em torno da promoção da saúde, humanização e da gestão do cuidado enquanto diretrizes do processo de formulação das políticas no setor.

Os desafios da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil para o enfrentamento das doenças crônicas.

Helena Eri Shimizu et Joseney Raimundo Pires dos Santos, Brasil

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado, no entanto necessita superar desafios porque ainda apresenta baixa resposta ao perfil sanitário atual, no qual se juntam o envelhecimento da população, o predomínio das condições crônicas e a epidemia de causas externas.

Uma das possibilidades para superar essa crise consiste na substituição do sistema fragmentado por Redes de Atenção à Saúde (RAS), principalmente que garantam atenção integral aos portadores de doença crônica, para que não se tornem doença agudas cujos custos, pessoal, econômico e social são relevantes. A construção de redes permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença, em contraposição a conjuntos isolados de serviços, programas, ações, e práticas clínicas decorrentes do processo da descentralização municipalista do SUS.

O desafio de implantar sistemas regionais de saúde articulados em redes foi lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS.

Outro marco importante para a implantação das RAS foi a publicação do Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O Decreto considera: a região de saúde; o contrato organizativo da ação pública da saúde; as Portas de entrada; Comissões intergestores; Mapa da saúde; Rede de Atenção à Saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Os avanços normativos para construção das RAS que garantam a integralidade da atenção são fundamentais, notadamente com crescimento das doenças crônicas que requer atenção especial, contudo é preciso conhecer mais profundamente quais são os seus fundamentos, sobretudo para se verificar a magnitude e abrangência dessa política, bem como averiguar como funcionam em diversos territórios.

O estudo teve como objetivo analisar as percepções de formuladores da política nacional de saúde sobre a conformação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil e, avaliar com os gestores e gerentes do SUS a estrutura e funcionamento dessas redes de atenção do SUS.

Realizou-se um estudo quali-quantitativo. Na primeira etapa da pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete formuladores de política nacional de saúde, com experiência em gestão de redes de atenção à saúde, sobre a percepção do desenvolvimento das redes regionalizadas. A análise das entrevistas foi feita com auxílio do *software AnalyseLexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), que realiza a análise de co-ocorrência.

Identificaram-se três eixos temáticos compostos por seis classes. O primeiro eixo temático revelou que a fragmentação do SUS dificulta o direito à saúde, constituído pelas classes um – que retrata como o sistema oferece atenção pontual e pouco resolutive, e pela classe cinco – que demonstra que essa fragmentação não permite o alcance da saúde como direito social. O segundo eixo temático tratou do Estado na conformação das redes SUS, composto pelas classes dois – que descreve as dificuldades na operacionalização da regionalização da saúde; e pela classe três – que aponta a governança regional com um caminho; e pela classe quatro – que afirma a relevância da Contratualização das redes regionais. O terceiro eixo formado pela classe seis, denominado Redes e a integralidade, que discute os desafios para formação das redes de atenção integral.

Na segunda etapa da pesquisa, aplicaram-se questionários a setenta e dois gestores e gerentes do SUS que versava sobre a organização e funcionamento das redes de atenção à saúde no SUS. Quanto as dificuldades no acesso dos usuários para o atendimento de suas necessidades de saúde, os gestores e gerentes apontaram serem as mais freqüentes: a insuficiência de consultas especializadas, a desorganização do sistema de regulação, a insuficiência de leitos para a internação, problemas na acessibilidade – longas distâncias e transportes coletivos deficientes e, exames para diagnóstico por imagem insuficientes.

Na percepção dos gestores e gerentes do SUS são elementos essenciais para a constituição de uma rede de atenção ter a atenção básica como orientadora da rede e organizadora do cuidado. A necessidade de contar com sistemas de comunicação, logísticos, de governança e sistemas de apoio foram referidos.

Em suma, a RAS são incipientes portanto é preciso reorientar a organização das instituições para a busca da integração dos cuidados em todo o sistema, através da conformação de uma rede de serviços mais estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento.

No entanto, a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, contendo as diretrizes para a organização das redes pode fortalecer a regionalização, consequentemente as RAS. Para isso, se faz necessário a criação de um sistema de governança adequado onde a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais possam ocorrer. As RAS constituem estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas, que pela sua complexidade e dinamicidade, exigem ações que agreguem, além da saúde, outros setores.

Horaire : 14:00 – 15:30

SESSION 21 – Salle 1

Thème : Dimensões de uma prática social – Estudo de caso sobre o planejamento no sistema de saúde brasileiro

Session organisé par: Washington Luiz Abreu de Jesus, Universidade Federal da Bahia/UFBA

Planejamento no sistema de saúde brasileiro: dimensões de uma prática histórico-social, no caso de uma instituição gestora estadual, 1950-2010.

Andrade Chaider, Washington Luiz Abreu de Jesus et Joana Angélica Oliveira Molesini, Brasil

O Planejamento, como forma de organização do Estado e da sociedade para intervir, pode ser concebido enquanto prática historicamente determinada pelas relações sociais que se estabelecem institucionalmente. Trata-se de uma alternativa à lógica de mercado, considerando o necessário fortalecimento do papel estatal na definição da direcionalidade estratégica das políticas públicas e da organização social. Partindo deste pressuposto, este estudo tem como busca resgatar o processo histórico do planejamento em uma instituição gestora do Sistema de Saúde de um dos Estados que compõe a República Federativa do Brasil, a Bahia. Realizou-se, nessa perspectiva, um levantamento bibliográfico sobre a temática no Brasil e na Bahia, os seus desdobramentos no setor saúde e sua trajetória no recorte temporal compreendido entre 1950 e 2010. Considerando-se a perspectiva Postulado de Coerência (Mário Testa), nas categorias história e papel do estado, os resultados deste estudo foram apresentados de acordo com as conjunturas política e econômica, identificando os presidentes da república e os governadores do estado da Bahia no período estudado, situando-se numa linha do tempo os principais instrumentos de planejamento construídos e dando ênfase às contribuições de cada conjuntura governamental ao processo de institucionalização desse planejamento. Observou-se que ao longo dos anos o processo de planejamento na instituição estudada evoluiu de uma perspectiva econômica a uma perspectiva estratégica, incorporando elementos políticos e técnicos. Planos e programas foram construídos em atendimento ao modelo de desenvolvimento sócio-político e econômico adotado pelo país, sob influência das diversas correntes de pensamento da América Latina. O desenvolvimento econômico sempre foi pauta de destaque no planejamento governamental até os anos 2000, quando a partir de então a nova conjuntura política do país traz por dentro deste modelo de desenvolvimento a questão social, a ampliação do acesso a bens e serviços para toda a população e a qualidade de vida. No cenário baiano, dois momentos importantes revelam aderência a essa nova conjuntura: durante a segunda metade da década de 1980 (sob a égide do processo de redemocratização do país) com o Governo de Waldir Pires e a partir de 2007 com a eleição de Jaques Wagner para governador (conjuntura de assunção do período Lula). Os processos e práticas de planejamento identificados neste estudo corroboraram, portanto, com a (re) definição do papel do Estado e de sua relação com a sociedade em distintos momentos da história, servindo como instrumento, de dominação ou libertação, de alienação ou sublimação, de eficiência, eficácia e efetividade ou de burocratização, a depender da conjuntura e orientação política que subjazem os processos e relações sociais.

Cooperação técnica para o fortalecimento do planejamento em saúde: reflexões sobre uma experiência concreta.

Sisse Figueredo Santana, Washington Luiz Abreu de Jesus; Danielle Brito; Wilker Invenção; Evanildo Souza; Tásio Lessa et Flávia Vasconcelos Souza, Brasil

No Brasil, desde 2006, o Ministério da Saúde vem incentivando a consolidação do planejamento em saúde nos Estados e municípios, por meio do Sistema de Planejamento do SUS. O Estado da Bahia estabeleceu as cooperações técnicas como importantes instrumentos de apoio e intercâmbio de conhecimentos técnicos específicos para a área, com aportes importantes para o sistema. Este trabalho busca analisar o processo de cooperação técnica firmado pela área do

planejamento e gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), no período de 2007-2010, destacando suas contribuições, limites e potencialidades. Baseou-se em uma análise crítica e contextual de documentos institucionais relativos às cooperações técnicas desenvolvidas, considerando-se três dimensões: técnica, política e administrativa. Considerando-se a perspectiva da “Organização que Aprende”, os resultados evidenciaram que as cooperações técnicas firmadas se configuraram como potenciais indutores do planejamento institucional, mesmo diante das limitações administrativas advindas da implementação desses processos e dificuldades técnicas de operar a lógica das cooperações no setor público. A Organização Pan-americana da Saúde constituiu-se como a principal parceira, pelo contínuo aporte técnico, administrativo e político, principalmente em virtude da disponibilização de apoio institucional permanente ao processo desenvolvido no período analisado, com a produção de um conjunto significativo de documentos, metodologias e processos, que foram incorporados à rotina da área. As demais cooperações firmadas, com a Província de Tucumán (Argentina) e o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), de finalidades e tempos específicos, viabilizaram a apropriação tecnológica e a difusão de conhecimentos úteis e adaptados à realidade institucional, contribuindo para o fortalecimento do planejamento como tecnologia de gestão, principalmente nos âmbitos técnico e político. O destaque dado à cooperação técnico-científica com o ISC/UFBA, no período, foi o amplo processo de capacitação, que teve como foco a elaboração de planos municipais de saúde na Bahia, com mais de mil trabalhadores capacitados. E em relação à cooperação internacional com Tucumán, considerando-se os dois anos de intercâmbio, foi possível “parametrizar” os processos de planejamento de ambas as instituições (SESAB e Ministério de Saúde Pública de Tucumán), desenvolvendo-se um aprimoramento dos instrumentos em ambas, com aprendizado mútuo. A construção de uma visão sistêmica e compartilhada também foi sendo construída ao longo do tempo pela equipe condutora, tendo como acumulação importante a aprendizagem e apropriação do grupo de instrumentos métodos e técnicas para o manejo do planejamento no SUS. Evidenciou-se, por fim, a importância das cooperações técnicas como elemento de fortalecimento da capacidade institucional de planejamento em saúde, com avanços e oportunidades na gestão estadual do SUS. Cabem, entretanto, novos estudos sobre esses processos, adotando-se procedimentos de sensibilização dos envolvidos e avaliações qualitativas, com vistas à explicitação dos seus impactos na face mais aplicada da gestão.

Observatório baiano de regionalização: Ferramenta para publicização do processo de planejamento regional integrado na Bahia.

Joana Angélica Oliveira Molesini, Hadson Namour Rocha de Mattos et Pedro José Freire Castro, Brasil

O Decreto n 7.508 de 28 de julho de 2011, novo marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS), ao considerar as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, indica o estabelecimento de um processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) na perspectiva de fortalecer a governança destes territórios. Cria também o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) como mecanismo para garantir o cumprimento das responsabilidades e a disponibilização de recursos dos três entes federativos, reforçando o caráter programático – assistencial do espaço regional. Este processo leva a tomada de decisões a partir de pactuações conduzidas nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), que na Bahia de constitui de vinte e oito, definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado revisado em 2007. No entendimento que o processo de negociação entre os gestores dos três âmbitos de governo pressupõe uma articulação interfederativa que estabeleça um ambiente propício a tomada de decisão pautada nos princípios do SUS, é que, na Bahia buscou-se desenvolver uma ferramenta que permitisse o envolvimento do cidadão neste processo. Nesta perspectiva, o Observatório Baiano de Regionalização (OBR), implantado em fevereiro de 2011, foi reestruturado para produzir informações suficientes que permita a população visualizar através deste “ciberespaço” como está conformada a rede regionalizada e que discussões, reflexões e debates sustentaram a tomada de decisão para conformação do Sistema Regionalizado de Saúde em cada região. Para efeito deste trabalho, conceituamos Observatório como uma ferramenta com potencial de se converter num instrumento de publicização de informações e de suporte à tomada de decisão, potencializando a investigação, a socialização da informação e do conhecimento. Por outro lado, o compartilhamento das informações relativas à sua constituição e ao seu próprio conceito é uma imagem objetivo a ser conquistada ao longo do processo de implantação e de consolidação das ações propostas. Considerando os aportes necessários para atender as novas perspectivas do marco legal do SUS, a proposta de reestruturação do OBR assumiu como principais características: simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade, sensibilidade, representatividade, oportunidade, utilidade e sustentabilidade. Para implantação da nova modelagem do OBR, algumas premissas foram indispensáveis para funcionamento: vontade política, coordenação das informações, formação de capital humano e acompanhamento ao desenvolvimento local. Esta modelagem deve ser capaz de dialogar diretamente com todos os atores envolvidos no Planejamento Regional Integrado, além da sociedade em geral, para que seja explorada toda sua potencialidade como ferramenta de publicização. Esta reformulação também configura como uma estratégia de subsídio para o controle social preconizado pelo SUS no seu marco legal. O OBR torna-se então um fórum que inclui o cidadão, que pode opinar sobre as discussões e decisões da CIR, e assim configurar como uma ferramenta de fortalecimento do processo de Planejamento Regional Integrado de saúde no Brasil, tendo a potencialidade de contribuir para processos semelhantes em outros países que adotam a perspectiva de um sistema de saúde universal, com gestão compartilhada de responsabilidades e participação social.

Thème : Maladies chroniques: soins coordonnés entre structures sanitaires 1

Interfaces dans les prestations domiciliaires pour les clients atteints de troubles cognitifs : Expérience et réflexions genevoises sur l'accompagnement structurel de la chronicité.

Florence Moine, Suisse

Les progrès de la médecine et des conditions de vie sous nos latitudes, amènent, de fait, un allongement de l'espérance de vie, qui, s'il est souhaitable et souhaité, n'en demeure pas moins un défi pour les collectivités, les systèmes de santé publique et leurs financeurs.

Les troubles cognitifs modérés, puis sévères, les démences et autres maladies associées (Alzheimer, ...) se « gèrent » le plus longtemps possible dans le quotidien du domicile.

Ils font l'objet de prises en charge par les proches (famille, amis, voisins, etc.) et par des services d'aides et de soins à domicile, plus ou moins « étoffés » selon le pays du client-bénéficiaire.

L'allongement de la vie de ces patients (on ne meurt pas de démence), nous questionne sur notre capacité clinique, éthique, économique, organisationnelle et structurelle à les accompagner, au fil des années, dans l'évolution de leurs pathologies, et des épisodes thérapeutiques qui y sont liés.

L'alternance d'hospitalisations, l'épuisement avéré ou annoncé de leurs proches aidants, nous oblige tôt ou tard à repenser le dispositif de prise en charge et la diversité de l'offre en prestations.

En Suisse, le canton de Genève s'est doté en 2008, d'une loi sur le réseau et le maintien à domicile (K 1 06). Elle tente d'apporter une réponse aux enjeux de politique publique liés notamment au vieillissement de la population.

Genève compte 4'000 habitants de plus chaque année. La croissance de la population âgée est plus rapide que celle de la population active. La population des personnes âgées de 80 ans et plus, fera plus que doubler entre 2010 et 2040, et le nombre des plus de 90 ans sera multiplié par 3.4 d'ici 2040. Un rapport de planification médico-sociale effectué pour 2012-2015 prévoit, entre autre, de répondre à l'augmentation des besoins en poursuivant la politique de maintien à domicile.

Pour ce faire, il est prévu d'augmenter le dispositif des prestations pluridisciplinaires existant (aide à la vie courante, soins et soins de base, ergothérapie, portage de repas, sécurité, etc.).

Il est également prévu d'accroître le dispositif des structures dites intermédiaires, qui complètent le dispositif domiciliaire, en construisant de nouveaux immeubles avec encadrement pour personnes âgées, et de nouvelles unités d'accueil temporaire de répit (à l'intention des proches aidants).

Peu de structures de maintien à domicile peuvent se targuer d'un dispositif aussi étoffé (2'000 collaborateurs) et ambitieux.

Toutefois, cet environnement doit être re-questionné sans cesse afin de garantir qu'il répond bien à la problématique spécifique des troubles cognitifs, et à leur péjoration dans le temps, ainsi qu'au besoin de répit des proches aidants, qui assistent quotidiennement ces malades.

Lorsque l'offre en multi-prestations existe, c'est tout le dispositif qui doit être questionné : quelles prestations et pourquoi ? Quelles structures avec quel financement ? Quels supports pour quelles ambitions cliniques/thérapeutiques ? Quelle perméabilité d'un bout à l'autre du dispositif de soins pour éviter les « silos » ?

Des « failles » ont ainsi été perçues et objectivées dans notre offre en prestations, pourtant très étoffée, qui nous ont amenées à soumettre aux autorités de tutelle des propositions de diversification de l'offre en prestations.

Modélisation du parcours de santé de la maladie drépanocytaire.

Laurence Roux et Véronique Daoud, France

Résumé

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques requière une évolution du système de santé dans toutes ses dimensions préventives, curatives et médico-sociales en lien avec le champ social, conduisant à une médecine de « parcours ».

Ainsi la modélisation du parcours de santé de la drépanocytose dont la prévalence est importante en Ile de France paraissait l'une des méthodologies idoines à adopter afin de disposer a) d'un outil méthodologique d'aide à la décision, b) transposable à d'autres maladies chroniques, c) et susceptible dans un second temps d'étayer la mise en œuvre de projets territoriaux ou d'accompagner leur évaluation.

Resumen

La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas requiere un cambio en el sistema de salud en toda su prevención, cura y médico-social en relación con el ámbito social, lo que lleva a un largo camino de la medicina. Asimismo modelar el curso de salud de la enfermedad de células falciformes, cuya prevalencia es importante en Francia parecido a uno de los métodos apropiados para su aprobación para tener a) una herramienta metodológica para el apoyo de las decisiones, b) trasladarse a otras enfermedades crónicas y c) y probablemente en un segundo término para apoyar la ejecución de proyectos regionales o para apoyar su evaluación.

Objectifs de l'étude

S'inscrivant dans l'abord transversal des maladies chroniques par l'ARS IDF et en partant de la drépanocytose, construire un modèle théorique de parcours de santé susceptible d'être contributif, pour l'agence, de l'aide à la décision dans la conception et la mise en œuvre d'un projet de territoire et de son animation territoriale.

Contexte et description du problème

La prévalence croissante des maladies chroniques interpelle le système de santé à chaque échelle territoriale. Conformément aux plans maladies chroniques et maladies rares, l'ARS IDF intègre la maladie chronique dans ses missions prioritaires. Elle décline dans le Plan Régional de Santé, le PRAPS et le SROS, les constats régionaux et les objectifs opérationnels.

Modéliser le parcours de santé d'une maladie chronique paraissait l'une des méthodologies idoines à adopter afin de disposer d'un outil, prélude à la constitution d'un projet de territoire.

La drépanocytose est une maladie génétique qui s'inscrit dans une transition épidémiologique avec une prévalence croissante en IDF. Les comorbidités et la mortalité fortement dépendantes de la qualité de la prise en charge et de l'information dispensée à tous les niveaux du parcours de santé, les enjeux qu'elle mobilise (sociétal, sociaux, culturels et psychologiques) ont étayé ce choix.

Théories, méthodes, modèles, matériels employés

La méthode

Le choix d'une maladie chronique devait s'opérer en prenant en compte la faisabilité de modéliser un parcours de santé afin a) de disposer d'un outil méthodologique d'aide à la décision, b) transposable à d'autres maladies chroniques, c) et portant, dans un second temps, l'ambition de construire et de mettre en œuvre **un projet de territoire et une gouvernance territoriale**.

Le modèle

Il convient d'aborder le parcours de santé :

- structuré en 4 niveaux d'approche de la santé (promotion de la santé, prévention, curatif, palliatif),
- identifiant les freins en contraignant la fluidité ou la continuité,
- intégrant le niveau de risque ainsi que le recommande l'ANAP,
- déclinant les objectifs opérationnels à chaque niveau d'approche de la santé

Ce travail de conceptualisation est mené avec l'aide de l'EHESP, de l'ANAP, du centre Babel.

L'opérationnalisation

Pour étayer les éléments reportés dans le SROS, un état des lieux s'est engagé auprès des acteurs de terrain, des chercheurs, des associations et des patients (adolescents, parents, adultes). Ce travail doit mener à un diagnostic de l'existant, co-construit avec ces derniers, et qui permettra de dégager les objectifs opérationnels susceptibles, dans un deuxième temps, d'étayer la constitution d'un projet de territoire dont l'ARS serait le maître d'ouvrage.

En parallèle, la méthodologie d'évaluation sera définie ainsi que les indicateurs de résultats et de suivi.

Résultats et discussion

L'une des évaluations possibles porte sur une recherche en économie de la santé cherchant à mesurer la réduction des coûts : augmentation de la qualité de vie des personnes s'opérant en parallèle d'une diminution du recours hospitalier et d'une réduction de consommation de soins.

En outre, La mise en perspective des points de vue des professionnels de santé et des usagers face aux freins et aux leviers identifiés comme transversaux pourra être transposée à d'autres maladies chroniques et servir d'autres projets de territoire.

Apport / Intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques

Le travail engagé est novateur, il répond aux principes d'une ARS à savoir, appréhender le parcours de santé dans sa globalité, en introduisant la dimension transversale et une démarche participative.

Le parcours de santé d'une maladie chronique est rarement structuré en intégrant a) le niveau promotion de la santé et le niveau palliatif, b) les différents niveaux de risque. En outre, l'état des lieux conduisant au diagnostic de l'existant a été réalisé en empruntant une part de la méthodologie aux sciences sociales.

Nous nous proposons de présenter ce travail engagé par l'ARS IDF, et d'en détailler les premiers résultats.

Estrategias de Seguimiento Proactivo en Enfermedades Crónicas- Un Cambio de Paradigma

Alejandro Ruiz Lascano, Florencia Becerra, Jorge de la Fuente, Cecilia Camillucci, Cecilia Contesso, Constanza Ramacciotti et Diego Robledo, Argentina

El tratamiento de las enfermedades crónicas y la gestión médica de pacientes con estas enfermedades impone un cambio de filosofía destinado a enfrentar el problema de base y no sus complicaciones esporádicas sintomáticas. Hoy la tecnología disponible nos permite hacer realidad este proceso mediante el desarrollo de un sistema integral de soporte a las decisiones clínicas que identifique correctamente a los pacientes y a sus problemas de salud en forma completa, estratifique los riesgos que los mismos acarrearán, fije metas de tratamiento basadas en la mejor evidencia disponible y verifique su cumplimiento con frecuencias predeterminadas en forma pro activa.

OBJETIVOS: Mostrar los resultados obtenidos en la aplicación de un Programa de Prevención y Seguimiento Integral, Longitudinal y Proactivo de Pacientes Diabéticos implementado a un grupo asegurador de salud de Córdoba, Argentina.

MATERIALES Y METODOS: Para el seguimiento y control de los pacientes se utilizó un sistema informático desarrollado en entorno web que ofrece un registro completo de los indicadores de salud, con un programa de alertas basado en recomendaciones de las principales guías científicas internacionales. El software está conectado con la agenda médica y con un sistema de CRM para gestionar el seguimiento proactivo de los pacientes. Este seguimiento fue realizado por el servicio de seguimiento de enfermedades de un grupo asegurador de Córdoba, Argentina. Fueron incluidos al Programa de Prevención y Seguimiento de Diabetes 1.177 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 y tipo 2, detectados por diagnósticos cargados en la historia clínica electrónica o por resultados de laboratorio de H_{1c} >7, que estaban recibiendo tratamiento médico con un buen control metabólico. De estos pacientes fueron seleccionados 591 pacientes con 4 o más años de seguimiento bajo este programa. La evaluación estadística se realizó en el programa estadístico SPSS, para variables continuas se utilizó test T pareado.

RESULTADO: Del total de los pacientes seleccionados, 46% (269) fueron mujeres y 54% (322) hombres.

La edad promedio fue de (media $\pm$ desvío estándar) 67,5 $\pm$ 13,08 años. Se produjo un descenso de la presión arterial sistólica de 132,5 $\pm$ 16,7 mmHg a 128,4 $\pm$ 14,8 mmHg, (intervalo de confianza 95% (IC95%) 2,3–5,5; p=0,0001). La presión arterial diastólica descendió de 80 $\pm$ 10,4 mmHg a 75,8 $\pm$ 9,4 mmHg (IC 95% 3,12 – 5,19; p=0,0001). El índice de masa corporal (IMC) descendió de 30,5 $\pm$ 5,5 a 30,1 $\pm$ 5,3, (IC 95% 0,18–0,6 p=0,0001). El colesterol total descendió de 177,1 $\pm$ 37,7 mg/dl a 167,8 $\pm$ 32,7 mg/dl (IC95% 11,1–17,5, p=0,0001). El colesterol LDL descendió de 102,1 $\pm$ 30,3 mg/dl a 93,5 $\pm$ 25,5 mg/dl (IC95% 5,93–11,26 p=0,0001). Los valores de triglicéridos descendieron de 159,2 $\pm$ 95,49 mg/dl a 133,6 $\pm$ 69,54 (IC 95% 18,61–32,5 p=0,0001). La hemoglobina glicosilada se incrementó de 6,8 $\pm$ 1,3 a 6,9 $\pm$ 1,2 (IC95% -0,26– 0,05 p=0,0002). El porcentaje de vacunación anual antigripal al inicio del programa fue del 95 % (500) de los diabéticos y al finalizó con un aumento del 1% en 96% (508). El 91% (440) de los diabéticos habían recibido vacunación anti-neumococcica al ingreso del programa y al final el 94% (453) estaban inmunizados. El control anual de fondo de ojo en los pacientes diabéticos se mantuvo en un 98% tanto al inicio como al final del programa. El promedio de consumo de 100 mg diarios de aspirina al inicio del programa fue del 71% (419) y finalizó con una tasa de consumo del 87% en los pacientes diabéticos, con un incremento promedio del 16%.

CONCLUSIONES: En una población bien controlada, atendida dentro del mismo grupo de especialistas del hospital y sin restricciones al acceso a la atención y medicación, la incorporación de una herramienta de seguimiento de cuidados integrales proactivos y longitudinales mejora el control de los principales parámetros metabólicos y factores de riesgo cardiovasculares. Si bien se registró un mínimo incremento de la hemoglobina glicosilada, siempre estuvo dentro de un excelente control metabólico.

L'accueil en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : problématiques et enjeux. Le cas de la France.

Nathalie Krieff et Véronique Zardet, France

Objectifs de la recherche / La recherche propose d'analyser les différents acteurs (publics, associatifs, institutionnels...) et leurs rôles respectifs d'information, d'accueil et d'orientation, afin d'appréhender la complexité du fonctionnement du système de prise en charge des personnes âgées dépendantes et notamment le circuit de prise en charge en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle vise, outre la description des rôles des différents acteurs, à mettre en évidence les problématiques et les enjeux relatifs à l'articulation des missions de chacun, aux logiques de financement (en particulier l'Aide sociale) et au système d'informations.

Contexte et description du problème / Le taux de population âgée de plus de 60 ans passera d'environ 20% aujourd'hui en France à plus de 30% en 2030. Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va doubler pendant cette même période. L'augmentation de la dépendance augmentant avec l'âge, la problématique de la prise en charge des personnes âgées dépendantes devient cruciale pour la France, d'autant plus que, dans de nombreux cas, les effets du vieillissement se conjuguent aux maladies chroniques et « favorisent » un état de grande fragilité, tant du point de vue sanitaire que de celui de la dépendance. L'évolution exponentielle de la population âgée et l'aggravation des pathologies impliquent une adaptation de l'offre de soins intégrant les besoins sanitaires, sociaux et psychologiques des patients et de leur entourage. L'adaptation de la réponse à ces besoins évolutifs ne semble s'envisager que dans le cadre d'un réseau articulé, d'une approche pluri-professionnelle, globale et synchronisée. Malgré le principe du découplage (sanitaire/social,

établissement/domicile) impulsé par la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) la logique de prise en charge qui prédomine empêche une « circulation » fluide de la personne âgée et, de fait, une prise en charge « continue » et globale de la personne.

Théories, méthodes et modèles / La recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet de coopération européen visant à décrire et comparer les systèmes sociaux et médico-sociaux de plusieurs pays européens. La présente communication s'attache à mettre en évidence les pratiques, les problématiques et les enjeux de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en France, à partir d'une analyse de terrain approfondie portant sur une Région française. Elle s'appuie sur une analyse exploratoire ayant sollicité deux principales techniques de collecte de l'information : une recherche documentaire permettant de décrire la complexité du circuit de prise en charge (cadre législatif, documents institutionnels...), ainsi que des entretiens semi-directifs menés auprès d'une dizaine d'acteurs-clés de la politique « personnes âgées » (niveaux régional, départemental, communal et local) permettant de mettre en évidence les pratiques, les difficultés et les enjeux de l'organisation de cette prise en charge.

Résultats et discussion / L'analyse menée en France a permis de mettre en évidence une nomenclature des principales problématiques, autour de 4 thématiques :

- la politique sociale et médico-sociale (politique du « vieillissement », qualité de la prise en charge, organisation territoriale...);
- la gouvernance et le pilotage (intervenants de la politique sociale et médico-sociales, synchronisation des institutions, instances de réflexion, rôles des acteurs...);
- le système d'information (système informatique, mutualisation de l'information...);
- le financement de la prise en charge (enjeux du financement, rôles des financeurs, tarification...).

Apports et intérêts de la communication / L'intérêt de la communication réside dans la proposition d'une base de réflexion, au plus proche des acteurs de terrain, dédiée à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et propre à nourrir les acteurs politiques et institutionnels dans la définition d'une politique du « vieillissement » renouvelée au sein de laquelle qualité et sécurité de la prise en charge trouveraient une place centrale.

SESSION 23 – Salle 3

Thème : Politiques de santé 2 : pilotage national

La réforme du système américain des soins de santé du Président Obama Des implications pour nous les européens?

Florence Hut, Renaud Witmeur et Daniel Désir, Belgique

Le 23 mars 2010, le Président Obama a promulgué le Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), connu désormais sous le nom d'Obamacare. Cette loi constitue la plus importante réforme du système américain de soins de santé depuis 1965, année de la création des programmes publics Medicare et Medicaid qui couvrent les soins de certaines catégories de la population (personnes âgées de plus de 65 ans et citoyens vivant sous le seuil de la pauvreté).

La promulgation et l'implantation de l'Obamacare ont constitué une vraie saga, loin d'être clôturée : son budget et sa mise en œuvre restent à concrétiser. Le climat politique aux Etats-Unis n'est pas au consensus entre les deux partis dominants, et les démocrates ont perdu leur majorité à la Chambre, tout en la maintenant au Sénat.

En vue de sa réélection de 2012, Barack Obama a remporté une double victoire : celle de forger un compromis pour promulguer sa réforme en 2010, et celle d'éconduire les recours ultérieurs introduits auprès de la Cour Suprême fédérale. Pour aboutir à ce compromis, le Président Obama a dû renoncer à son rêve et à celui de ses prédécesseurs Harry Truman et Bill Clinton, déjà en échec avant lui : donner vie à une assurance santé universelle couvrant tous les résidents américains. Par des moyens juridiques d'incitation et de coercition, les américains sont désormais tenus de s'affilier à des caisses d'assurances santé sous peine d'une sanction financière, définie comme une taxe et non comme une amende. La nouvelle loi renforce la pression exercée sur les assurances privées, notamment en contrôlant les prestations assurées et les exclusions en fonction des risques. Les assurances privées se voient imposer un plafond de frais administratifs, et doivent consacrer au moins 80 % des primes encaissées à la couverture des soins pour les affiliés. Les Etats sont tenus de créer des bourses de santé (« Exchange ») pour offrir des produits d'assurance à des tarifs et pour des couvertures définies.

Pour les américains partisans d'un élargissement de la couverture des soins et d'une sécurité sociale plus égalitaire, le 23 mars 2010 restera la date-jalon d'une formidable avancée sociale.

Pour nous européens, attachés à la couverture santé universelle, cette loi représente un progrès moindre. Barack Obama, pragmatique, aura vraisemblablement considéré que l'échec sur ce thème central n'était pas une option pour son administration.

Les États-Unis inspirent l'organisation des soins de santé, les avancées et les développements de la médecine depuis plus d'un siècle. À travers une tradition d'excellence universitaire et scientifique, à travers un investissement dans les structures de recherche, la découverte de nouveaux traitements et de nouvelles technologies, et une production scientifique qui continue à dominer le monde de l'édition médicale et à guider les pratiques dans le monde entier.

Le modèle américain engendre un coût exorbitant (près de 19 % du PIB), mais produit des résultats variables, souvent décevants, si l'on s'en réfère aux indicateurs globaux de santé validés par l'OCDE (espérance de vie, mortalité infantile, mortalité maternelle, obésité, ...). L'autre prix est celui de l'inégalité sociale et de la couverture imparfaite de la population. Malgré l'ACA, les citoyens américains ne sont pas égaux devant les enjeux de santé : la plupart sont enrôlés dans des programmes de soins en lien avec leur assurance, sans liberté de choix de l'établissement hospitalier et/ou des prestataires. Se tourner vers les meilleures équipes reste un choix que ne peut se payer qu'une minorité de patients, fortunés ou titulaires d'une assurance avantageuse.

Le système de santé américain, modèle d'excellence académique dans les centres de prestige, a aussi conduit à la pratique d'une médecine judiciairisée, défensive et coûteuse qui déteint sur les pays européens. Obsédés par la méfiance vis-à-vis de l'État fédéral, les réformateurs continuent à ignorer l'evidence-based medicine policy, en tournant le dos avec condescendance aux systèmes de santé d'autres pays, qui ont tantôt fait leurs preuves (Canada, Australie, France, ...). Pourquoi cet attachement à un système basé sur l'individualisme des nantis et sur la charité aux vulnérables, plutôt que sur la solidarité pour tous ? Pendant combien d'années un modèle aussi onéreux et inefficace pourra-t-il se maintenir dans un contexte mondialisé d'austérité économique ?

Comment l'État parvient-il à gouverner le système de santé ? Pistes de réflexion issues de l'étude du secteur de la génétique au Québec.

Marie-Andrée Paquette, Lise Lamothe et Daniel Reinharz, Québec

Objectif : Cette présentation vise à identifier les modalités de l'utilisation d'instruments de gouvernance susceptibles de permettre à l'État de gouverner de manière effective - c'est-à-dire d'orienter l'action collective dans le sens de ses objectifs - dans les systèmes de santé.

Contexte/description du problème : La reconnaissance du pluralisme des systèmes de santé, et donc des interdépendances unissant l'État (comme financeur et responsable de la gestion) aux professionnels responsables de la prestation des services (comme détenteurs quasi exclusifs des savoirs experts nécessaires), pose la question de la capacité de l'État à gouverner dans le sens de ses propres objectifs. Le pluralisme des systèmes de santé excluant d'emblée l'idée d'une autorité souveraine, l'État doit en effet s'efforcer constamment d'acquiescer et de conserver la légitimité nécessaire à l'exercice du pouvoir. De fait, la gouvernance effective de ces systèmes par l'État suppose la mobilisation d'instruments de gouvernance dépassant l'exercice du pouvoir coercitif qui lui est traditionnellement dévolu. Sa capacité à infléchir l'action collective dans le sens de ses propres objectifs demeure donc partiellement indéterminée, d'où l'importance de s'intéresser aux instruments de gouvernance susceptibles de soutenir la capacité de gouvernance de l'État.

Théories, méthodes, modèles, matériels employés

Les constats concernant l'utilisation des instruments de gouvernance qui sont présentés ici sont issus d'une étude plus vaste qui visait à comprendre l'évolution à long terme de la participation étatique à la gouvernance d'un secteur de services de santé. Dans le cadre de cette étude, nous avons développé un modèle théorique qui, en s'inspirant de la théorie de la pratique (Bourdieu) pour intégrer l'ensemble des facteurs d'influence identifiés par la littérature sur la sélection des instruments de gouvernance, conçoit la stabilisation de certains patterns de gouvernance comme reposant partiellement sur la capacité des instruments employés par l'État de soutenir ses objectifs. Ce modèle a été appliqué dans le cadre d'une étude de cas portant sur le secteur québécois de la génétique médicale (1969-2010). Cette étude a impliqué l'analyse processuelle et interprétative de données qualitatives, provenant de sources documentaires et d'entrevues réalisées avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'avec des médecins et chercheurs oeuvrant dans le secteur de la génétique.

Résultats et discussion : L'analyse processuelle a permis d'identifier quatre (4) types d'utilisation d'instruments correspondant à des périodes de stabilité en regard de leur mobilisation par l'État. La capacité de ces instruments à soutenir la gouvernance de l'État apparaît comme un facteur important de stabilisation pour trois de ces périodes. L'utilisation des instruments par le Ministère au cours de ces périodes a impliqué de manière importante les médecins et chercheurs associés à la prestation de services. Le ministère s'est également appuyé sur l'expertise détenue par certaines agences d'évaluation qui, n'étant pas perçue par les médecins et chercheurs comme faisant compétition à leur propre expertise scientifique et clinique, est reconnue comme légitime par ces derniers. L'utilisation de tels instruments s'est avérée favorable au développement de rapports de conciliation et de collaboration et, par le fait même, d'une certaine convergence entre les actions entreprises par les médecins et chercheurs impliqués dans

la prestation des services et les objectifs du Ministère. Notons cependant que l'utilisation de ce genre d'instruments par le Ministère suppose que ce dernier reconnaisse sa propre dépendance vis-à-vis ces médecins et chercheurs. Ces constats nous permettent de proposer certaines actions concrètes que l'État pourrait entreprendre afin d'accroître sa capacité de gouvernance des systèmes de santé.

Apports/intérêt : La littérature portant sur la gouvernance en contexte pluraliste suggère que l'État a avantage, afin d'atteindre ses objectifs, à employer des instruments de gouvernance qui favorisent l'implication de l'ensemble des parties concernées, à travers notamment la négociation, la persuasion et la négociation. Cette communication permet de préciser en quoi et de quelle manière ces assertions s'appliquent à la gouvernance étatique des systèmes publics de santé.

Ruolo e funzionamento dei fondi sanitari volontari privati in un sistema universalistico: il caso dell'Italia.

Carlo De Pietro, Italia

OBIETTIVI:

Descrivere la diffusione delle assicurazioni sanitarie private in Italia. Discutere criticamente il loro ruolo di "integrazione" del Servizio Sanitario Nazionale.

CONTESTO E DESCRIZIONE DEL PROBLEMA:

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito nel 1978 in Italia è un tipico sistema à la Beveridge, largamente modellato su quello inglese istituito nel 1948.

Il principio dell'universalismo, che costituisce un punto fondante del sistema, ha costituito certamente un ostacolo allo sviluppo dell'iniziativa privata nel campo dell'assicurazione malattia. Di fatto, le coperture sanitarie private sono state un'eccezione fino agli anni più recenti.

Tale situazione però sta rapidamente cambiando, anche a seguito di un'opinione pubblica e politica che ha sempre più spesso la non sostenibilità del sistema pubblico attuale e la necessità di favorire lo sviluppo di un sistema di welfare "multi pilastro", nel quale al primo pilastro pubblico e universalistico sia aggiunto un secondo pilastro, mutualistico ma privato, regolamentato e favorito fiscalmente. Tale veloce diffusione di forme di copertura assicurativa privata si collega peraltro alla pesante crisi economico-finanziaria e politico-istituzionale in corso in Italia.

Se i prossimi anni confermeranno la tradizione delle coperture sanitarie private in Italia, queste non si limiteranno a un ruolo soltanto complementare, coprendo prestazioni escluse dal pacchetto di base pubblico, ma continueranno a svolgere un ruolo supplementare (rimborso ticket chiesti dalle aziende sanitarie pubbliche diarie monetarie riconosciute nel caso di ricovero ospedaliero, ecc.) o, soprattutto, duplicativo (prestazioni già coperte dal SSN).

La presenza di una copertura privata accanto a quella pubblica, se diffusa, può mettere in difficoltà il SSN per diversi motivi, tra i quali:

- frammentare la presa in carico e la continuità assistenziale;
- ribaltare sul SSN l'onere di prestazioni prescritte al di fuori del SSN e magari non appropriate da un punto di vista clinico o della costo-efficacia;
- ridurre l'impegno dei medici pubblici a favore dei pazienti SSN, per privilegiare invece i pazienti rimborsati dalle assicurazioni private;
- ridurre il consenso pubblico sul funzionamento del SSN.

TEORIE, METODI, MODELLI, MATERIALI UTILIZZATI:

L'analisi sarà di tipo descrittivo/interpretativo. Essa si baserà sulle ricerche svolte dall'autore sulla letteratura presente nel paese su sei casi di studio condotti su altrettanti fondi e sulla partecipazione attiva al dibattito di politica sanitaria in corso sul tema.

La comunicazione si baserà su risultati di ricerca già pubblicati (De Pietro C. 2008, Assicurazione integrativa mutualistica: un'analisi economica, *Mecosan* 67:71-84; Cavazza M., De Pietro C. 2011, Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, in Cantù E., a cura di, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea; Cavazza M., De Pietro C. 2012, Assetto istituzionale e scelte di gestione in sei fondi sanitari, in Cantù E., a cura di, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea) e su nuove ricerche in corso.

Di fatto l'analisi riprende e integra quanto già presentato a CALASS 2011.

RISULTATI E DISCUSSIONE:

A conclusione dell'analisi saranno evidenziate, da un lato, le conseguenze potenzialmente critiche che lo sviluppo di tale "secondo pilastro" potrebbe avere per il SSN e, dall'altro, le condizioni perché invece tale sviluppo supporti positivamente il primo pilastro universalistico.

APPORTI/ INTERESSE DELLA COMUNICAZIONE IN RAPPORTO ALLO STATO DELL'ARTE O ALLE PRATICHE:

Gran parte dei sistemi sanitari à la Beveridge negli ultimi anni hanno previsto un maggior intervento privato, non solo nell'erogazione dei servizi, ma anche nel loro finanziamento. Il tema della tenuta dei sistemi pubblici in presenza di un diffuso ricorso ad assicurazioni private volontarie senza che queste abbiano un ruolo ben definito, è certamente d'interesse non solo per l'Italia ma per numerosi sistemi sanitari. La crisi economica e di finanza pubblica in corso in numerosi paesi europei e non solo rende ancora più rilevante tale tema.

Reforma del sistema ISAPRE chileno otro golpe a la equidad.

Mario Parada, Chile

Una de las primeras medidas que tomó el nuevo gobierno de derecha en Chile, fue formar comisiones de expertos en salud, la mayoría de ellos vinculados al sector privado, para realizar propuestas de cambio en la materia. En 2011, se emitieron los informes que sentaron las bases de un proyecto de ley actualmente en discusión, que reformará el sistema de seguros privados ISAPRE.

Las razones que justificarían esta reforma al sistema privado de aseguramiento de la salud, se derivan tanto del alza continua e injustificada de los precios base de los planes de las ISAPRE, como también por los cuestionamientos del Tribunal Constitucional a la existencia de tablas de factores que discriminan arbitrariamente respecto de la edad y sexo de las personas, en contraposición al “libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” establecidos en la Constitución Política.

Dicha reforma, consiste en la aplicación de un Plan Garantizado de Salud (PGS) para todos los afiliados y beneficiarios del sistema de ISAPRES, de carácter obligatorio y con un precio único fijado por cada institución, sin discriminación por edad, sexo o condición de salud preexistente. Este plan incluiría las garantías explícitas en salud (GES), la cobertura para gastos catastróficos en salud y eventos de emergencia vital, el examen de medicina preventiva y la cobertura de enfermedades no GES por definir.

El presente ensayo tiene por finalidad realizar un análisis crítico de la propuesta de cambios, desde la perspectiva de la Salud Colectiva.

La propuesta del Plan Garantizado de Salud, estudiada y consensuada por representantes del gobierno, de la oposición (Concertación) y de las ISAPRES, no implica entonces una modificación al sistema de financiamiento de la salud en Chile, caracterizado por su segmentación, inequidad e ineficiencia. Perpetúa un sistema mixto de salud y crea un paquete de salud, alejándose de las recomendaciones de la OMS, y comprendiendo a la salud como una mercancía de consumo individual, y no como un bien colectivo. En definitiva, el plan garantizado en salud para el sector ISAPRE, es una propuesta que tiene por objeto salvar la privatización de la seguridad social y eliminar la judicialización de la defensa de los derechos de las personas, y junto a ello, hacer crecer el lucrativo negocio que realizan con la salud-enfermedad, ya suculento.

La creación de un PGS, mantiene la tendencia de delimitación explícita del derecho a la salud, alejando aún más al sistema sanitario de la recomendación de la OMS de reducir la brecha de ofertas de servicios para alcanzar la universalidad.

Las principales conclusiones del análisis crítico realizado son que existe un riesgo elevado de aumento de la inequidad en el acceso a la prestación de servicios debido a que las personas con más dinero podrán mantener o aumentar sus beneficios actuales y aquellas con menos ingresos tenderán a disminuir su acceso por el aumento del pago de bolsillo. Se puede asegurar que se trata de una propuesta que consolida las reformas neoliberales instaladas en Chile desde la década del 80.

Cargas de trabalho, um olhar sobre a Atenção Primária de Saúde – APS.

Eliane Pedrozo de Moraes, Magda Duarte dos Anjos Scherer et Denise Elvira Pires de Pires, Brasil

Este estudo tem como objetivo analisar a influência de uma tecnologia do tipo não material, a estratégia Saúde da Família (ESF), instituída como modelo de atenção primária no Brasil, nas cargas de trabalho dos profissionais que compõem as equipes. Busca identificar, em que sentido, os aspectos inovadores constantes nas práticas, na composição da equipe, nas relações, na organização e gestão do trabalho tem contribuído para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho dos profissionais.

Considerando que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é substitutiva ao modelo tradicional de assistência na APS, houve uma expansão na implantação de equipes em todo o país nos últimos anos. Dos 5.656 municípios, 5.260 possuem ESF implantadas, o que representa para a população brasileira uma cobertura populacional estimada de 54,78%, em março de 2013.

Estudos como esse são necessários para apoio à gestão no que corresponde a qualificação do trabalho na APS. Os profissionais de saúde das equipes estudadas enfrentam o desafio de implementar um novo modelo de atenção mais complexo que o tradicional. A investigação sobre “fontes” que aumentam ou reduzem as cargas de trabalho dos profissionais é relevante porque, apesar da área da saúde ser sensível às mudanças atuais no mundo do trabalho, o número de estudos sobre o tema ainda é muito pequeno, especialmente no que diz respeito aos seus efeitos para a organização do setor e para força de trabalho.

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo inspirado em dois referenciais teórico-metodológicos, cujos principais teóricos são Asa Cristina Laurell e Yves Schwartz. Laurell traz o conceito de “cargas de trabalho” como elementos encontrados no processo de trabalho que interatuam entre si e o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica. Schwartz desenvolveu a abordagem “ergológica”, que parte da análise de situações reais de trabalho, da ação em si, mostrando que existe uma grande diversidade de possibilidades interferindo nas cargas de trabalho, fortemente influenciadas pelo contexto macro político institucional e, também, pelas características dos sujeitos envolvidos no trabalho e pelas suas escolhas. Ou seja, a realização de atividades de natureza semelhante, é influenciada pela subjetividade dos trabalhadores, seus valores e concepções de mundo, as quais se expressam nas dramáticas do uso de si por si e pelos outros, resultando em múltiplas diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito.

Participaram da pesquisa 19 profissionais de 3 equipes da estratégia SF. Para a coleta de dados foram feitas observações, análise documental e entrevistas. A análise foi realizada através da técnica de Análise Temática de Conteúdo de Laurence Bardin e do uso do software AtlasTi 7.0.

Dentre os resultados relacionados aos elementos que aumentam e reduzem as Cargas de Trabalho, foram encontrados 09 categorias e um total de 55 temas (aumenta a carga) e 06 categorias e 31 temas (reduz carga). Os principais aspectos mencionados como causadores do aumento das cargas são falhas na gestão e falhas na composição dos pontos de atenção da rede, dificultando a coordenação do cuidado. Os principais aspectos mencionados como causadores da redução da carga são o trabalho em equipe e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

SESSION 24 – Salle 4

Thème : Formations des professionnels et modifications des pratiques 2

Préparation organisationnelle à l'application des connaissances dans les soins chroniques : Une étude Delphi.

Marie-Pierre Gagnon, Randa Attieh, Patricia Vasquez Perez et Nadine Tremblay, Québec

Contexte. Les changements organisationnels sont de plus en plus importants dans le milieu des soins de santé, et l'accent doit être mis sur leur contribution à la gestion, à plus long terme, des soins chroniques. Compte tenu de l'intérêt actuel porté sur l'identification et l'évaluation des déterminants organisationnels dans l'application des connaissances dans les services de soins chroniques, nous avons réalisé une revue systématique sur les fondements théoriques de la préparation organisationnelle du changement. Suite à cette étude, nous avons identifié 17 dimensions et 59 sous-dimensions afin de mesurer la prédisposition organisationnelle au changement dans les services de santé. L'objectif de cette étude était de parvenir à un consensus sur l'importance et l'applicabilité des dimensions et sous-dimensions identifiées dans la revue de la littérature pour mesurer la préparation organisationnelle à l'application des connaissances dans les soins chroniques.

Méthodologie. L'étude Delphi à trois phases est conduite parmi un groupe d'experts internationaux dans les domaines de la préparation organisationnelle, de l'application des connaissances et / ou des soins chroniques. Les participants sont recrutés par le moyen des contacts du réseau des collaborateurs du projet. Au total, 74 participants ont été identifiés et ont reçu par courriel une lettre personnalisée les invitant à participer à l'étude. Un questionnaire est envoyé aux participants dans un intervalle de deux semaines entre chaque phase. Le questionnaire Delphi en ligne demande aux participants d'évaluer l'applicabilité et l'importance de 17 dimensions et 59 sous-dimensions sur une échelle Likert à cinq points (1 = totalement en désaccord à 5 = totalement d'accord). Quatorze des 74 experts ont accepté de participer à l'étude Delphi.

Résultats. De l'ensemble des opinions récoltées chez les experts lors des trois phases de l'étude Delphi, nous avons noté un fort consensus ($\geq 75\%$) autour de six des 17 dimensions et de 30 des 59 sous-dimensions comme éléments importants et applicables pour mesurer la préparation organisationnelle dans l'application des connaissances dans les soins chroniques. Les six dimensions retenues dans le modèle final sont : Climat organisationnel pour le changement, facteurs contextuels organisationnels, contenu du changement, leadership et participation, support organisationnel et motivation.

Conclusion. Les résultats de l'étude Delphi ont permis de recueillir un consensus auprès d'experts sur l'importance et l'applicabilité de six dimensions et 30 sous-dimensions clés pour évaluer la préparation organisationnelle à l'application des connaissances dans les soins chroniques. La prochaine étape du projet de recherche consistera à développer un questionnaire afin de mesurer ces construits.

Les ressources humaines face aux enjeux des prises en charge domiciliaires : un rôle fédérateur pour l'intégration d'un nouveau métier.

Sandrine Fellay Morante, Suisse

La recherche appliquée menée dans notre institution - 2000 collaborateurs/16'000 clients, canton de Genève, Suisse - porte sur l'évolution des métiers de la santé dans le contexte des soins domiciliaires. Plus précisément nous traitons de l'intégration d'un nouveau métier dans une organisation du travail en mutation et de sa gestion sous l'angle des pratiques professionnelles, managériales et ressources humaines.

Cette problématique découle d'un constat : malgré l'arrivée sur le marché de l'emploi en Suisse d'un nouveau profil professionnel de niveau secondaire II, les assistants en soins et santé communautaire (ci-après ASSC), et les mesures importantes de qualification et d'intégration mises en oeuvre au sein de notre institution, celui-ci n'occupe pas le champ professionnel défini par l'ordonnance fédérale de formation et ne remplit pas le cahier des charges prescrit spécifiquement pour notre environnement. Dans un contexte de complexification des besoins de la clientèle et d'évolution des compétences requises pour leur prise en charge, l'étude a eu pour objectif d'identifier les dimensions intervenant dans l'intégration des ASSC, de développer de nouveaux modèles de collaboration et de faire évoluer les représentations des professionnels.

Nous avons fait l'hypothèse que dans une organisation du travail en mutation, l'intégration des ASSC constitue un levier de développement majeur des pratiques professionnelles, managériales et ressources humaines et dépend fortement de l'évolution des représentations du corps infirmier.

Afin de disposer d'un ancrage théorique, nous avons passé en revue dans la littérature les apports concernant l'ingénierie de formation, la gestion des ressources humaines et la sociologie des organisations avec un détour par les concepts d'identité et de représentations.

Afin de valider notre hypothèse, nous avons mis en place, au niveau de la direction générale, un comité de pilotage chargé d'évaluer la situation et proposer une stratégie institutionnelle. Nous avons réalisé à la fois une évaluation qualitative à l'aide d'entretiens avec le management intermédiaire et de proximité, les pratiques professionnelles et les spécialistes en ressources humaines et une évaluation quantitative par l'élaboration d'indicateurs identifiant le travail réel des ASSC. Du fait de l'évolution nécessaire des représentations de tous les acteurs, nous avons mis en place, dans un deuxième temps, des groupes de travail pluridisciplinaires sur les variables clés identifiées pour définir de manière consensuelle les principales règles de gestion opérationnelles.

Notre démarche a montré que dans un environnement de travail et de formation en mutation, un pilotage institutionnel renforcé associé à une prise en charge pluridisciplinaire permet l'identification exhaustive des dimensions intervenant dans l'intégration d'un nouveau profil professionnel. Au-delà de représenter un véritable challenge institutionnel, l'intégration d'un nouveau professionnel constitue également une opportunité de développer les processus collaboratifs internes. Notre démarche a, notamment, mis en exergue trois éléments : la corrélation indispensable des dispositifs de formation avec la gestion opérationnelle, le développement nécessairement conjoint des pratiques de management et de gestion des ressources humaines et enfin, l'importance de l'accompagnement aux changements de tous les acteurs et professionnels impliqués.

L'allongement de la durée de vie et les prises en charge de longues durées qui en découlent placent, aujourd'hui, les institutions et les politiques de santé devant de grands défis. L'articulation des rôles respectifs des professionnels est en fort questionnement et stimule l'innovation dans le champ des politiques de formation. Forts de notre expérience, nous ne pouvons qu'encourager ces mutations et inciter les politiques à promouvoir l'évolution des systèmes de formation tout en soulignant le réel effort à fournir pour coordonner et accompagner le changement dans les organisations. Une modification dans le chaînage des professionnels entraîne à la fois une transformation de l'organisation du travail et une évolution des représentations. Si la première se gère, la deuxième se construit dans un contexte qui sait donner du sens à ce qui est entrepris.

Quelle valeur pour les programmes de soutien aux aidants ? Le cas des aidants informels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer de l'enquête HSA.

Chloé Gervès, Martine M Bellanger, France

Contexte : En France, le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) représentaient entre 2% et 4% de la population âgée de 65 ans ou plus en 2010. Cette part importante de patients âgés atteints d'une maladie chronique représente un enjeu de santé publique et constitue un challenge en termes d'allocation de ressources publiques lorsque celles-ci tendent à se réduire. Les soins informels représentaient 55% du coût total de la MA dans les 27 pays de l'Union Européenne (UE27) et 60% en France. Cette dernière consacre une part relativement plus importante aux soins informels qui vont progressivement constituer la pierre angulaire des soins pour la MA. Si les décideurs publics souhaitent s'appuyer davantage sur l'aide informelle dans le cadre de la prise en charge de cette maladie, ils doivent développer des politiques efficaces afin d'alléger le fardeau des aidants, qui s'avère coûteux en raison de la détérioration de leur état de santé, de la diminution de leur qualité de vie, et de la perte de productivité sur le marché du travail.

Objectifs de la recherche : Les solutions de répit et de soutien aux aidants sont présentées comme des interventions adaptées pour « alléger le fardeau de l'aide et soutenir les aidants face au prolongement de leur activité d'aide ». Cette recherche propose d'analyser cette assertion dans le cas de la France, en se centrant sur la question suivante : est-ce que la disposition à payer (DAP) des aidants informels pour être remplacés est influencée par leur besoin de trouver des solutions de répit ? En d'autres termes, quel est l'impact du besoin de répit des aidants sur la valeur monétaire qu'ils attribuent à leur activité d'aide ?

Echantillon et recueil de données : Les données utilisées pour cette étude proviennent de la fusion de deux enquêtes représentatives de la population française en 2008: les enquêtes Handicap Santé Ménage (HSM) et Handicap Santé Aidants (HSA). L'échantillon retenu comprend 193 aidants informels de patients atteints de la MA, 62% sont des femmes et ils ont 62 ans en moyenne et 50% gagnent moins de 2000€ par mois et 61% sont retraités. Seulement 52% des aidants ont estimé une DAP supérieure ou égale à 0.

Méthode : Nous avons utilisé la méthode d'évaluation contingente qui s'appuie sur les préférences « déclarées » des aidants pour approximer la valeur monétaire de l'aide apportée, la DAP. Pour analyser les données, nous avons choisi un modèle de sélection estimé par la méthode en deux étapes d'Heckman. La variable dépendante est la DAP pour être remplacée des aidants et parmi les variables indépendantes, trois variables relatives au besoin de soutien des aidants : le besoin de programme de formation, le besoin de répit et le besoin d'intégrer un groupe de parole.

Résultats: La DAP pour se faire remplacer des aidants est influencée par le besoin de formation à l'activité d'aide ($p < 0.05$). Le besoin de répit à domicile n'a pas d'impact significatif sur la DAP des aidants, mais le fait d'avoir déjà recours à une

forme de répit professionnel ou informel accroît la probabilité d'estimer la DAP ($p < 0.05$). Les activités instrumentales de la vie quotidienne ($p < 0.05$) et celles de surveillance ($p < 0.01$) ont un impact significatif sur la DAP des aidants. Cette dernière est également significativement associée au revenu des aidants ($p < 0.05$) et au lien de parenté entre l'aidant et l'aidé ($p < 0.01$). Plusieurs impacts intangibles de l'aide influencent la probabilité d'estimer la DAP ($p < 0.01$).

Discussion et Apports/intérêts: L'investissement dans un programme de formation aux aidants semble adapté pour mener une politique publique efficiente qui se fonderait principalement sur l'aide informelle dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

De notre point de vue, la question de la disposition à payer des aidants pour diminuer leur temps d'aide n'a jamais été mise directement en relation avec le besoin de soutien des aidants. Ce travail permet aussi de conforter l'utilisation la méthode d'évaluation contingente dans ce type de recherche et peut être étendue à une autre maladie chronique.

SESSION 25 – Salle 5

Thème : Les processus patients

Session organisé par: Mathieu Louiset, Université catholique de Louvain. Faculté de Santé Publique

Situation et perspectives du « Réseau Itinéraires Cliniques » en Belgique.

Natacha Viseur, R. Dierckx de Casterlé, M. Karam, Xavier de Bethune et Elisabeth Darras, Belgique

Le contexte et la description du problème. Le Réseau Itinéraires Cliniques (RIC), est un réseau composé d'institutions de soins belges francophones, suisses et luxembourgeoises, ayant pour mission de soutenir les institutions membres à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi d'Itinéraires Cliniques (IC) via une méthodologie participative centrée sur le patient. Après 9 ans d'existence, plus d'une trentaine d'institutions de soins se sont affiliées au RIC, lequel a formé plus de 70 personnes à la méthodologie des IC. A travers cette méthodologie, le RIC met l'accent sur le développement d'aptitudes en gestion de projet, en démarche qualité. Aujourd'hui, le RIC aimerait replacer son approche processus dans un contexte plus large afin de mieux répondre aux nouveaux défis lancés aux institutions de soins (notamment l'accréditation). Pour ce faire, le RIC s'est engagé dans une démarche d'Eveil à l'Excellence afin de définir la mission, la vision, les valeurs et le plan stratégique pour les 5 ans à venir.

Les objectifs de la recherche. Intégrer un Réseau apporte une valeur ajoutée pour les institutions affiliées, à savoir bénéficier d'une formation et d'échanges d'expériences, implémenter une méthodologie et favoriser la pérennisation des IC au sein de leur institution. Aussi, au vu du nouveau paysage dans lequel les institutions de soins devront évoluer, il est indispensable que le RIC évolue vers une gamme plus large et plus adaptée aux besoins des équipes multidisciplinaires. Afin de confronter ces hypothèses à la réalité du terrain, nous présentons ici le bilan d'une tournée dans les institutions affiliées en 2011 (un potentiel de 14 institutions).

Les théories, les méthodes, les modèles, les matériels employés. Nous avons conçu un guide d'entretien, qualitatif, qui reprend 7 dimensions, la plupart du temps à questions ouvertes. Ces dimensions portent sur (1) l'inventaire des IC; (2) le fonctionnement interne de la coordination IC; (3) l'état des lieux de l'informatisation dans les institutions; (4) l'implication des patients dans les IC; (5) la communication autour des IC (interne et externe); (6) les autres moyens mis en place pour la pérennisation des IC; (7) les attentes par rapport au réseau. Des interviews face à face ont été conduites auprès de 11 coordinateurs parmi les 8 institutions ayant accepté de participer.

Les résultats et la discussion. Les institutions affiliées au RIC apprécient fortement la formation, le partage d'expériences et les rencontres avec des experts externes. L'implémentation des IC et leur réussite varient fortement d'une institution à l'autre, dépendant des ressources humaines (mi-temps dédié ou non aux IC) et matérielles (informatisation) octroyées, mais surtout de la motivation des collaborateurs, l'implication des médecins et des directions. Les IC, élaborés selon la méthodologie proposée par le RIC, semblent couvrir la majorité des patients qu'ils visent, mais ne concernent encore qu'une très petite partie des admissions ($< 10\%$). Nous pouvons affirmer que le patient est bien impliqué dans sa propre prise en charge que ce soit par une information individuelle ou collective, oralement ou par écrit. La communication autour des IC se fait par l'intermédiaire de différents outils (journal interne/externe, site web, mails,...). La pérennisation des IC, quant à elle, dépend de la vision commune du pouvoir décisionnel ainsi que de l'appropriation du projet par les équipes de terrain. Enfin, les attentes des coordinateurs vis-à-vis du RIC portent essentiellement sur un suivi personnalisé, sur l'acquisition de nouvelles connaissances et sur les échanges d'expériences.

En conclusion, la plus-value que peut apporter le RIC aux institutions correspond en grande partie aux attentes du terrain, avec cependant un effort à fournir quant au suivi individualisé, à la pérennisation et visibilité des IC. La pérennité du RIC dépendra principalement de sa capacité à répondre à de nouvelles demandes des équipes multidisciplinaires des unités de soins, à adapter sa méthodologie dans un contexte plus large, à développer des collaborations transmursales, à augmenter la visibilité des IC et/ou du processus centré sur le patient.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques. Le RIC s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité de son réseau pour répondre de manière optimale aux nouveaux défis lancés. Cette recherche a permis d'affiner 4 grands axes stratégiques, nous permettant aujourd'hui d'avoir une vision basée sur l'avenir et sur les éléments essentiels qui permettront la viabilité du RIC : visibilité, dynamique réseau, pérennité et recherche.

Les transferts intramuros des patients : implémentation du projet, recommandations et diffusion des bonnes pratiques.

Mathieu Louiset, Xavier de Béthune et Elisabeth Darras, Belgique

Thème de la communication. Parcours de soins et prise en charge, logistique et modèle d'organisation.

Les transferts de patient stables sont une problématique importante présentant un risque d'incidents surtout pour des patients chroniques réalisant de nombreux aller-retour dans nos institutions et hôpitaux.

Cette communication porte donc sur le thème principal du CALASS 2013 (quels parcours de soins, quelles filières de prise en charge ?)

Objectifs de la recherche. Avec le soutien du Service Public Fédéral Belge Santé Publique, les Ecoles et Faculté de santé publique de l'UCL, de l'ULB et de l'U Liège ont réalisé durant trois années consécutives une formation-action ayant pour thème les transferts de patients stables.

Avec les participants, les objectifs étaient de :

- Créer un modèle de gestion des transferts internes des patients sur base de l'analyse des processus de transferts intramuros dans les sites pilotes.
- Élargir le modèle aux transferts des patients extramuros.
- Renforcer la sécurité des patients et favoriser le développement d'une culture de sécurité positive.
- Créer une synergie au sein d'équipes hospitalières et entre elles sur base de méthodes de travail communes. Élargir cette dynamique aux collaborations inter-institutions.

La méthode reposait principalement sur :

- L'application aux transferts des patients de la méthodologie préconisée par le SPF Santé Publique pour optimiser la gestion des processus, sous forme de 6 journées de formation-action.
- L'intégration dans la formation d'une sensibilisation, et de l'initiation à deux autres thèmes du plan pluriannuel 2013-2017 du Service Public Fédéral : l'identification des patients, et l'auto-évaluation.

Contexte et description du problème. La littérature internationale identifie les transferts de patients comme une source importante d'incidents et de presque incidents. Une enquête nationale sur la qualité des soins et la sécurité des patients avait révélé que la communication entre les équipes était mal perçue par le personnel.

Les transferts ont donc été choisis parce que la collaboration entre les différentes professions n'est pas toujours facile.

Par ailleurs, les institutions ont encore souvent besoin d'un soutien théorique et pratique pour la mise en place de projets d'amélioration continue.

Théories, méthodes, modèles et matériaux employés. A partir du cycle PDCA, nous avons utilisé des outils validés comme par exemple : plan de communication, OSSIE guide, SBAR, ISOBAR, Check liste et feuille de transfert.

La méthode de transmission de ces différents outils fut une formation action avec proposition d'accompagnement des équipes de terrains. Pour chaque projet, 5 personnes étaient formées : un coordinateur du projet, 2 membres de l'équipe donneuse de patients et deux membres de l'équipe receveuse.

Résultats et discussion. Ces trois années de projet, nous ont permis de former une petite centaine de personnes venant de 17 hôpitaux.

Les modules comprenaient des sessions théoriques, des exercices pratiques et des échanges d'expérience sur les thèmes suivants :

- Analyse de situation
- Formulation d'objectifs
- Définition des tâches et des responsabilités
- Identification d'interventions-clés
- Logigramme
- Développement d'indicateurs

Ce travail nous a permis progressivement de définir et de faire valider des recommandations pratiques que nous diffusons dans les hôpitaux avec l'aide du SPF SP.

Apports et intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques. Une évaluation du degré d'atteinte des objectifs formulés par les équipes elles-mêmes est en cours de réalisation. Plusieurs projets d'amélioration

des transferts ont abouti et ont été diffusés à d'autres unités de soins dans les institutions participantes. Les défis qui restent sont d'assurer une diffusion plus large et un respect plus systématique des recommandations établies.

El programa de Atención al Enfermo Crónico en el Hogar: ¿Una respuesta a las necesidades de protección social al adulto mayor con enfermedad crónica?

Juana Castro Ramírez, Adriana Urbina Aguilar et Elsa Alvarado Gallegos, México

Contexto y descripción del problema: Las condiciones de salud de la población adulta mayor que requieren cuidados de largo plazo, muestran desafíos importantes para los servicios de salud, particularmente cuando se requiere de atención y cuidado continuo en el ámbito domiciliario. Los ancianos representan un grupo poblacional vulnerable al mostrar de manera concurrente la presencia de diversos eventos crónicos, discapacidad y dependencia, lo que da lugar a necesidades sociales y de salud de los ancianos como población vulnerable, que exigen de políticas de protección social y estrategias específicas como es el cuidado de largo plazo en el domicilio. Los retos y prioridades de las políticas y estrategias de salud para la atención integral y de calidad para los adultos mayores se orientan a la adecuación de los servicios de salud, integrando los tres niveles de atención, la evaluación integral a través del equipo multidisciplinario de salud, garantizar el acceso a los medicamentos, la educación al paciente, el apoyo al cuidador familiar, atención a la salud mental así como la regulación de cuidados prolongados.

Una de las directrices para responder a esta problemática ha sido la extensión de la atención hospitalaria al ámbito domiciliario, así como la estrategia de fortalecer la vinculación de los sistemas de atención institucional con el sistema de cuidado y familiar e incidir en la calidad y bienestar de los viejos como grupo socialmente vulnerable. En México el Programa de Protección Social al Adulto Mayor tiene como objetivo fundamental proteger al adulto mayor, que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social. Dicho así, en las instituciones de seguridad social se cuenta con el Programa de Atención domiciliaria al enfermo crónico, conformado por un equipo multidisciplinario, cuyo propósito es dar respuesta a las necesidades de salud de la población anciana a través del contacto con el cuidador familiar en el hogar. A través de este estudio se pretende referir de qué manera el programa responde estas necesidades de protección social y salud de los ancianos desde la perspectiva del profesional de salud y el cuidador familiar.

Objetivo : Describir la estrategia del Programa de Atención Domiciliaria como respuesta a las necesidades de protección social al adulto mayor con enfermedad crónica, en una institución de seguridad social.

Informantes y método: Estudio cualitativo realizado en cuatro unidades médicas del instituto mexicano del seguro social en una ciudad de México, en las cuales se implementaba el Programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (PADEC) Para la realización de esta investigación, se privilegió la utilización de la entrevista individual semi-estructurada y el diario de campo como técnicas de recolección de la información. Así, se realizaron en total 36 entrevistas semi-estructuradas (20 dirigidas a cuidadores familiares, diez a enfermeras, tres a médicos y tres a trabajadoras sociales). El propósito de ésta técnica fue recabar información lo más específica de la perspectiva sobre el PADEC, particularmente como respuesta de éste a las necesidades de protección social al adulto mayor con enfermedad crónica. Se incluyeron tres tópicos: importancia del programa, características de la atención que ofrece el equipo de salud y escenarios futuros del programa. Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas integralmente a la computadora¹. Así a través de un proceso de lecturas repetidas, de segmentación, de codificación y de categorización, los temas fueron contruidos y relacionados. Esta investigación fue sometida al comité de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de San Luis Potosí, S.L.P., a fin de aprobar su implementación. Así mismo, durante todo el desarrollo de la investigación se solicitó a los participantes firmar un formulario de consentimiento. La confidencialidad de los datos recabados² fue respetada durante todo el estudio, haciendo uso de pseudónimos y tomando en cuenta implicaciones eventuales para los participantes.

Resultados y discusión: Se presenta la perspectiva del cuidador familiar y del profesional del área de la salud que participan en el Programa.

Conclusión: Las voces de los cuidadores familiares y el personal de salud expresan que el Programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (PADEC) de alguna manera responde a la problemática y necesidades de salud del anciano en el hogar y al cuidador familiar. Ambos reconocen que el Programa como parte del sistema de cuidado institucional constituye un apoyo para el anciano y el cuidador familiar en el cuidado de largo plazo en el hogar. Los cuidadores familiares muestran una expectativa hacia el programa en tanto personalice más el apoyo al cuidador familiar y vaya mas allá de un programa centrado en el enfermo y en la capacitación del cuidador familia, es decir, que también se sensibilice hacia su situación de desgaste físico y emocional. Para el personal de salud, el programa viene a ser un mecanismo para la contención de costos a la institución, optimiza el gasto de bolsillo a los usuarios del programa, y un programa pertinente dirigido al bienestar del receptor del cuidado y el cuidador familiar.

Se puede concluir que aun cuando el Programa responde a las necesidades de atención a la salud del anciano con enfermedad crónica y dependencia, este, no está definido como una estrategia en la política de protección social al anciano y al cuidador familiar en el marco de las relaciones de apoyo entre el sistema de cuidado institucional y el sistema de cuidado familiar.

Horaire : 16 :00 – 17 :30

SESSION 26 – Salle 1

Thème : Une monographie de secteur psychiatrique : l'exemple de CEARA

Inovação em saúde mental sob a ótica dos usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil.

Maria Lúcia Bosi, Liliane Brandão Carvalho, Veronica Morais Ximenes, Anna Karynne da Silva Melo et Maria Gabriela Curubeto Godoy, Brasil

Este estudo se originou na pesquisa *“Práticas Inovadoras e Desinstitucionalização: Analisando um Movimento Comunitário em Saúde Mental no Nordeste do Brasil”* que abrange uma análise multidimensional da categoria *inovação* em saúde mental focalizando um movimento comunitário – o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ ou Movimento). Nosso propósito foi interrogar se e como as experiências em curso no Movimento constituem efetivamente práticas de cuidado inovadoras em saúde mental, na perspectiva dos usuários desse dispositivo, com vistas a subsidiar políticas e estratégias de intervenção sanitária. O MSMCBJ realiza suas ações predominantemente na região do Grande Bom Jardim, periferia mais pobre de Fortaleza, e tem como proposta enfrentar o desafio de trabalhar com dimensões subjetivas e psicossociais, valorizando as pessoas que chegam em situação de sofrimento, oferecendo-lhes diferentes modalidades de cuidado. Suas atividades são organizadas em cinco eixos: Terapêutico; Educativo; Arte, Música, Espetáculo e Cultura; Profissionalizante; e Formação. Neste estudo, focalizamos as atividades do Eixo Terapêutico, constituído pelas atividades de Terapia Comunitária, Massoterapia, dentre outras.

Sabemos que o processo em curso da Reforma Psiquiátrica brasileira e seus avanços demandam a construção de novos modos de estar diante da pessoa em adoecimento, instituindo no campo da saúde mental práticas inovadoras de desinstitucionalização e de inclusão social que se materializam em uma rede de cuidados centrada no território. Tal avanço demanda, assim, a realização de estudos que abordem experiências consideradas efetivas na construção de redes psicossociais e de novas práticas em saúde mental.

É justamente nesse escopo investigativo que se insere a presente proposta. Tal empreendimento se justificou, tendo em vista a visibilidade nacional e internacional do Movimento, dentre outros indícios de que o mesmo vem operacionalizando um modelo diferenciado, afetando a vida de quem nele participa, no sentido de promover uma melhoria em várias esferas da existência dessas pessoas, propiciando seu empoderamento na busca por mudanças pessoais e sociais. Contudo, até o presente momento essa experiência não se encontra sistematizada, nem tampouco avaliada com base em pressupostos e procedimentos pautados pelo rigor científico, constituindo assim uma lacuna na literatura.

Dado que a dimensão do cuidado se constitui como valor, ou seja, um bem simbólico circulante a partir do qual emergem novas relações e vínculos, justifica-se uma análise desta experiência, em uma perspectiva multidimensional, privilegiando aqui a visão dos usuários – ainda que entendida como parte do estudo mais amplo, de maneira a contribuir com novas reflexões para o campo da saúde mental na direção de novos modelos que possam subsidiar a reforma em curso.

O percurso metodológico delineou-se na abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso, em uma vertente crítico-interpretativa, empregando como técnicas, entrevistas em profundidade associadas a grupos focais. A categorização analítica das informações foi construída a partir de um modelo fundado nas dimensões constituintes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, abrangendo distintos planos: epistemológico; assistencial, jurídico-política e sociocultural. Os resultados revelam: ênfase no sujeito social doente, não mais na doença; acolhimento como fundamento propositivo das ações; co-produção de diálogos genuínos com múltiplos atores envolvidos; e construção da autonomia e fortalecimento do poder pessoal. Tais elementos evidenciam que as práticas de cuidado tecidas no cotidiano do Movimento implicam desconstrução com o modelo tradicional de atenção à saúde mental, potencializando novas formas de cidadania, desse modo, contribuindo para a desinstitucionalização.

L'art comme hygiène chez les aînés : le cas des pincesaux d'or.

Hubert Wallot, Québec

Plusieurs recherches, notamment Gene D Cohen (2007), ont démontré l'impact positif d'activités artistiques pour les personnes âgées. À Québec, trois artistes peintres professionnels fondèrent en 2006 un organisme sans but lucratif, Les pincesaux d'or. Sa mission est de valoriser les aînés démunis financièrement et/ou psychologiquement à travers une expérience positive d'apprentissage de la peinture. L'organisme intervient dans des CHSLD et dans des HLM et des centres de jours auprès de personnes référées par les CLSC ou les organismes communautaires. L'unique condition de participation : être une personne âgée capable de tenir un pinceau, expérience nouvelle pour la grande majorité. La personne est invitée, sans obligation, à utiliser ses souvenirs pour personnaliser son sujet, occasion d'échanges émotionnels positifs avec les autres, sans compter le plaisir, partagé, de découvrir qu'on peut apprendre encore, même en présence d'Alzheimer ou des séquelles d'ACV. Les participants ont en moyenne 81, mais 4 centenaires (dont une personne de 109 ans). Nous comptons présenter l'approche humaniste de l'organisme et les résultats d'une étude qualitative par le

CEVQ (Centre d'excellence sur le vieillissement du Québec qui a fait des entrevues auprès des sages artistes, de leur famille et des artistes guides. Nous voulons montrer d'abord qu'il s'agit bien d'un processus artistique en évolution et que l'art est une forme d'hygiène, notamment dans la vieillesse. Nous voulons montrer aussi que le processus de vieillir en santé suppose un ajustement d'un développement personnel qui ne doit pas s'arrêter. Et, les personnes âgées retrouvent, dans l'expérience d'apprendre à peindre aux Pinceaux d'Or, les éléments suivants de la philosophie du rétablissement : projet(s) de vie qui s'ajuste(ent) au contexte, empowerment (développement et maintien du contrôle sur sa vie), inclusion sociale (insertion satisfaisante dans le lien social) et espoir (comme position active face au futur). Et cette démarche a de plus une fonction identitaire (intégration de sa propre trajectoire de vie) et de laisser une «trace» (principalement à la famille) à cette étape de la vie où Erickson situe l'étape de vie «identité-désespoir». L'organisme a remporté le prix d'humanisme de l'Association des médecins psychiatres du Québec (2009) et est cité comme pratique modèle dans la récente Politique sur le vieillissement du Gouvernement du Québec (2012).

Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical.

Taís Bleicher, José Célio Freire et José Jackson Coelho Sampaio, Brasil

Este trabalho é oriundo da pesquisa de tese intitulada “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo”. O município de Quixadá se situa no sertão central do estado do Ceará, no nordeste brasileiro, e deu início à implantação de sua política de saúde mental no ano de 1993, com a criação de um equipamento chamado Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Foi o terceiro CAPS do estado do Ceará e desde então se destaca no cenário nacional.

Diante de tal projeção, foi desenhada pesquisa histórica, no gênero da História Social, com o objetivo de realizar uma avaliação sobre a política de saúde mental de Quixadá. O período em questão marca o início da gestão municipal que criou o CAPS e mais quatro gestões subsequentes. Com isso, seria possível avaliar também as mudanças ocorridas de acordo com o grupo que ocupava o poder na época. Foi realizado levantamento: bibliográfico sobre as categorias-chave da pesquisa, da legislação nacional e local em saúde e saúde mental, de documentos da rede de saúde em Quixadá e entrevistas com prefeitos, secretários de saúde e trabalhadores do período em questão, além de usuários e familiares de usuários atendidos pelo serviço.

A análise dos documentos e das entrevistas apontam para o fato de que a gestão que deu início ao processo criou um grande projeto de municipalização da saúde e participação popular. No campo da saúde mental, o primeiro supervisor do período e um dos psiquiatras que trabalhou no início do serviço relatam intervenções sobre a sociedade, e não apenas sobre o paciente. Além de o paciente e sua família precisarem de cuidados, intervenções se faziam necessárias no sentido de apresentar a loucura à cidade, deixá-la afetar a comunidade e não escamotear sua estranheza, como forma de diminuir o preconceito. Este modelo de Atenção Psicossocial diferencia-se, pois, do modelo de hospital-dia. Enquanto o último mantém um viés hospitalocêntrico, no entanto, com maior liberdade e possibilidade de vivência de cidadania por parte do paciente, a Atenção Psicossocial, ao invés de tentar adaptar o doente mental à sociedade, constituiria-se em um modelo de reabilitação que busca transformar a sociedade de forma a que ela seja mais sensível à alteridade.

Utilizando como referencial teórico a ética da alteridade radical, como proposta por Emmanuel Lévinas, tais depoimentos dos entrevistados são analisados e se propõe a criação de um novo critério de avaliação dos serviços em saúde mental, qual seja, sua efetividade em gerar, na sociedade, novas formas de lidar com a diferença e com o outro, uma vez que os critérios existentes costumam centrar-se no paciente e no serviço, e não na sociedade. Cabe enfatizar que esta forma de lidar com o outro caminha na contramão de uma intervenção que visa eliminar a diferença ou totalizá-la, já que a alteridade, em sua forma radicalizada, não pode ser eliminada.

O auxiliar em saúde mental: da concepção ideológica à prática do serviço.

Taís Bleicher et José Jackson Coelho Sampaio, Brasil

Este trabalho faz parte de pesquisa maior, intitulada “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo”. O município de Quixadá se situa no sertão central do estado do Ceará, no nordeste brasileiro, e deu início à implantação de sua política de saúde mental no ano de 1993, com a criação de um equipamento chamado Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que foi o terceiro CAPS do Ceará. Por sua forte presença no cenário estadual e nacional, a política de saúde mental de Quixadá foi tomada como objeto de estudo.

Realizou-se pesquisa histórica, no gênero da História Social, com o objetivo de realizar uma avaliação sobre a política de saúde mental de Quixadá. A História Social é um gênero oriundo da escola de Annales, que se dedicou a grupos sociais negligenciados pelos historiadores tradicionais. Sem deixar de lado a história política, incluiu em seus estudos grupos sociais negligenciados pelos historiadores tradicionais, como trabalhadores, escravos, gente comum. Além disso, ampliou o conceito de documento para tudo aquilo que pode servir como testemunho sobre o passado.

Nesta pesquisa, foi realizado levantamento: bibliográfico sobre as categorias-chave da pesquisa, da legislação nacional e local em saúde e saúde mental, de documentos da rede de saúde em Quixadá e entrevistas. Foram entrevistados desde os gestores municipais e secretários de saúde, como convém à história política, assim como os supervisores, trabalhadores do período e alguns usuários do serviço de saúde e familiares, à maneira da História Social. Assumir tal metodologia contribuiu para confrontar as diversas perspectivas dos grupos em questão.

Segundo o primeiro gestor municipal, que criou a política de saúde mental de Quixadá, havia um plano de democratização da gestão, como um todo, e dos processos de trabalho, em específico. Assim, toda a equipe de trabalhadores era estimulada a participar de avaliações e planejamento intersetoriais, da mesma maneira que foi incentivada a atuação dos conselhos municipais, inclusive os de saúde, e a participação popular nos processos decisórios da gestão.

No âmbito da saúde mental, o primeiro supervisor de sua política em Quixadá, além de um dos primeiros psiquiatras do serviço relatam a criação da figura do auxiliar em saúde mental. Não se tratava de uma nova profissão, mas de uma nova compreensão sobre o trabalhador do serviço de saúde mental. O entendimento era de que o profissional da saúde não era apenas aquele graduado em cursos específicos, como Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem; mas sim todos aqueles que participavam do serviço, inclusive de nível médio e fundamental. O auxiliar em saúde mental poderia ser motorista, auxiliar administrativo ou auxiliar de serviços gerais. Na prática, isto significa que eles participavam das reuniões de equipe, incluindo supervisões, discussões de casos clínicos, planejamento das atividades do serviço. Segundo o psiquiatra supracitado, escutar estas outras vozes e saberes possibilitava à equipe um conhecimento mais complexo sobre cada caso. Os auxiliares se constituíam, também, como profissionais do cuidado e frequentemente eram eleitos, pelos pacientes, como profissionais de referência.

Nos relatos dos auxiliares, essa diretriz superior se presentificava no cotidiano da atuação. Aparentemente, esta postura favoreceu: a diminuição do estigma em relação ao doente mental por parte do próprio auxiliar; a diminuição interna da hierarquia entre os profissionais; a constituição de todos os trabalhadores em profissionais do cuidado; maior identificação, vinculação e satisfação com o trabalho e com os demais trabalhadores do serviço, independente de seus cargos. Diante do exposto, compreende-se que no campo da Atenção Psicossocial não é necessário criar novas profissões, mas favorecer aos profissionais de distintas formações e graus de escolaridade a possibilidade de contribuir e se beneficiar da complexidade do trabalho necessariamente interdisciplinar em saúde mental.

Distintas trajetórias no fazer-se psiquiatra reformista.

Taís Bleicher et José Jackson Coelho Sampaio, Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi balizada por quatro conferências nacionais de saúde mental – CNSM. A primeira, ocorrida em 1987, tinha caráter doutrinador e criou as bases para uma nova política em saúde mental. Neste momento, pós-ditadura militar, vários movimentos sociais estavam em ebulição e as questões referentes à saúde culminaram na criação do Sistema Único de Saúde-SUS, o atual sistema público brasileiro de saúde.

Na primeira conferência, várias críticas e sugestões foram direcionadas ao tema da formação dos recursos humanos em saúde mental. Seria necessário combater a psiquiatrização do social e a alienação das ações. As universidades deveriam realizar uma transformação curricular que se articulasse com os princípios da reforma, segundo uma visão complexa e crítica do processo saúde-doença, em que se destacassem os determinantes sociais do mesmo, exigindo vasta articulação de saberes.

O presente trabalho apresenta a análise de três depoimentos coletados para pesquisa da tese intitulada: “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo”. A pesquisa foi realizada na perspectiva da História Social e da História Oral como referenciais teórico-metodológicos. Os trabalhadores que participaram da execução da política foram convidados a dar entrevistas, com ênfase para a trajetória profissional. Foram selecionados três depoimentos: do primeiro supervisor da política de saúde mental de Quixadá, psiquiatra formado na década de 1970; de um dos primeiros psiquiatras do serviço, formado na década de 1990, e de uma das atuais psiquiatras, formada na década 2000. Todos se graduaram na Universidade Federal do Ceará.

A análise das entrevistas indica pequena relação entre o desempenho crítico na prática psiquiátrica reformista e a experiência da formação acadêmica. No caso do supervisor em saúde mental, além de experiências pessoais de boa convivência com os loucos de sua cidade, contribuiu para a sua aproximação com a área a atuação política no Partido Comunista do Brasil. O partido precisava de pessoas que se infiltrassem no Manicômio Judiciário para distinguir os presos políticos dos demais. O Manicômio Judiciário foi uma experiência “aterrorizadora” que se ligou ao gosto por “tudo que era socialmente marginal”. As péssimas condições em que se encontravam os presos favoreceram o engajamento na luta por aquilo que na época se chamava de humanização da assistência psiquiátrica.

No caso de um dos primeiros psiquiatras do serviço, o seu desejo inicial era por ser psicoterapeuta. O ingresso no curso de Medicina se deu pela influência da família e o período que lá passou foi marcado por lutas para modificação do projeto pedagógico do curso. O curso seria “uma mediocridade só”, com organização muito teórica, sem direcionamento prático e sem reflexão filosófica. O período em que foi aluno de graduação coincidiu com a mobilização das primeiras conferências em saúde e saúde mental. Nacionalmente, as exigências de modificações curriculares eram pauta do dia. Mesmo assim, sofreu boas influências de professores da graduação que, somadas à experiência em um Hospital de Saúde Mental, favoreceram a decisão pela Psiquiatria. A Residência em Psiquiatria foi por ele abandonada, uma vez que os bons professores com quem se identificava foram substituídos, por uma decisão política. Assim, fez-se psiquiatra no cotidiano do serviço e prestando prova para obtenção do título.

Mais de vinte anos após os primeiros marcos da reforma psiquiátrica no Brasil, era de se esperar que os estudantes do curso de Medicina já tivessem outra experiência organizacional-curricular. Segundo o depoimento da médica que ingressou no curso em 2002, ao entrar na Universidade, deparou-se com uma formação extremamente biomédica. A conduta não-humanizada se fazia frequente nas práticas conduzidas pelos professores, a ponto da estudante não se sentir bem e gradativamente deslocar-se em relação ao curso. Mas, as disciplinas vinculadas à Psiquiatria eram aquelas em que as

condutas humanizadas se presentificavam e eram levados em consideração tanto os aspectos físicos como os psicológicos do paciente, o que resultou na escolha desta especialidade.

Estes psiquiatras se engajaram em experiências reformistas no campo da saúde mental, mas os dois primeiros não aprenderam sobre isso no curso. A análise de suas falas, focadas nas experiências no Ceará, parecem sugerir que a evolução disciplinar pregada na reforma, ocorreu, mas apenas no âmbito da Psiquiatria, que evoluiu para uma percepção mais ampla sobre o objeto e o sujeito, enquanto as demais especialidades da Medicina teriam permanecidas biomédicas. No discurso dos três, destaca-se a não concordância com o modo clássico, organo-positivista, liberal, de fazer Medicina. Desta maneira, entende-se que se faz necessário efetivar as propostas estabelecidas na I CNSM há quase três décadas. O Ceará ainda apresentaria um currículo predominantemente biomédico, não atento aos condicionantes históricos, sociais e psicológicos do processo saúde-doença, além de não desenvolver as habilidades necessárias para o cuidado em saúde, com discreta exceção para a Psiquiatria. Com a efetivação das propostas das CNSM não haveria necessidade de serem criadas novas profissões, criar-se-ia uma nova forma de praticar a profissão.

SESSION 27

Thème : Changements sociaux et innovations psychiatriques (16 :00 – 18 :00)

Session organisé par: Bernard Odier, Policlinique de l'ASM, Paris

Les innovations en cours en psychiatrie.

Jean-Luc Roelandt, France

Mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement des aidants vivant avec un malade psychotique chronique dans le cadre d'une commune de banlieue parisienne.

Patrick Bantman, France

Depuis 1998, une équipe de psychiatrie de la banlieue parisienne (St Maurice - Alfortville, Charenton et St Mandé), réalise un programme d' « Alliance Thérapeutique avec les familles » sur les structures intra et extra-hospitalières, du secteur, avec un dispositif visant les préventions des crises et l'information ainsi que la collaboration des aidants et de la famille.

Depuis l'année 2009 date de lancement du groupe de rencontre « familles – patients – soignants », les familles qui le souhaitent sont reçues ensemble une heure et demie, une fois par mois avec des membres de l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de Malades Mentaux), un psychiatre et une psychologue, tous deux thérapeutes familiaux, et une assistante sociale. Conjointement à l'hôpital et aux CMP, c'est entre 10 et 20 familles reçues individuellement chaque mois lors des hospitalisations, et plutôt au décours des hospitalisations, dans le cadre de la thérapie familiale et d'entretiens familiaux.

A partir de ce constat et des expériences européennes (comme le Family Learning), nous avons souhaité proposer une évolution avec la participation des professionnels de santé de la ville (libéraux, MG, ...), et les partenaires institutionnels de la ville (Mairie, CCAS, ...;) visant à améliorer le parcours de santé du patient, à soutenir les familles, et à favoriser la coopération interprofessionnelle. Avec la participation des ressources aidantes de la collectivité territoriale partenaires institutionnels, ...) visant à aider l'intégration socio-sanitaire et tenir mieux compte du milieu familial, social et de travail et des conditions intergénérationnelles.

Avec la participation du département de santé publique de l'est parisien (Institut de Santé Urbaine) visant à améliorer la promotion de la santé, la performance médico-économique du programme (Définition des critères d'inclusion et d'exclusion dans la formation ; élaboration de fiches d'évaluation concernant l'acceptabilité, la satisfaction et l'utilité de la formation...). La modélisation pour la reproductibilité de ce programme sera un sujet de recherche en santé publique.

Il est ainsi proposé un nouveau programme ville-hôpital d'éducation thérapeutique et d'accompagnement.

Au programme initial, on associe :

- L'implication des médecins généralistes qui suivent les patients et les familles en les encourageant à participer activement au projet peuvent garantir la prise en compte des soins primaires dans ces approches.
- L'ajout de séances collectives d'information et d'échange réalisés par des experts locaux décryptant les situations médico-psycho-sociales que rencontrent les familles. Le personnel sanitaire, médical et social intervient dans des rencontres d'information-échanges.
- Ce programme s'incluant dans une démarche de Santé publique. L'inscription de cette action dans le contrat local de santé de la collectivité territoriale et l'ARS

Les associations représentant les malades et celles représentant les familles (UNAFAM, ...) existant sur le territoire peuvent participer au groupe de travail de coordination.

Les transformations qualitatives de la population hospitalisée sous l'effet de la déshospitalisation.
François Chapiereau, France

La psychiatrie, discipline sentinelle des changements sanitaires et sociaux.
Bernard Odier, France

SESSION 28 – Salle 3

Thème : Formation des professionnels et modifications des pratiques 3

Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família, em município da Bahia, Brasil.

Adriano Maia dos Santos, Marluce Maria Araújo Assis, Iva Karla Silva da Nóbrega, José Patrício Bispo Júnior, Sandra Rego de Jesus, Cláudia Nicolaevna Kochergin et Josenildo de Sousa Alves, Brasil

Os dilemas para produção do cuidado nos processos de trabalho em saúde mobilizam diferentes estratégias para superação de práticas fragmentadas, pontuais e com baixa resolubilidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como locus potente para reversão das tradicionais ações limitadas a procedimentos individuais por novas práticas compartilhadas em equipes. A presente pesquisa tem como objetivos: 1) Analisar a gestão do trabalho e a educação permanente em saúde; e 2) Analisar as atividades desenvolvidas por equipes de Saúde da Família relacionadas ao cuidado e a educação em saúde, em um município da Macrorregião Sudoeste da Bahia. Esse estudo é o recorte de uma pesquisa multicêntrica que avaliou a Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família em sete municípios baianos (ASSIS, *et al.*, 2010). Trata-se, portanto, de um estudo de caso que discute a produção do cuidado e os elementos que fortalecem a Atenção Primária à Saúde (APS). O tamanho da população do estudo foi definido com base numa amostra aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de trabalhadores do município (0,14%), admitindo-se um erro máximo de 1% entre a proporção encontrada e a verdadeira proporção populacional, e nível de significância de 5%. O valor encontrado foi distribuído proporcionalmente entre as categorias funcionais. Com os ajustes necessários, o tamanho final da amostra foi de 56 trabalhadores, sendo 14 com nível superior (Grupo I – 4 cirurgiões-dentistas, 5 enfermeiros, 5 médico) e 42 sem nível superior (Grupo II – 28 agentes comunitários de saúde, 4 auxiliares de saúde bucal, 10 técnicos/auxiliares de enfermagem). Os instrumentos de coleta de dados foram construídos com base nos indicadores componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) (STARFIELD, 2004). As variáveis relacionam informações acerca das: 1) características dos trabalhadores; 2) política da gestão do trabalho e educação permanente; 3) dimensões de análise da Atenção Primária, selecionando-se componentes ligados à educação em saúde. Para avaliar a diferença entre a proporção de trabalhadores com nível superior e médio, utilizou-se o teste de χ^2 . Em toda análise estatística foram considerados como significantes resultados que apresentaram p-valor inferior a 5% (p -valor < 0,05). O estudo revela que no cenário da pesquisa existem diferentes formas de admissão, contratação e carga horária de trabalho para os profissionais das ESF. Em ambos os grupos (I e II) observa-se uma predominância na admissão por “seleção pública” e carga horária de trabalho de 40 horas semanais. As informações sobre a forma de contratação dos profissionais revelam que há uma predominância de contratação pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) para trabalhadores de nível superior (78,5%) quando comparada aos trabalhadores de nível médio (35,7%), sendo esta diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,0054). Com relação à gestão do trabalho e educação permanente na ESF, estabeleceu-se dois eixos de questões: (1) Relacionados aos critérios estabelecidos para capacitação; (2) Impressões quanto às capacitações. Observa-se que entre os trabalhadores de nível médio a proporção de aceitação dos critérios estabelecidos para capacitação é maior do que a observada para os trabalhadores de nível superior, sendo esta diferença estatisticamente significativa apenas para o critério “Necessidade de trabalhadores de saúde” (p -valor = 0,0021). As impressões “positivas” com relação às capacitações foram maiores para os trabalhadores do nível médio quando comparada aos trabalhadores de nível superior, sendo significativamente mais elevada para a “valorização da participação do usuário/família” (p -valor = 0,0063) e para o “possibilita maior interação entre o trabalhador e o usuário” (p -valor = 0,0036). Com relação à impressão “negativa” da capacitação percebe-se que mais da metade dos trabalhadores de nível superior (64,3%) acham que as capacitações não trouxeram transformações nas práticas enquanto que 7,1% dos trabalhadores de nível médio compartilham dessa opinião, sendo esta diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,0000). Foram escolhidas três dimensões da APS para avaliar quais atividades ligadas à educação em saúde estavam sendo realizadas na ESF e como os trabalhadores envolvem-se com tais atividades. As dimensões eleitas foram o “vínculo ou longitudinalidade” (*longitudinality*), o “integralidade” (*comprehensiveness*) e “orientação para a comunidade” (*community orientation*). O componente “vínculo” é apontado como presente nas práticas cotidianas dos profissionais. Os serviços oferecidos fundamentam-se, em sua maioria, nas atividades programáticas e as ações educativas estão mais relacionadas às ações clínicas individuais focadas na doença, com pouca abrangência sobre as condições de vida e os determinantes sociais. As visitas domiciliares foram apontadas por 100% dos trabalhadores, seguida pelas atividades educativas com 98,2%, sendo comum a todos de nível médio (100%). As ações ligadas as “oficinas com participação da comunidade”, “reunião comunitária” e “sala de espera” tiveram uma participação acima de 90% entre o total de trabalhadores. Por sua vez, “ações intersetoriais” e “sala de situação” foram apontadas por

67,8% dos trabalhadores. As atividades das equipes evidenciam alguma orientação à comunidade, sem, no entanto, evidenciar mudanças nas práticas tradicionais.

Barrières et facilitateurs à l'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité des services en coloscopie: Une revue systématique avec approche de méthode mixte.

Sonya Grenier, Bernard Candas, Sonya Grenier, Marie Pierre Gagnon, Gilles Jobin, Catherine Dubé, Mario Tousignant et Anis Ben Abdeljelil, Québec

Objectif de la recherche : Le but de cette revue systématique est de contribuer à une meilleure compréhension des facteurs qui doivent être considérés lors de l'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité dans les services de coloscopie. Les objectifs sont d'identifier et d'indexer les barrières et les facilitateurs ayant pu affecter l'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité en coloscopie selon les perspectives des différents groupes d'utilisateurs impliqués dans ces services (gestionnaires, endoscopistes, infirmières et patients).

Contexte : L'amélioration continue de la qualité des soins dans les services de coloscopie est central à la mise en place de programmes de dépistage populationnel du cancer colorectal visant à réduire l'incidence et la mortalité de ce type de cancer, tout en prévenant les désavantages liés au dépistage et en minimisant les coûts. Habituellement, l'implantation des programmes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) requiert des changements dans les pratiques et l'organisation des soins. Ces changements sont reconnus comme étant difficiles à intégrer. Une meilleure compréhension des barrières et des facilitateurs perçus par les différents groupes d'utilisateurs lors de l'implantation de programmes d'ACQ s'avère nécessaire afin d'identifier les facteurs clés essentiels au succès de l'implantation de ces programmes du point de vue des différents intervenants.

Méthodologie : Nous avons effectué une recension des études entre 2000 et 2010. Les études incluses ont un devis empirique et rapportent des items perçus comme barrières ou facilitateurs par les utilisateurs lors de l'implantation de programmes d'ACQ dans les services de coloscopie. Deux réviseurs ont indépendamment sélectionné les études en se basant sur des critères d'inclusion et d'exclusion. Pour chaque étude, nous avons extrait et classifié les items correspondant à chacun des groupes d'utilisateurs en fonction d'une grille d'extraction des données. Nous avons utilisé un processus itératif pour raffiner la grille et classifier les items selon des aspects spécifiques des programmes d'ACQ dans les services de coloscopie.

Résultats et discussion. Cette synthèse met en évidence qu'un programme d'ACQ dans les services de coloscopie développé et implanté selon un processus clairement défini, sur une base participative et selon une approche formative est plus susceptible de mener au succès. De plus, l'importance du travail collaboratif est soulignée par l'influence des attitudes et des perceptions des endoscopistes et des infirmières au cours de l'implantation du programme. L'utilisation d'indicateurs de qualité est profitable si leur nombre reste limité et s'ils sont faciles à produire. Le maintien de la confidentialité des données individuelles est également une condition essentielle au succès des programmes d'ACQ. Par ailleurs, le processus d'implantation devrait, à tout le moins, impliquer les endoscopistes, les infirmières et les gestionnaires. Des impacts positifs sur la qualité des services seraient associés à un environnement organisationnel favorable à l'ACQ et à un support adéquat de l'organisation en vue d'atteindre ce but. On observe un déficit de connaissances quant aux barrières et aux facilitateurs relatifs aux patients, ce qui semble résulter d'un manque de considération de ce groupe dans la plupart des études.

Apports de la communication : Cette synthèse des connaissances pourra informer les différents intervenants qui désirent maximiser leur chance de succès lors de l'implantation de programme d'ACQ dans les services de coloscopie en considérant les facteurs importants pour différents groupes d'utilisateurs afin de minimiser les difficultés inhérentes au changement et de maximiser les bénéfices attendus des programmes de dépistage du cancer colorectal. De plus, cette synthèse contribuera à une compréhension mutuelle des facteurs affectant l'implantation des programmes d'ACQ dans les services de coloscopie pour les différents groupes d'utilisateurs.

Formação e mudanças das prática profissionais na atenção primaria de saúde.

Magda Scherer, Marisa Pacini, Wania Carvalho, Maria da Glória Lima, Camila Oliveira, Izabela et Barberato, Luana Chaves, Brasil

A pesquisa teve por objetivo analisar as mudanças ocorridas nas práticas de profissionais que atuam na atenção primária de saúde - APS, impulsionadas pela formação em nível de pós-graduação.

A oferta de cursos de pós-graduação para capacitar profissionais de nível superior da APS se baseia nas discussões sobre a necessidade de mudanças no modelo assistencial e nas práticas de saúde. Os cursos têm sido subsidiados pelo Ministério da Saúde brasileiro desde meados da década de 1990, como estratégia para adequar o perfil dos profissionais, cuja formação ainda fortemente pautada no modelo biomédico de atenção a saúde, apresenta-se incoerente com o trabalho no Programa Saúde da Família, atualmente transformada em Estratégia Saúde da Família – ESF.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, realizado de março de 2011 a abril de 2013, com egressos de dois cursos de especialização em saúde da família e comunidade do Distrito Federal, Brasil. A população

inicial do estudo foram 130 médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. A coleta de dados foi em 5 etapas: análise documental, mapeamento dos egressos, questionário eletrônico, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal. Os resultados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e os dados qualitativos à análise temática de conteúdo. A pesquisa revelou que, para os participantes, os cursos impulsionaram mudanças na atuação profissional no plano individual e em menor escala no processo de trabalho da equipe. No plano individual, ressaltaram aumento de conhecimento teórico e técnico e maior domínio dos princípios da atenção primária para melhor atuação junto aos usuários, tendo como consequência o desenvolvimento da escuta qualificada e do vínculo com usuários e comunidade, a realização de planejamento na lógica do território, ampliação do cuidado e das ações educativas em saúde junto a comunidade, com ênfase na autonomia e participação dos usuários. Além disso, consideram que aumentou a flexibilidade para o trabalho em equipe, foram instituídas reuniões regulares, e que melhorou a comunicação, a cooperação, e o diálogo para tomada de decisão, no sentido de reorientar o fluxo de atenção à saúde. Os participantes consideram que a formação recebida contribuiu para o enfrentamento do trabalho parcelar e fragmentado ainda prevalente nas ações dos profissionais que atuam na ESF e serviços hospitalares. Por outro lado, ressaltaram que os cursos por si só não asseguram mudanças que possam impactar significativamente o modelo de atenção à saúde, tendo em vista os constrangimentos do meio. Estes estão relacionados a problemas na gestão, fragilidades na rede de atenção, baixa cobertura de equipes da ESF diante de grande demanda da população, bem como a lacunas na formação, dificultando a capacidade dos profissionais de efetuar mudanças, que muitas vezes se expressa na resistência ao novo.

SESSION 29 – Salle 4

Thème : Coordination de structures sanitaires

As Práticas em Saúde Pública no Brasil (Niterói-RJ): o TERRITÓRIO e suas possibilidades.

Ernesto Faria Neto, Carlos Dimas Martins Ribeiro et Aluisio Gomes Silva Junior, Brasil

Resumo

O presente estudo analisa as relações do território e as práticas em saúde na atenção primária, aprofundando o conceito de Milton Santos. Assim, discute as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no Programa Médico de Família(PMF), nas seguintes dimensões: Clínica, Promoção em Saúde, atividade Gerencial, na comunidade do Preventório(Niterói-RJ). Neste estudo de caso, abordamos o histórico da cidade/bairro e o Sistema Único de Saúde, assinalando o uso “limitado” do território, em uma prática meramente administrativa.

Résumé

La présente étude analyse des relations de territoire et les pratiques dans la Santé en attention primaire en approfondant le concept de Milton Santos. Comme ça, on discute les pratiques d'attention à la Santé développées au Programme Médicin Traitant (PMF en Portugais) dans les suivantes dimensions : clinique, promotion en Santé et activité de gestion dans la Communauté Préventive de Niterói, une ville de l'état de Rio de Janeiro - Brésil. Dans cette étude de cas nous abordons l'historique de ville/quartier et le Système Unique de Santé en détachant l'usage limité de territoire dans une pratique simplement administrative.

Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées.

Léo-Roch Poirier, Sarah Descôteaux, André Tourigny, Maude Chapados et Jean-Frédéric Levesque, Québec et Austrália

Objectifs : Identifier les facteurs facilitant ou entravant la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie au Québec

Contexte : Depuis 2002, la mise en place de réseaux de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPA) est une priorité ministérielle au Québec. Le modèle retenu en est un de coordination et est adapté du projet PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie). En 2011, on estimait le degré d'implantation des RSIPA à 50 %. Or, les impacts de ce modèle ne sont patents que lorsque le degré de mise en œuvre dépasse 70 %.

Approche : La complexité de l'objet de la revue ainsi que l'importance du contexte et des conditions de mise en œuvre qui lui sont associés justifient le recours à une approche réaliste. Comparativement aux revues systématiques de type *Cochrane*, une revue réaliste ne cherche pas à porter un jugement sur l'efficacité d'un programme ou d'une intervention et sur l'ampleur des effets produits, mais plutôt à identifier les conditions permettant d'expliquer comment des programmes complexes produisent ou non des résultats compte tenu des caractéristiques des contextes ou des milieux spécifiques.

En misant sur l'analyse de l'intervention des acteurs dans la mise en œuvre de diverses formes d'intégration des services, en particulier les RSIPA, l'approche réaliste jettera de la lumière sur leurs choix et leurs raisonnements susceptibles d'expliquer la réussite ou l'échec de ces stratégies d'optimisation des services de santé à la réalité du vieillissement. Cette analyse de l'intervention des acteurs sera faite tant aux niveaux individuel (ex. : style de leadership), interpersonnel (ex. : soutien administratif), institutionnel (ex. : culture organisationnelle) qu'au niveau plus général de l'infrastructure (ex. : soutien politique et financier).

Méthode : La synthèse accélérée des connaissances s'est déroulée sur une période de six mois. Outre une recension des écrits scientifiques et autres documents pertinents, nous avons réalisés des études de cas portant sur six réseaux locaux de services. Les cas ont été sélectionnés en fonction du degré de variation de divers critères : taille de la population desservie, caractéristiques géographiques (territoires urbains, semi-urbains, ruraux), degré d'implantation des RSIPA... De plus, nous avons réalisé des entrevues auprès de six experts internationaux (entretiens téléphoniques semi-structurés d'une durée d'une heure). Enfin, dans le cadre d'un forum délibératif, les résultats préliminaires ont été soumis à la discussion auprès d'une vingtaine de participants représentant différents types d'acteurs concernés par le sujet.

Résultats et apports : Au terme de cet exercice, nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse aux grandes questions suivantes :

- Comment concilier lecture locale des besoins et standardisation souhaitée dans l'offre de services ?
- Comment favoriser la compréhension et l'adhésion à l'innovation proposée ?
- Quelle forme devrait prendre la gestion de cas ?
- Comment généraliser l'utilisation de plans de services individualisés et de plans d'intervention interdisciplinaires ?
- Quel devrait être le rôle des agents locaux de changements ?

Implementação da atenção especializada em saúde bucal no âmbito municipal, Bahia, Brasil.

Thais Aranha Rossi et Sônia Cristina Lima Chaves, Brasil

Contexto e descrição do problema: A entrada da saúde bucal na agenda de prioridades do governo federal no Brasil obteve sua efetivação quase duas décadas após a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (ambos de 1986). Entretanto, estudos apontam histórica secundarização das políticas de saúde bucal pelos governos nacionais. Em 2004, a publicação do documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal" – PNSB aponta certa importância concedida ao tema, sendo considerada uma das prioridades do governo naquele período. Esta Política preconiza a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO como estratégia principal na oferta de atenção especializada no serviço público. Destaca-se a ausência de estudos sobre a implementação da atenção secundária em saúde bucal em uma perspectiva política e de gestão. Nesse sentido, esta investigação justifica-se pela importância e originalidade de estudos que analisem as características de governo local e os resultados dos investimentos realizados na implementação dos CEOs no nível municipal, bem como sua relação com o desempenho dos serviços de saúde bucal.

Objetivo: Analisar a implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no estado da Bahia, Brasil.

Método: Desenvolveu-se abordagem qualitativa. Os procedimentos para produção dos dados foram análise documental, observação participante e entrevistas semi-estruturadas com 24 informantes-chave. Os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo temática, tendo sido pautada teoricamente pelo postulado de coerência de Mário Testa e triângulo de governo proposto por Carlos Matus. O triângulo de governo propõe a relação entre três variáveis, vértices de um triângulo: o projeto de governo, a capacidade de governo e governabilidade. No postulado de coerência, há uma relação necessária entre o propósito de governo, o método para alcançá-lo e a organização, dentre outras variáveis.

Resultados: Nos dois municípios estudados, o governo local desempenhou papel fundamental na implementação de uma política de saúde. O trabalho evidenciou uma baixa capacidade para formular, implementar e avaliar políticas municipais de saúde. Observou-se que a existência de projeto de implementação em consonância com as diretrizes do governo local, propósito de crescimento, alta capacidade de governo e métodos coerentes, além de uma organização favorável à implementação do projeto foram características da gestão na qual se constatou implementação exitosa. As primeiras etapas do ciclo da política pública no nível local, entrada na agenda e formulação, mostraram relevância para o êxito ou não da implementação. A grande rotatividade de gestores municipais, composição limitada da equipe de governo, sobrecarga de atividades, contexto político local com baixa governabilidade foram aspectos críticos para a implementação de uma política de saúde. A construção do processo decisório esteve relacionado ao êxito na implementação do serviço.

Conclusão: A presente investigação apontou o protagonismo do governo local para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal, como a Política Nacional de Saúde Bucal. O propósito/projeto de governo e a capacidade de governo parecem ter sido as categorias mais relevantes que explicaram as principais diferenças no

momento da implementação da política nacional no nível local. Portanto, aponta que o maior desafio para os Sistemas de Saúde é político. Estudos que incorporem categorias analíticas das relações de poder local são recomendados.

Caractéristiques sociales et cliniques des patients transférés du service des urgences d'un Centre Hospitalo-Universitaire.

Alain Tran, Saïd Laribi, Pénélope Troude, Fabien Martinez, Bertrand Galichon, Christophe Segouin et Patrick Plaisance, France

Contexte: Le transfert de patients d'un établissement hospitalier à un autre est un problème pour les services d'urgence car c'est une situation de fragilité et d'inconfort pour les patients en plus d'être un problème financier (perte potentielle de recette pour des établissements financés à l'activité). Lariboisière est un hôpital universitaire situé à Paris. Il fait partie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le réseau régional des hôpitaux publics universitaires de la région parisienne. Les urgences de Lariboisière sont l'un des plus grands services d'urgences de Paris avec près de 72,000 passages en 2011, ce qui correspond approximativement à 190 passages par jour.

Objectif : Décrire les caractéristiques des patients transférés (hospitalisés dans un autre hôpital que Lariboisière) et les raisons de ces transferts.

Méthode: Tous les patients de plus de quinze ans consultant aux urgences en décembre 2012 et en janvier 2013 qui avaient besoin d'une hospitalisation ont été inclus dans l'étude. Les patients nécessitant une prise en charge spécialisée telle que les urgences céphalées, ORL ou gynécologiques sont vues dans une unité distincte et n'ont donc pas été inclus dans l'étude.

Le recueil de données a été réalisé par auto-questionnaire rempli par les urgentistes. Il comprenait les informations suivantes : l'identification du patient, la date de naissance, le diagnostic médical, l'hospitalisation en service d'hospitalisation de courte durée, le champ de prise en charge, les caractéristiques sociales, la possibilité d'hospitalisation dans l'hôpital, et en cas de transfert: la date, la destination et le motif de transfert.

Résultats: Parmi les 1371 patients éligibles, un questionnaire a été rempli pour 1125 patients (taux d'exhaustivité = 82 %). Parmi ces 1125 patients, 30% ont été transférés vers un autre hôpital. Les patients ayant des pathologies psychiatriques étaient plus souvent transférés que ceux ayant des pathologies médicales ou chirurgicales, respectivement 83 % et 23 %. En effet, la majorité des patients relevant de psychiatrie sont transférés en raison dans l'organisation géographique française des soins psychiatriques. Parmi les 979 patients ne relevant pas de psychiatrie, il n'existait pas de différence significative dans la proportion de transfert selon le jour ou la semaine de transfert. Néanmoins, la proportion de transfert varie de 17 % à 27 % selon la semaine de l'année. La plus forte proportion de transfert a été observée durant la semaine précédant les vacances scolaires.

L'analyse descriptive a été limitée aux 218 patients transférés et relevant de médecine ou de chirurgie. La moitié des patients transférés avaient plus de 74 ans. Il y avait autant d'hommes que de femmes. En ce qui concerne les caractéristiques sociales, au moins 15 % des patients étaient en situation de handicap social (pas de couverture sociale, sans domicile fixe, patient alité, faible niveau de français). Deux tiers des patients avaient séjournés dans le service d'hospitalisation de courte durée. Un tiers des patients avait une pathologie chirurgicale. En ce qui concerne le diagnostic, 25 % des patients avait des maladies respiratoires, 18 % avait des pathologies de chirurgie vasculaire, 18% avait des pathologies orthopédiques et 11 % des pathologies urologiques.

Le principal motif de transfert était le manque de place (64%), suivi par l'absence de spécialité (22%). En ce qui concerne la destination du transfert, 70% des patients était transférés vers des hôpitaux hors AP-HP. Ces transferts étaient principalement motivés par le manque de place.

Discussion/ Conclusion: Globalement, la proportion de transferts parmi l'ensemble des patients participants était de 30 % mais cette proportion n'était que de 23% après exclusion des patients relevant de psychiatrie. Hors psychiatrie, la moitié des patients transférés avaient plus de 75 ans. Au moins 15% des patients transférés avait un problème social pouvant compliquer la prise en charge ou allonger la durée de séjour.

Comme attendu dans un hôpital universitaire avec la plupart des spécialités disponibles, le principal motif de transfert était le manque de place (64%). La proportion de transferts la plus élevée correspondait à une période de fermeture progressive des lits une semaine avant le début des vacances scolaires. Toutefois, le nombre de patients nécessitant une hospitalisation n'a pas diminué cette semaine ou pendant les vacances.

Le transfert de patients représente un problème pour le patient ainsi que pour l'hôpital chargé du transfert, il est donc important de réduire sa proportion autant que possible. Néanmoins, le principal motif de transfert déclaré est le manque de lits dans l'hôpital. Une information partagée sur la disponibilité des lits dans l'hôpital pourrait permettre de diminuer le nombre de transferts (état des lieux en temps réel au niveau de l'AP-HP, connaissance des sorties à venir). C'est une des raisons pour lesquelles le Ministère de la santé a décidé de mettre en place un bed manager dans les hôpitaux.

Thème : Prises en charge de pathologies spécifiques 4 : cancer, VIH

Câncer de próstata: dificuldades vivenciadas pelos familiares e contribuições dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente.

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia, Maria Graciete de Brito Cotrim; Sheila Cerqueira Damasceno; Zannete Conceição do Nascimento Souza et Eujcely Cordeiro Santiago, Brasil

Introdução: O câncer da próstata surge quando, por razões desconhecidas pela ciência, as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de um tumor. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. Uma grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a dar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem (GUELER, 2002). Conviver com a possibilidade do câncer no lar vem tornando-se uma realidade na vida de muitas pessoas. E esta descoberta em um membro da família pode trazer grandes mudanças no cotidiano familiar.

Objetivo: Conhecer as dificuldades vivenciadas pelos familiares e as contribuições dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente com câncer de próstata internados em um hospital público.

Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, utilizando como campo de investigação um Hospital Geral do Estado da Bahia, Brasil. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (06 pessoas – familiares dos pacientes com câncer de próstata que se encontravam internado). As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2007).

Resultado e Discussão: Os resultados foram categorizados em três aspectos: **Dificuldades vivenciadas por familiares de paciente com câncer de próstata**, a família quando passa por este momento de dificuldade experimenta uma vasta gama de emoções, dentre elas: depressão, medo, ansiedade. A perturbação no equilíbrio familiar ocorre porque os acompanhantes passam pelos mesmos estágios que o doente, sendo estes mais graves e sérios tanto quanto maior for o vínculo familiar, e quanto mais relevante for o papel do paciente dentro da família. **Estratégias de enfrentamento dos familiares diante da nova situação**, os acompanhantes relatam à importância da fé e da religiosidade no momento em que devem enfrentar o problema. Foi observado nos depoimentos que os familiares trazem em si uma crença divina de que Deus está olhando por todos. E é isto que caracteriza a esperança que eles apresentam diante da possibilidade de cura ou de superação do sofrimento; **Identificação do cuidado recebido pelos familiares**, para os familiares, o cuidado se manifesta por meio da linguagem, pois os mesmos exprimem o desejo de compreender sua situação pelo diálogo, bem como compartilhar seu pensar com as outras pessoas, por isso é importante que o profissional de saúde saiba falar e escutar, pois tais ações surgem como forma de cuidar. Estes familiares precisam ser ouvidos e respeitados em suas opiniões e observações, é preciso ser compreendidos em sua totalidade.

Considerações finais: conclui-se que a família se vê fragilizada, sem condições de dar conta sozinha dos cuidados com o ente querido enfermo, valorizando o trabalho da equipe de saúde. A relação entre a família e os profissionais, envolve apoio e confiança, tanto na realização dos procedimentos técnicos como numa atenção diferenciada, através do cuidado e da conversa. A equipe de saúde deve atuar não só na assistência aos cuidados físicos com o paciente, é preciso fornecer apoio emocional tanto ao paciente quanto aos familiares.

De la detección al diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad. Itinerarios de atención de mujeres con cáncer mamario afiliadas al Seguro Popular en San Luis Potosí México.

Luz María Tejada Tayabas et Liseth Amell Salcedo, México

Contexto y descripción del problema.

El Cáncer de mama (CaMama) en México es la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres y la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años. En el año 2008 murieron 4,818 mujeres, lo cual implica un fallecimiento cada dos horas. Este padecimiento constituye una prioridad en salud por su elevada tasa de mortalidad, por el impacto físico, emocional, social y económico que tiene sobre las mujeres que lo padecen y sus familias. La investigación biomédica ha producido nuevas opciones terapéuticas que permiten asegurar con una detección y tratamiento oportunos la sobrevivencia de las mujeres. No obstante, el tratamiento efectivo tiene un costo elevado y representa un desafío para el sistema de salud, principalmente porque más del 48% de los casos se diagnostican en etapa tardía y el costo promedio aproximado por año/paciente es de 15,941.00 dólares.

En el año 2004 se estableció en México, el Seguro Popular de salud (SP) cuyo objetivo principal es reducir los gastos catastróficos asociados a la atención a la salud. En el 2007 se incorpora a este esquema de financiamiento, la atención a mujeres con CaMama para solventar los gastos de su atención.

A la fecha, no hay estudios que valoren los beneficios y limitantes del apoyo otorgado, o bien, que evalúen la atención que otorgan los centros proveedores de servicios a las mujeres con este padecimiento. Menos aún se ha considerado la perspectiva, experiencias y prácticas de las mujeres con este diagnóstico respecto a las rutas y procesos que siguen para recibir la atención correspondiente como beneficiarias del SP. Los itinerarios de atención en este estudio se refieren a las

travesías de las mujeres en busca de diagnóstico, tratamiento y resolución a sus necesidades dentro del sistema de atención médica institucionalizada, Analizar las rutas que recorren las mujeres con CaMama para recibir atención evidencia algunas fortalezas y debilidades del programa para la atención del CaMama en su operatividad en una ciudad del Centro de México.

Objetivo: Este trabajo describe los itinerarios de atención medicalizada que siguen las mujeres con cáncer mamario afiliadas al SP para acceder y recibir el diagnóstico, tratamiento y asistencia continua a su padecimiento, así como para obtener los beneficios del sistema de protección financiera denominado SP.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una evaluación cualitativa con enfoque etnográfico. Considerándose como informantes a las mujeres registradas en la lista de apoyo del grupo RETO (Recuperación Total), organización no gubernamental para apoyo a mujeres con CaMama. Se incluyeron en esta fase del estudio nueve mujeres con diagnóstico de CaMama seleccionadas mediante muestreo intencional considerando como criterio su participación voluntaria en el estudio y que hubiesen sido diagnosticadas en un periodo no mayor a un año, con diagnóstico inicial o con recurrencia del Cáncer.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, dos en promedio por participante. La entrevista inicial se realizó en el Hospital y las subsecuentes en sus hogares o en las oficinas de Grupo Reto. También se empleó la observación no participante a fin de tener en cuenta el contexto en que se otorga la atención como de los hogares de las mujeres. A las participantes en el estudio les fue aplicado un cuestionario para obtener datos sociodemográficos. Se efectuó Análisis de Contenido Estructurado con apoyo del programa informático Atlas ti 6.2.

Resultados : Las mujeres participantes fueron nueve, seis de la capital del estado y tres foráneas, sus edades oscilan entre 34 y 59 años. La mayoría tienen entre tres y cuatro hijos. Todas las participantes cuentan con la educación básica completa y dos de ellas con preparación técnica-profesional, sólo una de las participantes trabaja fuera del hogar y otra es pensionada, el resto se dedican al hogar.

En los itinerarios referidos por las mujeres se incluyen los recorridos por las instancias de atención en diferentes niveles, desde el diagnóstico hasta el tratamiento médico quirúrgico y la rehabilitación, considerando los tiempos que les ha implicado el recorrido y el cumplimiento de metas en cada fase de atención así como algunas barreras enfrentadas, las comunicaciones, desencuentros y vicisitudes afrontadas en sus recorridos. Involucran también los trámites y procedimientos que deben cumplir en diferentes instancias para recibir apoyo económico por parte del SP y otras organizaciones no gubernamentales.

En la narrativa de las mujeres se pueden identificar varios itinerarios: el primero comprende la identificación del primer signo de alarma y la primera visita al médico en busca del diagnóstico. El segundo va desde la visita inicial al médico y la realización de pruebas diagnósticas hasta la confirmación del diagnóstico. El tercer itinerario involucra el conjunto de trámites para afiliarse al seguro popular y obtener sus beneficios en cada fase del tratamiento, a la par de la búsqueda de apoyo por parte de otros organismos no gubernamentales. El cuarto itinerario incluye las acciones y procedimientos que comprenden el tratamiento oncológico (quimioterapia, cirugía y radioterapia), sus fases metas y resultados. El quinto itinerario es el comprendido entre el inicio del control post-tratamiento y el diagnóstico de una recurrencia o metástasis para iniciar nuevamente el ciclo de búsqueda de atención.

Al considerar el acceso de las participantes en el estudio a los servicios de salud en el momento del diagnóstico se identificaron tres grupos: a) las que contaban con seguridad social, b) las que demandaban los servicios públicos de salud y c) aquellas que acudían a los servicios privados. No obstante se identifica una combinación en el uso de los diferentes tipos de servicios de salud para obtener el diagnóstico, posterior a ello, todas las mujeres se afiliaron al SP para recibir sus beneficios para el tratamiento. Las razones de tal decisión son diversas, tales como la insatisfacción con algún tipo de atención, los costos, o el antecedente de malos resultados en su diagnóstico y tratamiento inicial. Las mujeres narran el uso de diversos tipos de servicios, los largos tiempos de espera y las dificultades para el acceso a la atención, principalmente en la fase de diagnóstico e inicio de tratamiento. Se destaca una rapidez y efectividad en el tratamiento en el segundo nivel de atención, principalmente cuando las mujeres se encuentran en una etapa tardía del cáncer, presentan metástasis o recurrencia de la enfermedad. No está de más señalar que las rutas que recorren estas mujeres se acompañan de la incertidumbre, tristeza, preocupación y sufrimiento que conlleva un diagnóstico por cáncer.

Con los hallazgos de este estudio se evidencian algunas fortalezas del programa de atención a mujeres con CaMama pero principalmente sus debilidades para la detección y el tratamiento oportunos a estas mujeres.

Temas a discutir: ¿Las vías de acceso a los diferentes tipos de servicios de salud son una fortaleza o una debilidad en la atención a mujeres con CaMama?

¿Cuáles son las posibilidades de sustentabilidad de la estrategia de financiamiento del SP a la atención de la enfermedad, si parece soslayar las acciones de prevención y de atención primaria a la salud, privilegiando la atención curativa y la rehabilitación?

¿El financiamiento del tratamiento a mujeres con cáncer mamario garantiza la accesibilidad a los servicios de salud y su disponibilidad para una sobrevivida de estas mujeres con una elevada calidad de vida? ¿Cuál ha sido el éxito del SP en la atención a éste grupo poblacional?

Barreiras para o diagnóstico, tratamento e cronificação de lesão precursora do câncer do colo no Brasil: Quais são e como enfrenta-las? Revisão Sistemática.

Adenilda Lopes Martins, Carlito Nascimento Sobrinho, Rosely Cabral Carvalho, Colbert Martins da Silva Filho et Kelma Larissa de Oliveira Silva, Brasil

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero é o sexto tipo de câncer mais freqüente na população em geral e o segundo mais comum entre mulheres. No Brasil, estimam-se 20 mil casos novos de câncer de colo de útero ao ano, uma incidência estimada em 20/100 mil. Os estudos de prevalência publicados no Brasil, em sua maioria, analisam dados de mulheres que procuraram serviços de saúde para rastreamento ou tratamento. Muitos apresentam dados exclusivamente de mulheres com resultados de exames citopatológicos alterados. **Métodos:** Revisão sistemática de estudos sobre câncer do colo em mulheres brasileiras. **Resultados:** Estudos realizados nos estados da região Sudeste foram a maioria, seguidos pelas regiões Sul e Nordeste, e a região Norte, com o menor número de estudos. Desigualdades no acesso ao rastreamento, tardio diagnóstico e dificuldades para terapia em algumas regiões, contribuem para a sua cronificação e invasão tecidual. Neste contexto as lesões precursoras do câncer do colo (NICs) no Brasil, passaram a serem consideradas como doença crônica, demandando políticas públicas para o seu tratamento, assistência e prevenção.

RESUMEN

Introducción: El cáncer cervical es el sexto más común tipo de cáncer en la población general y el segundo más común entre las mujeres. En Brasil, un estimado 20.000 nuevos casos de cáncer cervical del útero, una incidencia de alrededor de 20/100 mil. Estudios de prevalencia publicados en Brasil, sobre todo, analizan los datos de las mujeres que buscaban los servicios de salud para el seguimiento o tratamiento. Muchos exclusivamente con datos de mujeres con resultados frotis cambiados. **Métodos:** Revisión sistemática de estudios sobre el cáncer cervical en las mujeres del Brasil. **Resultados:** Estudios realizados en los Estados del sureste fueron mayoría, seguidos por las regiones sur y noreste, y la región norte, con un menor número de estudios. Las desigualdades en el acceso a las dificultades de seguimiento, diagnósticos y terapéuticas en algunas regiones, contribuir a su de invasión del tejido y la cronificación. En este contexto las lesiones precursoras del cáncer cervical (NIC) en Brasil, llegó a ser considerado como enfermedad crónica, exigiendo políticas públicas para su tratamiento, la atención y la prevención.

Voces positivas: resultados del índice de estigma en personas que viven con VUH en Colômbia.

Bernardo Castiblanco Torres, Juan Simbaqueba, Clara Pantoja et Carolina Avila, Colombia

RESUMEN

El estigma relacionado con la infección por VIH es reconocido ampliamente como uno de los principales obstáculos en prevención y cuestiones relacionadas con la atención integral de las Personas que Viven con VIH - Sida (PVVS). El objetivo de este estudio fue determinar y documentar las formas en las que las PVVS experimentan el estigma y la discriminación en sus contextos cotidianos. Como metodología se realizó un estudio descriptivo para evidenciar las frecuencias y las características más importantes de la situación de Estigma en la población. Se realizó un muestreo intencional por bola de nieve, se analizaron los resultados a partir de las categorías para la construcción del índice internacional elaborado por ONUSIDA y se realizó un análisis cualitativo – cuantitativo. Los resultados se concentraron en tres áreas, *el ámbito personal y familiar, el ámbito social y comunitario*, y finalmente *el ámbito estatal*. Los resultados que se describieron a lo largo de esta investigación, permiten tener una mirada global de lo que está ocurriendo a diferentes niveles en los cuales se desenvuelven los participantes, que van desde espacios singulares (como se ven a sí mismos/as, cuáles son sus principales miedos y temores) y particulares (relaciones con su familia, comunidad y ámbito laboral) hasta estructurales como el funcionamiento del Estado en los ámbitos de salud, educación, trabajo, vivienda y políticas entre otros, así como lo que está ocurriendo con la organización y movilización ciudadana en torno al tema de VIH en el país.

RÉSUMÉ

La stigmatisation associée au VIH est largement considéré comme l'un des principaux obstacles à la prévention et des questions de soins complets personnes vivant avec le VIH - SIDA (PVVIH). Le but de cette étude était de déterminer et de documenter la façon dont les PVVIH expérience stigmatisation et la discrimination dans leurs contextes quotidiens. Comme méthodologie étude descriptive a été réalisée pour démontrer la fréquence et les caractéristiques de la situation plus importante stigmatisation de la population. L'échantillonnage raisonné a été menée par boule de neige, nous avons analysé les résultats des catégories pour la construction de l'indice international élaboré par l'ONUSIDA et effectué une analyse qualitative - quantitative. résultats ont porté sur trois domaines, la sphère personnelle et familiale, la sphère sociale et communautaire, et enfin la sphère de l'Etat. Les résultats décrits tout au long de cette recherche, a permis d'avoir une vision globale de ce qui se passe à différents niveaux dans lequel ils se développent les participants, allant des espaces singuliers (comme ils cherchent à se / as, ce qui leurs principales craintes et inquiétudes) et des particuliers (relations avec la famille, la communauté et lieu de travail) à structure et le fonctionnement de l'État dans les domaines de la santé, l'éducation,

l'emploi, le logement et les politiques, entre autres, ainsi que ce qui se passe avec l'organisation et de mobilisation autour de la question du VIH dans le pays.

Samedi, 31 août

Horaire : 09:00 – 10 :30

Session spéciale 3 – Salle 1

Thème : Cinq ans de tarification à l'activité, ça suffit 1 (1^{ère} partie)

Atelier organisé par: Bernard Odier, Policlinique de l'ASM, Paris

Les effets déstructurants de la T2a. Quelques pistes pour en sortir.

André Grimaldi, France

Les dés pipés de la concurrence clinique privée/hôpital public.

Bernard Granger, France

Comment la T2a liquiderait la psychiatrie de secteur.

Bernard Odier, France

La T2a, les stratégies d'établissements, et la segmentation des filières en Soins de Suite et de Réadaptation.

Jean-Claude Devailly, France

SESSION 31 – Salle 2

Thème : Utilização da evidência nas políticas de recursos humanos da saúde

Session organisé par : Isabel Craveiro et Gilles Dussault, Portugal

Evidências para a gestão de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro.

Celia Regina Pierantoni¹, Tania França, Carinne Magnago, Swheelen de Paula Vieira, Dayane Nunes Nascimento, Rômulo Gonçalves de Miranda, Portugal

RESUMO

Objetivou-se avaliar a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde do Brasil. Estudo avaliativo de natureza quantitativa e qualitativa. Observaram-se avanços para as ações de garantia de seguridade social comparadas às políticas de planos de cargos, carreira e salários e mesas de negociação coletiva. Não se constatou avanço em relação à autonomia financeira e orçamentária da gestão de recursos humanos em saúde.

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el alcance de las políticas sectoriales de gestión del trabajo y de educación en salud en las secretarías estatales y municipales de salud en Brasil. Estudio evaluativo de carácter cuantitativo y cualitativo. Avances fueron observados en las acciones de garantía de seguridad social frente a las políticas de los planes de cargos, carreras y salarios y mesas de negociación colectiva. No hubo mejora en la autonomía financiera y presupuestaria de la gestión de los recursos humanos en salud.

Utilização da evidência nas políticas: revisão conceitual de seus determinantes

Ana Paula Cavalcante de Oliveira¹; Gilles Dussault; Mario Roberto Dal Poz, Portugal

RESUMO

A não utilização de evidência na formulação de política de recursos humanos em saúde pode contribuir ao desequilíbrio na composição, distribuição e utilização da força de trabalho o que leva a consequências como o comprometimento do acesso aos cuidados de saúde. Foi realizada uma revisão da literatura com objetivo de analisar os determinantes da formulação de políticas em saúde informadas por evidências. Entre os determinantes, encontram-se os pontos de vista da problemática,

características do estudo (linguagem, qualidade), percepção do tempo, atitudes em relação a produção e utilização da evidência, interação entre os pesquisadores e o formuladores, entre outros.

RESUMEN

La no utilización de la evidencia en la formulación de políticas de recursos humanos en salud puede contribuir al desequilibrio en la composición, distribución y uso del personal o que conduce a consecuencias como problemas de acceso a servicios de salud. Se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de analizar los determinantes de la formulación de políticas de salud informada por la evidencia. Entre los determinantes son el punto de vista del problema, características del estudio (lenguaje, calidad), percepción del tiempo, actitudes hacia la producción y el uso de la evidencia, interacción entre los investigadores y los formuladores, políticos, entre otros.

Utilização de conhecimento sobre desigualdades em saúde na formulação de políticas de RHS – o exemplo de Portugal e Brasil.

Isabel Craveiro¹; Virginia Alonso Hortale; Ana Paula Cavalcante de Oliveira; Gilles Dussault, Portugal

RESUMO

O nosso principal objectivo foi analisar a evolução da produção de conhecimento sobre desigualdades em saúde e investigar a relação entre o conhecimento produzido e a sua utilização na formulação de políticas de formação de médicos, enfermeiros e dentistas e no estabelecimento de estratégias e prioridades de acção em Portugal e no Brasil, numa área considerada prioritária. Analisando comparativamente a realidade portuguesa com a evolução verificada no Brasil. A Revisão Sistemática da Literatura foi efectuada por três examinadores independentes. Foram incluídos 53 documentos num total de 1652 referências. A nossa revisão identificou que, por um lado, apesar do aumento da produção científica no período estudado, ainda existem muitas lacunas. E, por outro, o processo de produção de conhecimento e a sua relação com a tomada de decisão ainda são processos separados em ambos os países.

RESUMEN

Nuestro principal objetivo ha sido analizar la evolución de la producción de conocimiento sobre las desigualdades en salud e investigar la relación entre el conocimiento producido y su uso en la formación de médicos, enfermeras y dentistas y el establecimiento de las estrategias y las prioridades de actuación en Portugal y Brasil, un área considerada una prioridad. A través de un análisis comparativo de la realidad portuguesa con la evolución de Brasil. Una revisión sistemática de la literatura fue realizada por tres observadores independientes. Se incluyeron un total de 53 documentos de 1.652 referencias. Esta revisión identificó que, por una parte, a pesar del aumento de la producción científica en el periodo estudiado, todavía hay muchas lagunas. Y, en segundo lugar, el proceso de producción de conocimiento y su relación con la toma de decisiones siguen siendo procesos separados en ambos países.

SESSION 32 – Salle 3

Thème : Maladies chroniques : Soins coordonnés entre structures sanitaires 2

Acceso a un programa de condiciones crónicas en un Hospital del sector público: enfoque territorial e intersubjetivo.

Diana Camargo, Letty Quintero; Cindy Palacios, Colombia

Los esfuerzos del gobierno para cumplir con las estrategias planteadas por la política pública para el envejecimiento y la vejez en Bogotá, Colombia, que tiene como propósito fundamental “promocionar un envejecimiento activo y transformar las condiciones de dependencia de las personas mayores para una vejez con dignidad en el Distrito Capital”, ha presentado dificultades en el acceso a de los programas que se ofrecen en las instituciones prestadores de servicios, lo que no ha permitido que se logre el objetivo principal de esta política el cual es, brindar una mejor calidad de vida a los adultos mayores y disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles que además de ser patologías de alto costo, puedan generar situaciones de discapacidad a quienes las presentan. Es importante tener en cuenta que cuando se habla de acceso nos referimos a los factores que influyen en la utilización efectiva de servicios de salud y a las características de la entrada y el uso de las mismas (SDS, 2012).

RESUMEN

Los esfuerzos del gobierno para cumplir con las estrategias planteadas por la política pública para el envejecimiento y la vejez en Bogotá, Colombia, que tiene como propósito fundamental “promocionar un envejecimiento activo y transformar las condiciones de dependencia de las personas mayores para una vejez con dignidad en el Distrito Capital”, ha presentado

dificultades en el acceso a de los programas que se ofrecen en las instituciones prestadores de servicios. **OBJETIVO:** Identificar las condiciones de acceso que tienen los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles a los programas de promoción y prevención, de un Hospital de la red pública en Bogotá. **METODOLOGIA:** Es un estudio mixto, descriptivo de corte transversal que utilizó instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos. Población Objeto: Personas Mayores con condiciones crónicas registradas en el sistema de Información de un hospital de la red pública. Muestra y Muestreo: Considerando que se contó con una población de aproximadamente 3356 personas mayores con condiciones crónicas, se determinó la selección de una muestra representativa que corresponde a 155, con un intervalo de confianza del 95% y un error admisible de 0,05. **RESULTADOS:** Se evidenció dificultades en el proceso de seguimiento de los usuarios debido a que el sistema de información se encuentra desactualizado y los campos de registro no son diligenciados adecuadamente; Igualmente los pacientes no son remitidos a los talleres de promoción y prevención, por desconocimiento de los profesionales, lo cual genera inasistencia y poca adherencia. El protocolo de ingreso al programa no es claro, por lo que no todos los usuarios conocen los procedimientos. Por otro lado acciones desarrolladas desde salud pública, no están articuladas con la consulta al médico, lo cual afecta la integralidad y el manejo de las condiciones crónicas. **CONCLUSIONES:** El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la alta demanda de los servicios de salud generan un reto para los sistemas de salud, los cuales han comenzado a reorientar de los servicios, considerando primordiales las acciones promocionales y preventivas- Sin embargo los cambios dados en los sistemas como consecuencia de la necesidad de sistemas eficientes y auto sostenibles, así como por las condiciones socio-demográficas de las poblaciones, ha generado condiciones que afectan el acceso a los servicios.

RÉSUMÉ

Les efforts du gouvernement pour se conformer aux stratégies proposées pour la politique publique de vieillissement et la vieillesse à Bogota, en Colombie, dont l'objectif fondamental "pour promouvoir le vieillissement actif et de transformer les conditions de dépendance des personnes âgées à la vieillesse avec dignité District Capital ", a présenté des difficultés dans l'accès aux programmes offerts dans les fournisseurs de services des institutions. Pour identifier les conditions d'accès que les personnes âgées atteintes de maladies chroniques non transmissibles à la promotion de la santé et des programmes de prévention, d'un hôpital du réseau public à Bogota. Méthodologie: L'étude est mixte, instruments de collecte descriptives transversales ont utilisé des données qualitatives et quantitatives. Population cible: personnes âgées souffrant de maladies chroniques enregistrées dans le système d'information d'un hôpital du réseau public. Échantillon et échantillonnage: alors qu'il avait une population d'environ 3356 personnes âgées souffrant de maladies chroniques, nous avons déterminé la sélection d'un échantillon représentatif correspondant à 155, avec un intervalle de confiance de 95% et une erreur admissible de 0,05. **RÉSULTATS:** Nous avons montré des difficultés dans le processus de suivi des utilisateurs, car le système d'information n'est pas à jour et les champs d'enregistrement ne sont pas remplis correctement, les patients sont également appelés à la promotion et des ateliers de prévention, par manque de professionnels, ce qui engendre l'absentéisme et la mauvaise adhérence. Le protocole d'entrée du programme n'est pas claire, donc pas tous les utilisateurs connaissent les procédures. D'autre part développé des actions de santé publique ne sont pas coordonnées avec consultation médicale, ce qui affecte l'intégrité et de la gestion des maladies chroniques. **CONCLUSIONS:** L'augmentation des maladies chroniques non transmissibles et la forte demande pour les services de santé générer un défi pour les systèmes de santé, qui ont commencé à réorienter les services, en tenant compte des actions de prévention primaire et de promotion des changements »Pourtant, donnée dans les systèmes en raison de la nécessité de systèmes efficaces et auto-durable, ainsi que les caractéristiques socio-démographiques des populations, a créé des conditions qui affectent l'accès aux services.

Dimensões do Acesso e o Acolhimento aos usuários de um Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS na Bahia.

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Maria Angela Alves do Nascimento et Gesília Paiva Lopes, Brasil

O acesso aos serviços de saúde, especificamente aos Centros de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS, é um direito do cidadão garantido por lei. Assim, acesso e acolhimento são importantes para a resolubilidade da assistência prestada a esta população. Este estudo objetivou caracterizar o acolhimento e as formas de acesso (geográfico econômico e comunicacional) dos usuários de um Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS de um município baiano. Estudo qualitativo que empregou como técnica de coleta de dados entrevista semi-estruturada e observação sistemática com participação de usuários e trabalhadores. Os usuários apontaram dificuldades de acesso geográfico devido à localização da unidade, sendo o fator econômico limitante. O acolhimento foi considerado facilitador do acesso ao serviço, porém este apresentou capacidade limitada de adequação às especificidades dos usuários. Os achados apontam limitações na operacionalização do acesso universal; e reforça a necessidade de reflexão dos trabalhadores sobre o fazer saúde nesse micro espaço repleto de peculiaridades.

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde, especificamente aos Centros de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS, é um direito do cidadão garantido por lei. Assim, acesso e acolhimento são importantes para a resolubilidade da assistência prestada a

esta população. Este estudo objetivou caracterizar o acolhimento e as formas de acesso (geográfico econômico e comunicacional) dos usuários de um Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS de um município baiano. Estudo qualitativo que empregou como técnica de coleta de dados entrevista semi-estruturada e observação sistemática com participação de usuários e trabalhadores. Os usuários apontaram dificuldades de acesso geográfico devido à localização da unidade, sendo o fator econômico limitante. O acolhimento foi considerado facilitador do acesso ao serviço, porém este apresentou capacidade limitada de adequação às especificidades dos usuários. Os achados apontam limitações na operacionalização do acesso universal; e reforça a necessidade de reflexão dos trabalhadores sobre o fazer saúde nesse micro espaço repleto de peculiaridades.

RESUMEN

El acceso a los servicios de salud, específicamente a los Centros de Referencia Municipal en SIDA, es un derecho del ciudadano garantizado por ley. Así, acceso y acogimiento son importantes para la resolubilidad de la asistencia prestada a esta población. Este estudio objetivó caracterizar el acogimiento y las formas de acceso (geográfico económico y comunicacional) de los usuarios de un Centro de Referencia Municipal en SIDA / HIV de un municipio en Bahía. Estudio cualitativo que empleó como técnica de colecta de datos encuesta semiestructurada y observación sistemática con participación de usuarios y trabajadores. Los usuarios apuntaron dificultades de acceso geográfico debido a la localización de la unidad, siendo el factor económico limitante. El acogimiento fue considerado facilitador del acceso al servicio, sin embargo este presentó capacidad limitada de adecuación a las especificidades de los usuarios. Los encontrados apuntan limitaciones en la ejecución del acceso universal; y refuerza la necesidad de reflejo de los trabajadores sobre el hacer salud en ese micro espacio repleto de peculiaridades.

Necesidades y desafíos del cuidado coordinado hospital-hogar a los enfermos renales. La perspectiva de las enfermeras de una Unidad de hemodiálisis en San Luis Potosí México.

Luz María Tejada Tayabas, Karla Lizbeth Partida Ponce, Luis Eduardo Hernández Ibarra et Ma. Carmen Flores Gómez, México

En la actualidad la enfermedad renal (ER) constituye una de las principales causas de muerte en el mundo industrializado, afectando entre seis y 12% de la población, y su prevalencia aumenta cada año, aunque actualmente los tratamientos sustitutivos o de reemplazo de la función renal como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis (HD) han alcanzado notables progresos. Este último tratamiento implica procesos complejos de cuidado dentro del sistema de atención médica y en el hogar del enfermo. Las personas con ER en tratamiento de hemodiálisis (HD) se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, que determinan su estilo de vida Tanto la ER como el tratamiento con HD generan cambios en sus roles, pérdidas de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, modificaciones en su imagen corporal y alteraciones emocionales. El deterioro del enfermo ocurre rápidamente haciéndole dependiente, por lo que se ve sometido a cambios amenazadores, a efectos adversos del tratamiento, angustia, y una serie de procedimientos de atención que ameritan un cuidado exhaustivo tanto en el hospital como en el hogar del enfermo. Todo ello se suma al afrontamiento de la muerte inminente por considerar el tratamiento como paliativo.

El personal de enfermería juega un papel muy importante en la atención de las personas que son ingresadas en el hospital por este padecimiento, tiene un contacto más estrecho y continuo con el paciente, y recae sobre estos profesionales la mayor responsabilidad del cuidado de este, por la capacidad técnica especializada que se requiere para la terapia de HD, y por la necesidad de mantener una estrecha educación al paciente y su(s) cuidador (res) para el seguimiento continuo de la terapéutica en el hogar. La enfermera se constituye entonces en el eje que aglutina el conjunto de acciones que incluye la atención integral al enfermo renal en hemodiálisis.

Objetivo : Evaluar desde la perspectiva de las enfermeras la atención que se brinda a los enfermos renales en hemodiálisis en una institución de seguridad social y su vinculación con el cuidado continuo en el hogar.

Material y Métodos: Se llevó a cabo una evaluación cualitativa con enfoque etnográfico en la Unidad de Hemodialisis (UHD) de una clínica de la seguridad social en San Luis Potosí México, de octubre de 2012 a marzo de 2013. Para la recolecta de información se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal de enfermería que labora en la UHD. Participaron en el estudio siete enfermeras y dos enfermeros nueve de los 15 profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad en los tres diferentes turnos. Se realizó una entrevista por participante para lo cual se empleó una guía de preguntas, la cual se llevó a cabo dentro del hospital. También se empleó la observación no participante y se aplicó los participantes en el estudio un cuestionario para obtener datos personales y de las actividades que desempeñan. Se efectuó Análisis de Contenido Estructurado.

Resultados : Para las enfermeras de la unidad de hemodiálisis (UHD) la atención a los enfermos renales constituye un desafío por varias razones: a) por la complejidad de la enfermedad y la manera en que la asumen el enfermo y su familia. Las diversas afecciones físicas y emocionales y el deterioro paulatino del enfermo ameritan una atención integral y multidisciplinaria que no se ofrece en el sistema de atención médica; b) porque la responsabilidad de la atención a estos enfermos dentro del hospital recae sobre el personal de enfermería, otros profesionales (nefrólogo, médico internista

nutriólogo, químico, psicólogo, fisioterapeutas y personal de trabajo social) se involucran poco en el terapéutica continua de estos enfermos; c) por las alteraciones emocionales que presentan con frecuencia estos enfermos, lo que amerita brindarles un trato interpersonal que les apoye y les estimule a continuar con el tratamiento; d) estos enfermos requieren de un cuidado especial en el hogar a fin de que se garantice el apego a la terapéutica farmacológica y nutricional además del cuidado al acceso vascular entre otras acciones específicas de su cuidado.

Las enfermeras participantes de este estudio refieren algunas dificultades para otorgar sus cuidados dentro de la sala de hemodiálisis debido a la falta de cuidado de los enfermos en el hogar, el hecho de que los enfermos no sigan la dieta dificulta el procedimiento de HD, así mismo es común que los enfermos lleguen en malas condiciones de higiene e incluso con el acceso vascular para la conexión a la máquina de HD disfuncional (obstruido) y en ciertas ocasiones con signos de infección. Una buena cantidad de enfermos acuden al tratamiento solos, y resulta difícil que el personal de enfermería tenga contacto directo con los familiares.

Las experiencias que narra el personal de enfermería participante de este estudio muestran una falta de continuidad y seguimiento en el hogar de los cuidados que recibe el enfermo en el hospital. Las razones de esta falta de un cuidado coordinado en el hospital y el hogar del enfermo parecen asociarse a la falta de una estrategia sistemática que involucre a un equipo multidisciplinario para brindar atención integral al enfermo dentro del hospital considerando la participación activa de los familiares o cuidadores informales de estos enfermos. Las y los enfermeros (as) involucrados en este estudio expresan que no existe una estrategia para involucrar a los familiares en el cuidado del enfermo renal, solo se les brinda orientación general, se les compromete a trasladar al enfermo al hospital dos o tres veces a la semana para recibir sus sesiones de HD. No obstante resaltan la relevancia que tiene establecer un trabajo coordinado entre los profesionales de la salud y los (las) cuidadores (as) para mantener el apego al tratamiento del enfermo en el hogar y para brindar apoyo tanto a los enfermos como a sus familiares.

Temas a discutir: Alternativas para una atención integral al enfermo renal combinando la acciones en el hospital y el hogar.

Limitantes y barreras para la atención integral coordinada.

SESSION 33 – Salle 4

Thème : Politiques de santé 3 : coordination entre pays

El proceso de cuidado en la atención primaria de salud e interfaces con las políticas especiales: análisis de municipios de Bahía, Brasil.

Marluce Maria Araújo Assis, Washington Luiz Abreu de Jesus, Maria Ângela Alves do Nascimento et Erenilde Marques Cerqueira, Brasil

Introducción: El proceso de cuidado en la Atención Primaria en Salud (APS) busca la articulación entre las diferentes prácticas de equipo con los usuarios de los servicios, las familias y las comunidades para el Desarrollo de acciones de promoción, prevención, cura y rehabilitación. El proceso de cuidado es integral e integrador. Va para delante de la dimensión racional y asistencialista para valorizar prácticas relacionales y subjetivas. Presenta la capacidad de cambiar los vínculos con los usuarios y familias por medio del intercambio y de la reciprocidad de conocimientos, actitudes y prácticas que se presentan de modo dinámico y procesual para resolver los problemas de salud de la población. Las políticas especiales son las políticas de salud, diseñadas para resolver a determinados problemas de diferentes grupos sociales con diferentes enfermedades, tales como diabetes, hipertensión, o grupos tales como niños, jóvenes y otros.

Objetivo: discutir el proceso de cuidado en la APS y las interfaces con las políticas especiales en dos municipios de Bahía, Brasil.

Método: estudio cualitativo, teniendo como técnicas de recolección de datos, entrevistas semi-estructuradas y observación sistemática del proceso de cuidado. Los espacios empíricos de la investigación fueran 11 unidades de salud de la familia (USF) con equipos de salud completos, incluso con salud oral y que están funcionando desde hace más de un año en los dos municipios del estudio. Los sujetos del estudio fueran definidos por inclusión progresiva hasta la saturación, totalizando 102 entrevistados de tres grupos: trabajadores (49), usuarios (37) y dirigentes (16). La recolección de datos fue realizada en el período de junio a septiembre de 2012. Los aspectos éticos fueran determinados de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud para las investigaciones con seres humanos, teniendo sido aprobada por el Comité de Ética de la Investigación la Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahía, Brasil. Se analizaron los datos por medio del análisis de contenido temático.

Resultados y discusión: Las entrevistas revelan que APS tiene como locus de intervención la Estratégica de Salud de la Familia por medio de una práctica pautada por la lógica de las políticas especiales, que son definidas por el nivel central (Ministerio de la Salud Pública) y traducidas en acciones programáticas para determinados grupos sociales. Desde el punto de vista práctico, este modelo provee el establecimiento de recortes poblacionales normativos para las acciones, sin tener

en cuenta las características específicas de las poblaciones, de sus territorios y de las condiciones reales de la vida. Sin embargo, este modelo no es suficiente para provocar cambios sustanciales esperados, o responder a las preocupaciones de la población, a pesar de ofrecer respuestas rápidas a algunas enfermedades específicas que requieren servicios, en el régimen de queja y conducta, porque la atención se ve poco a poco y sin el establecimiento de vínculos entre las prácticas, tecnologías y niveles de servicios. En las observaciones, se evidencia que la organización del proceso de cuidado en la USF, tanto en relación con la consulta de enfermería como médico, se da a través de grupos específicos, tales como la planificación familiar, prenatal, hipertensión / diabetes, pediatría y grupos de adolescentes, con poca atención a la salud de los hombres. Superar la fragmentación pasa por la interdisciplinariedad que los equipos multidisciplinarios deben presentar. Sin embargo, este proceso ha estado ocurriendo tímidamente dentro de los equipos de salud. Por un lado, hay profesionales que interactúan de forma dinámica en un equipo, hay quienes se alienan en sus prácticas, lo que ha sido especialmente notable en el trabajo médico. Por lo tanto, el proceso de cuidado, que debe ser el centro de todas las actividades de salud, impone para que el acto de profesiones tecnológicas va más allá del núcleo de las intervenciones, sumándose a otros y que puedan establecer porosidades entre los profesionales y los usuarios, lo que permite pisar otras áreas del conocimiento y práctica, que operan a través de tecnologías relacionales, superando la acción programática tradicional para establecer interfaz con las políticas de salud pública. El campo de las relaciones, a través de relaciones de intercesión dirigidas por el acto de la recepción, el vínculo y la rendición de cuentas como dispositivos de cambio, sería el escenario crucial para que el proceso de la atención vaya a mejorar el estado de salud de los usuarios.

Consideraciones finales: estos dispositivos pueden ser interpretados como "bookies" de cambio, capaz de conducir al desarrollo de un cuidado integrador, responsable y decidida, que se reunirá a las demandas presentadas por los usuarios. En este sentido, se puede superar la atención fragmentada y establecerá contactos con las políticas que en realidad tratan de satisfacer las necesidades de aquellos que buscan servicios de salud.

El proceso del plan de alta: ¿Promueve la transición del cuidado del enfermo crónico del hospital al hogar?

Juana Castro Ramírez, Josefa Valdez Mata, Blanca Flor Moreno Gutiérrez, Adriana Urbina Aguilar et Elsa Alvarado Gallegos, México

Contexto y descripción del problema: Hoy México enfrenta una compleja agenda de salud pública, al enfrentar desafíos que conlleva la carga de la enfermedad crónica principalmente con problemas como el cáncer, obesidad, cardiopatías y diabetes. El perfil epidemiológico que caracteriza a nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, el acceso a los servicios de salud, las estrategias para resolverlas así como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos.

La profesión de enfermería está presente en esos ámbitos, de tal manera que su participación en el proceso de transición del cuidado de estos enfermos en condición de cronicidad y/o dependencia cuando egresan del hospital al hogar, resulta imprescindible en apoyo a la calidad de vida de estos enfermos y sus familias. El plan de alta constituye una práctica del sistema de cuidado institucional fundamental en el proceso de transición de enfermos crónicos, del cuidado del hospital al hogar.

Todas las instituciones de seguridad social contemplan una normativa para la aplicación del plan de alta como una estrategia prioritaria tendiente a mejorar la calidad de la atención de enfermería que se brinda, sin embargo, en éstas aplicaciones la intervención de enfermería, del personal multidisciplinario, del familiar responsable, no ha sido considerada en profundidad.

Objetivo : Describir la forma en la que se lleva a cabo el proceso del plan de alta y su importancia en la continuidad del cuidado de personas con enfermedad crónica del hospital al hogar, desde la perspectiva del profesional de enfermería.

Material y métodos: Se realizó una investigación de tipo cualitativo, en una unidad médica de un Hospital de segundo nivel en la ciudad de San Luis Potosí, México.

Los participantes en el estudio fueron 34 integrantes del equipo de enfermería, a nivel directivo y operativo. La selección de los informantes fue a través de muestreo propositivo y la recolección de datos se realizó a través de observación no participante y grupos focales. Se efectuó análisis de contenido de tipo temático. Se respetaron los lineamientos éticos basados en el consentimiento informado. El protocolo fue revisado y dictaminado ante el Comité de Ética e Investigación de la institución en la que se realizó el estudio.

Resultados y discusión: Como parte de los resultados de este estudio se resaltan tres temas principales:

Importancia y objetivos del plan de alta.

El personal de enfermería considera al plan de alta como una continuidad de los cuidados en el hogar, consideran que su objetivo es reintegrar al paciente al núcleo familiar en el menor tiempo y en las mejores condiciones posibles, así como favorecer la salud del paciente, evitar complicaciones, prevenir reingresos y estancias hospitalarias. Señalan que se

favorece la pronta recuperación del paciente aunado que con el plan de alta se promueve una cultura de colaboración entre el paciente, familiar y enfermera.

Formas en que se implementa el PA.

Existe un consenso en el personal de enfermería, respecto a que el plan de alta se implementa como una actividad aislada, no sistemática, se basa principalmente en los aspectos administrativos. Coinciden en que lo anterior es consecuencia de una sobrecarga de trabajo y, por ello, no es posible proporcionar un plan de alta adecuado.

Contexto: condiciones en que se proporciona el PA.

La forma en la que se realiza el plan de alta al enfermo crónico tiene una relación estrecha con las condiciones de los servicios y su organización. Un factor importante es la sobrecarga de trabajo que caracteriza a estos servicios en los que se hospitaliza a los enfermos crónicos. El que los pacientes presenten abandono por parte de los familiares, el hecho de que no cuenten con familiar acompañante, incluido el poco o nulo compromiso del familiar para los cuidados del paciente.

Conclusión: Mediante este estudio se logró caracterizar el plan de alta identificando el cómo se concibe, cómo se implementa, sus limitantes y líneas de mejora. Existe una discordancia entre lo que plantea la normativa institucional y la manera en que se

implementa. Con relación a otros estudios aun cuando se reconoce la importancia del Plan de alta para garantizar la continuidad de cuidados en el hogar, en la práctica no se implementa de manera sistemática y orientada a tal fin. Desde la perspectiva del personal de enfermería el plan de alta se centra en dar indicaciones y transmitir información. Se identifican perspectivas diferentes donde el plan de alta se da como una actividad aislada y asistemática frente a otra que pretende ser sistemática y centrada en las necesidades del enfermo crónico y su familia en el proceso de transición del cuidado del hospital al hogar. Se destaca por parte del personal de enfermería su importancia y objetivos en el marco de los sistemas de cuidado y estrategias específicas para hacer frente a la problemática que hoy en día vive el enfermo crónico y su familia por un lado, y por otro, la problemática de los servicios de salud para hacer frente a los desafíos de atención que ello implica.

Planejamento de saúde em Tucumán-Argentina: relato de experiência no marco de uma cooperação técnica entre países.

Washington Luiz Abreu de Jesus et Teresa Madariaga, Brasil et Argentina

RESUMEN

La planificación ha sido rescatada en las instituciones de gestión en América Latina para construir sistemas de salud pública. En los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estado utilizando la estrategia de la Cooperación Técnica entre Países (TCC) para fomentar el intercambio, la consolidación de estos procesos y el fortalecimiento de las capacidades de gestión de las contrapartes involucradas. Este trabajo tiene como objetivo describir la experiencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) en la provincia de Tucumán, Argentina, en la organización de la planificación local en el período 2008-2009. Tenía la experiencia anterior del equipo local, los aportes de las experiencias de países como Chile y España, la existencia del documento Salud al Bicentenario, y como estrategia para apoyar CTP entre la OPS, MSP y la Secretaría de Salud del Estado de Bahía - Brasil (SESAB) con el intercambio de experiencias y el proceso de aprendizaje mutuo. Hemos adoptado un marco teórico enfoque situacional estratégico, concebido como un proceso de construcción colectiva y contribuyó a la idea de la producción social de la salud y la co-gestión de colectivos, teniendo en cuenta también el sello de aprendizaje institucional. Para sistematizar este informe, se analizaron documentos técnicos producidos en la CTP disponibles en las instituciones involucradas, así como los registros de cooperación hechas por los autores y documentos analíticos de cooperación técnica de la OPS/Brasil. Los resultados son los siguientes: a) elaboración del mapa de estrategia como un resumen del documento de las políticas de salud de Tucumán; b) un análisis más detallado de los procedimientos administrativos para la construcción de las prioridades ministeriales; c) la construcción de una agenda estratégica con los diseños de gobierno para el período de cuatro años; d) preparación de compromisos de gestión por cada departamento; e) el desarrollo de planes operativos anuales para el área operativa; f) la integración progresiva de las definiciones estratégicas para un proyecto de ley de presupuesto; g) el establecimiento de un proceso de rendición de cuentas trimestrales; h) construcción de instrumentos de seguimiento y evaluación de la gestión. Todo este proceso se ha desarrollado bajo la coordinación de la Dirección General de Planificación Sanitaria y culminó con una capacitación de los gestores del Sistema Provincial de Salud y la formación de un grupo de trabajo para la gestión compartida de los procesos de planificación en la institución llamado "Planifiquemos". Los retos a los que se impuso el proceso fueran de mantener, evaluar, reorientar y fortalecer los incipientes procesos de planificación, construyendo nuevas visiones para el futuro, a pesar de las coyunturas políticas se organizan. La planificación es un medio para construir, de manera integrada e integradora transformación de la realidad, considerando esto como un punto de partida para ello.

RESUMO

O planejamento vem sendo resgatado nas instituições gestoras da América Latina para construção de sistemas públicos de saúde. Nos últimos anos a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vem utilizando a estratégia da Cooperação Técnica entre Países (CTP) para favorecer o intercâmbio e a consolidação desses processos, fortalecendo as capacidades de gestão das contrapartes envolvidas. Este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência do Ministério da Saúde Pública (MSP) da província de Tucumán-Argentina na organização do sistema local de planejamento no período 2008-2009. Teve

como precedente a vivência da equipe local, os aportes das experiências de países como Chile e Espanha, a existência do documento Salud al Bicentenario; e como estratégia de apoio a CTP entre OPAS, MSP e Secretaria da Saúde da Bahia – Brasil (SESAB), com o intercâmbio de experiências e mútuo processo de aprendizagem. Adotou-se o enfoque estratégico-situacional como marco teórico, concebido como um processo de construção coletiva e aportado pela ideia da produção social em saúde e da co-gestão de coletivos, considerando-se também o marco da aprendizagem institucional. Para sistematizar esse relato, foram analisados documentos técnicos produzidos no marco da CTP, disponíveis nas instituições envolvidas, além de registros da cooperação realizados pelos seus autores e documentos analíticos de cooperação técnica da OPAS/Brasil. Como resultados destacam-se: a) elaboração do mapa estratégico como documento síntese das políticas sanitárias de Tucumán; b) aprofundamento da análise dos processos administrativos para a construção de prioridades ministeriais; c) construção de uma agenda estratégica com os delineamentos de governo para o período de quatro anos; d) elaboração de compromissos de gestão por dependência; e) desenvolvimento dos planos operativos anuais por área operativa; f) integração progressiva das definições estratégicas à uma proposta de lei orçamentária; g) estabelecimento de um processo de prestação de contas trimestral; h) construção de instrumentos de monitoramento e avaliação da gestão. Todo esse processo se desenvolveu sob a coordenação da Diretoria Geral de Planejamento em Saúde e culminou numa capacitação dos gestores do Sistema Provincial de Saúde e com a formação de um grupo de trabalho para a gestão compartilhada dos processos de planejamento na instituição, denominado “Planifiquemos”. Os desafios que o processo impôs foram o de sustentar, avaliar, reorientar e fortalecer os processos incipientes de planejamento, construindo novos olhares para o futuro, a despeito das conjunturas políticas que se organizem. Planejar é, portanto, um meio de construir, de modo integrado e integrador, a transformação da realidade, considerando o presente como ponto de partida para isso.

Política pública para transplantes de órgãos e tecidos: estudo comparativo entre Brasil e Uruguai.

Vera Maria Ribeiro Nogueira, Gilmara Andersson Timm et Carla Gabriela Cavini Bontempo, Brasil

Este trabalho tem como objetivo apresentar os resultados de pesquisa comparativa sobre a política pública de transplantes de órgãos e tecidos, realizada no Brasil e Uruguai. O que motivou estudar este tema foi a marcante diferença quanto aos resultados obtidos pelos dois países na captação de órgãos e tecidos, sendo evidentes os resultados altamente positivos obtidos pelo Uruguai em relação ao Brasil. O transplante de órgãos e tecidos é considerado como um dos mais importantes avanços médicos deste século, exercendo uma atração na imprensa e na opinião pública maior do que outras tecnologias ou formas terapêuticas. Uma possível explicação para este fato é que o processo doação-transplante, além dos aspectos técnicos, tem implicações éticas, morais e legais. Nessa política de saúde o agente principal é o Estado, tanto no âmbito das definições legais que regem a questão, como também na regulação e controle das instituições hospitalares para o cumprimento da legislação atinente ao tema. Enquanto uma política pública entende-se que as condições históricas, econômicas, sociais e culturais determinam que países limítrofes, de um mesmo continente, apresentem índices muito diferenciados em relação à doação e transplantes. O suposto que norteou a pesquisa foi a regulação existente sobre o tema e foram escolhidos para análise os dois países. O Brasil, que possui, segundo estudiosos do tema, uma das maiores políticas públicas de doação e transplantes do mundo, com uma Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos em quase todos os estados, além do Distrito Federal, todas ligadas ao Ministério da Saúde, formando o Sistema Nacional de Transplantes; e o Uruguai, por possuir índices muito superiores de captação de órgãos que no Brasil. À época do estudo, realizado em 2011, os dados reportavam a existência de 7,2 doadores por milhão de habitantes no Brasil e 19,1 no Uruguai. Quando se realiza uma comparação busca-se evidenciar aspectos que distinguem os elementos comparados, no intuito de se buscar alternativas para a solução em questão, qual seja o baixo índice de captação de órgãos e/ou tecidos do Brasil se comparado ao Uruguai. Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se a pesquisa documental, descritiva e comparativa tendo como base empírica a legislação a respeito das Políticas de Doação e Transplantes do Brasil e do Uruguai, buscando identificar suas semelhanças e diferenças. A coleta de dados se deu a partir das leis, decretos, portarias e resoluções em matéria de doação de órgãos e transplantes desses países. Os documentos que subsidiaram a análise foram de domínio público, publicados em sites oficiais dos governos desses países. Os dados sistematizados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, permitindo desvelar simetrias e assimetrias nas legislações do Brasil e do Uruguai e identificar aspectos limitadores do processo de Doação de Órgãos e Transplantes nesses países, mediante categorias pré-estabelecidas. Os resultados indicam que ambos os países utilizam o critério de morte como sendo o da Morte Encefálica (ME). No Brasil a doação de órgãos é consentida enquanto que no Uruguai é presumida. O diagnóstico de ME é mais sucinto no Uruguai do que no Brasil. No Brasil há maior facilidade de se doar um órgão em vida para um parente. Ambos os países dispensam a exigência de autorização judicial em se tratando de doação em vida para cônjuge e no Brasil se estende a dispensa para o companheiro, enquanto que a lei Uruguia é omissa nesse aspecto. No Brasil a entrevista familiar é parte fundamental no processo de doação. No Uruguai a entrevista familiar só irá ocorrer se o falecido não manifestar em vida o desejo ou não de doar. Em ambos os países há um controle social em relação à fila de espera por um órgão e tecido, e procuram atender assistencialmente o doador e receptor. Os dois países caracterizam os crimes em matéria de transplantes como crimes contra a vida, e ambos trazem em suas legislações tipos penais incriminadores em relação aos profissionais e instituições de saúde. Concluindo, parece ser fundamental para explicar a diferença no número de doadores brasileiros e uruguaios: no Brasil o modelo adotado é o do consentimento dos familiares ou do doador em vida; já no Uruguai, a doação de órgãos é presumida, ampliando assim o número de doadores potenciais. A contribuição esperada com os resultados é que possa ampliar o debate sobre o tema no Brasil e que os atores políticos envolvidos com a questão possam aproveitar as lições da experiência legislativa do Uruguai.

Liberté de circulation et soins de santé transfrontaliers en Europe.

Mónica De Angelis, Italia

Riassunto

In questo articolo si analizzano le norme della direttiva 2011/24/UE relativa all'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera e si mira a ragionare sui possibili effetti della loro implementazione. Le nuove norme – se opportunamente attuate – potrebbero, infatti, contribuire non solo ad una maggiore responsabilizzazione dei dirigenti del settore sanitario, ma anche a contrastare l'inefficienza delle strutture e il fenomeno delle liste di attesa, stimolando al contempo l'attivazione di sinergie fra i diversi attori del sistema deputati al miglioramento del servizio e al soddisfacimento dei bisogni di cura.

Résumé

Dans cet article, nous analysons les règles de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et l'objectif est de réfléchir sur les effets possibles de leur mise en œuvre. Les nouvelles règles - si elles sont appliquées de façon adéquate - pourraient, en effet, contribuer non seulement à accroître la responsabilisation des gestionnaires dans le secteur de la santé, mais aussi pour contrer l'inefficacité des structures et le phénomène des listes d'attente, tout en stimulant l'activation de synergies entre les différents acteurs du système de santé afin d'améliorer le service pour répondre aux besoins de soins.

SESSION 34 – Salle 5

Thème : Stratégies de prévention 3

Os grupos educativos na Estratégia da saúde da Família:

Cinira Magali Fortuna, Silvia Matumoto, Maria José Bistafa Pereira et Silvana Martins Mishima, Brasil

Objetivos da investigação: analisar os grupos educativos realizados e à partir da análise coletiva envolvendo todos os trabalhadores, aprimorar esses espaços buscando-se desenvolver a cidadania dos pacientes.

O contexto: Esse estudo articula-se a seguinte questão norteadora do Congresso da Associação latina para a análise de sistemas de saúde de 2013: Que formas de prevenção adotar, que tipo de educação, como tornar o paciente ator da sua saúde? Considera-se que a os grupos educativos constituem uma das formas de se realizar a educação em saúde para prevenção e controle de agravos como hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, entre outros. Esses são agravos que devem ser acompanhados na atenção primária à saúde. No Brasil a Estratégia Saúde da Família é o modo adotado para re-organizar a Atenção Primária em todo território nacional. É composta por equipe mínima formada por enfermeiro, médico generalista, dentista, dois auxiliares de enfermagem (ou técnicos), quatro a seis agentes comunitários de saúde, técnico de higiene dental e/ou atendente de consultório dentário. Essa equipe trabalha em um território definido com cerca de 800 famílias que precisa conhecer, acompanhar e intervir sobre a qualidade de vida das mesmas. Uma das formas de conhecer, acompanhar e intervir desenvolvida é a constituição de grupos educativos. Para a realização dessa modalidade de cuidado coletivo, é preciso que os profissionais avancem em conhecimentos estruturantes do processo grupal e de processos pedagógicos, além dos conhecimentos específicos sobre as doenças e os cuidados para prevenção das mesmas.

Caminho metodológico: Realizou-se uma pesquisa qualitativa com uma equipe de saúde da família e entrevistas com enfermeiros responsáveis pelas atividades educativas no distrito oeste da cidade de Ribeirão Preto. A pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo. Foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da EERP-USP, protocolo numero 251/2007. O material empírico constituiu-se da transcrição de vinte e seis encontros grupais ocorridos de janeiro a dezembro de 2009, desenvolvidos com profissionais e treze entrevistas com enfermeiros das equipes de saúde da família. Cada encontro durou cerca de noventa minutos horas e teve uma média de 15 participantes da equipe de saúde da família envolvendo todas as categorias profissionais

Resultados e discussão:

Os resultados apontaram para três tipos de atividades grupais: os grupos racionalizadores, os grupos informativos/prescritivos e grupos de convivência. Como grupos racionalizadores encontram-se aqueles de “resultados de exames” em que o profissional discute com os usuários seus valores obtidos em exames de colesterol, glicemia, papanicolau, etc e apresenta os valores de referencia aos usuários tomando como principal objetivo a redução de procura espontânea ao serviço de saúde e a racionalização das consultas médicas. Os grupos informativos/prescritivos trabalham temáticas como hipertensão, diabetes, re-educação alimentar, planejamento familiar, gestantes, entre outros. A principal oferta é de informações quanto aos agravos e quanto a sua prevenção. Neles são prescritas medidas que devem ser

adotadas pelos usuários. Objetivam controle de doenças e agravos, adesão de usuários ao tratamento, mudança de perfil sanitário, etc. São realizados com aulas expositivas, palestras e métodos de ensino bancários e passivos com a predominância do saber científico e refutação dos saberes dos usuários. Em geral seguem uma sequência pré-definida de temas a serem abordados. As dificuldades apontadas pelos enfermeiros nesses grupos são as faltas dos usuários o que as leva a introduzir “trocas” como oferta de enxovais nos grupos de gestante, prosseguimento do processo de planejamento familiar, no caso de indicação de laqueadura, somente mediante participação do casal no grupo, etc. Os dois tipos de grupos acima referidos não promovem a autonomia dos usuários para o próprio cuidado e não trabalham na perspectiva da produção de cidadania. Os grupos de convivência, tem por característica principal a troca afetiva e de experiência entre os participantes sobre suas dificuldades e formas de enfrentamento. Em geral a equipe e a enfermeira da ESF tem um papel horizontal ao dos participantes. Referem que sobre eles tem “pouco controle”. São criados com a intencionalidade de enfrentar problemas que tradicionalmente a equipe de saúde tem poucos saberes acumulados como a solidão, a depressão, a urbanização, a preservação de valores culturais, entre outros. Como exemplos desse tipo de grupo apontaram: grupo de qualidade de vida, de vivência, grupo de organização de festas, de artesanatos, etc.

Contribuições do estudo: A principal contribuição dessa investigação é apontar que os grupos educativos realizados tradicionalmente centrados nas patologias e em informações, pouco desenvolvem a autonomia e a cidadania dos pacientes.

La cultura física: una posibilidad de abordaje integral de las condiciones crónicas.

Diana Alexandra Camargo Rojas, Colombia

La cultura física es una categoría de análisis y estudio, que se ha relacionado con la actividad física y la educación física a lo largo del tiempo, retomando diferentes paradigmas de conocimiento; sin embargo el paradigma imperante ha sido el empirismo analítico, el cual reduce la mirada a los fenómenos medibles y observables del cuerpo y del movimiento, desde un enfoque biológico y biomédico, que a su vez busca corregir el cuerpo. No obstante frente a la presencia de la transición epidemiológica, en la cual se evidencia un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las demandas en los sistemas de salud y en los diferentes sectores, cambian y se orientan hacia la implementación de estrategias que no piensen únicamente en el sujeto y su patología, sino que además reconozcan la condición crónica, como un fenómeno multidimensional, que puede ser abordado desde la cultura física, como concepto que integra la cultura, el cuerpo y el movimiento de una perspectiva social.

RESUMEN

La cultura física es una categoría de análisis y estudio, que se ha relacionado con la actividad física y la educación física a lo largo del tiempo, retomando diferentes paradigmas de conocimiento. **Objetivo:** Identificar las concepciones y abordajes de la Cultura Física que se orientan a la promoción de la salud, la prevención y control de las condiciones crónicas, haciendo énfasis en estrategias que reconozcan los niveles de la determinación social. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática que permitió reconocer los conceptos y abordajes planteados alrededor de las categorías Cultura Física, teniendo como modelo de análisis la determinación Social. **Resultados:** La cultura física es un concepto relacionado con cuerpo, cultura y movimiento, sin embargo no se reconoce como motor de búsqueda en las bases de datos científicas, por el contrario se relaciona con términos de búsqueda como deporte, recreación y actividad física. No obstante para algunos países (México, Costa Rica, Cuba, Brasil) la cultura física es considerada como un conjunto de programas y acciones que se desarrollan desde las áreas de deporte, recreación y actividad física, la cual es considerada dentro de las políticas públicas y planes de gobierno. Desde otra perspectiva la Cultura Física ha sido entendida como un “conjunto de saberes, creencias, valores, leyes, reglas, hábitos, prácticas, usos, actitudes, esquemas perceptivos y representativos, sensibilidades, utensilios, aparatos, etc. adquiridos o construidos por el hombre que están directamente determinados por acciones corporales y que, a la vez, son determinantes del comportamiento corporal (de las actividades físicas); muy especialmente todo aquello que contribuye a configurar su cuerpo: su morfología física y su morfología simbólica o representativa” [25]. **Conclusión:** Se evidencia un campo de conocimiento amplio alrededor de la Cultura Física, que puede ser incluido en las políticas y programas orientados a la promoción de la salud, la prevención y control de las condiciones crónicas.

RÉSUMÉ

La culture physique est une catégorie d'analyse et d'étude, qui a été associée à l'activité physique et de l'éducation physique au fil du temps, le retour différents paradigmes de la connaissance. Objectif: identifier les concepts et les approches de la culture physique qui se concentrent sur la promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies chroniques, en mettant l'accent sur les stratégies qui tiennent compte des niveaux de détermination sociale. Méthodes: Nous avons effectué une revue systématique qui a reconnu les concepts et les méthodes proposées sur les catégories de la culture physique, en prenant comme modèle d'analyse de la détermination sociale. Résultats: culture physique est un concept lié au corps, la culture et le mouvement, mais pas reconnu comme moteur de recherche dans les bases de données scientifiques, d'autre part est liée à des termes de recherche tels que l'activité sportives, récréatives et physiques.

Mais pour certains pays (Mexique, Costa Rica, Cuba, Brésil) culture physique est considérée comme un ensemble de programmes et actions développés par les secteurs d'activité sportives, récréatives et physiques, ce qui est considéré au sein de la politique publique et les plans du gouvernement. Dans une autre perspective la culture physique a été défini comme un «ensemble de connaissances, les croyances, les valeurs, les lois, les règles, les habitudes, les pratiques, les habitudes, les attitudes, les modes de perception et de représentation, des sensibilités, des ustensiles, appareils électroménagers, etc. acquis ou construit par l'homme qui sont directement déterminée par les actions corporelles et, à leur tour, sont des facteurs déterminants du comportement de l'organisme (activité physique) en particulier tout ce qui contribue à façonner votre corps: leur forme physique et la morphologie symbolique ou son représentant »[25]. Conclusion: Nous avons trouvé un large champ de connaissances sur la culture physique, qui peut être inclus dans les politiques et programmes de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

A INICIATIVA DO PROJETO VER-SUS/Brasil: uma estratégia de educação permanente para o desenvolvimento e qualificação dos profissionais e trabalhadores para o SUS.

Mariana Bertol Leal, Alcindo Antônio Ferla, Ana Cristina Lima Pimentel, Andréia Burille, Bárbara Andres, Emmanuela Mendes Amorim, Brasil

O tema da formação de profissionais da saúde tem sido constante em fóruns que discutem a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ao mesmo tempo em que o SUS propõem uma nova lógica para os processos de cuidado ainda encontramos a universidade formulando e produzindo conhecimento que sustenta paradigmas teóricos e práticos, tecnicistas e cartesianos. Portanto, para avançarmos na qualificação do sistema de saúde, é necessária uma formação diferente capaz de qualificar os profissionais para um olhar e escuta ampliada ao processo saúde-doença e à qualidade de vida, bem como para desenvolverem novas práticas de atenção e gestão.

Nesse sentido, visando articular ensino-pesquisa-serviço-gestão, os estágios e vivência surgem como tecnologia leve na tentativa de suprir essas demandas, possibilitando aproximação dos estudantes com as realidades do SUS. Eles se caracterizam como importantes ferramentas que propiciam ao estudante um espaço diferenciado de aprendizagem, pois rompem com a lógica tecnicista e assistencialista geralmente empregadas nos estágios curriculares, proporcionando a ampliação de seu olhar sobre as realidades do SUS e à sua organização. Diversas experiências demonstram o poder de mobilização das vivências e, a partir de 2002, inicialmente no Rio Grande do Sul, houve uma grande retomada nacional destes estágios. Em parceria com órgãos do Ministério da Saúde, o Movimento Estudantil foi grande incentivador destes estágios, através de executivas de curso, centros e diretórios acadêmicos. Nos anos de 2011 e 2012, após um período de mais de 5 anos sem experiências nacionais, um forte movimento retomou a realização dos estágios, projeto hoje realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, Rede Governo Colaborativo em Saúde, CONASS, CONASEMS e UNE. Assim, na primeira edição do VER-SUS 2012, o projeto foi realizado em 8 estados brasileiros, em que mais de 3000 estudantes de 63 cursos de graduação se inscreveram para participar das vivências. No Rio Grande do Sul, 9 municípios aderiram ao projeto, envolvendo ainda mais de 40 outros municípios próximos e ofertando mais de 300 vagas para estudantes. Atualmente, o projeto está sendo ampliado para mais estados e deve atingir ainda em 2013 o número de 5000 estudantes envolvidos.

O projeto pretende qualificar os futuros profissionais do SUS possibilitando aos estudantes um espaço privilegiado de interação e imersão no cotidiano do sistema de saúde brasileiro em diversos territórios do país. Pretende-se que os estudantes possam partir das respostas individuais aos problemas de saúde desde o início da sua formação e possam ser instigados à construção de respostas e intervenções sobre e para o “coletivo”. Essa relação dos estudantes com as realidades deve ampliar o olhar do futuro profissional para o campo da saúde coletiva e para o SUS.

O projeto dá aos estudantes a oportunidade de vivenciarem as realidades do SUS, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. É dispositivo, pretende estimular a formação de trabalhadores comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais e agentes políticos, capazes de promover transformações.

O projeto deverá envolver até 10 mil estudantes sendo que os municípios interessados devem fazer adesão ao projeto junto ao Ministério da Saúde, o qual apóia os mesmos com incentivos financeiros para manutenção da estadia dos estudantes no regime de imersão que dura entre 7 a 15 dias. O grande objetivo desse projeto é mobilizar os atores para sucessivas aproximações com o SUS, seja no sentido da militância individual e coletiva, seja no sentido de mobilização das instituições de ensino para que possam modificar suas práticas na formação dos futuros trabalhadores da saúde.

As avaliações preliminares já apontam avanços na sensibilização dos estudantes, das universidades e dos gestores para um olhar diferenciado do SUS. Na primeira edição do projeto, realizada em janeiro e fevereiro de 2012, participaram 915 estudantes em 69 municípios de 9 estados. Na segunda edição, realizada em julho e agosto, participaram 1640 estudantes em 114 municípios de 11 estados. Em maio de 2012 foi realizada a I Mostra de Experiências do VER-SUS/Brasil no Congresso da Rede Unida onde foram apresentados mais de 300 trabalhos sobre as diferentes experiências. Em junho de 2012 foi realizado o I Encontro Nacional de Formação de Multiplicadores do VER-SUS e a I Oficina Nacional de Mobilização do VER-SUS/Brasil, envolvendo gestores, estudantes e professores de universidades de 16 estados. Em julho e agosto de 2012 foi realizada a segunda edição do projeto nacional e participaram 1640 estudantes em 114 municípios e em 11 estados. Atualmente, em 2013, já temos um balanço bem positivo o que demonstra que o projeto está em processo de crescimento e expansão,

Espera-se que o VER-SUS possa ajudar na mudança da formação dos futuros profissionais do SUS apoiando o processo de fortalecimento do sistema de saúde e nos seus processos de qualificação para melhor cuidar da população brasileira.

Programa Nacional de Inmunizaciones en Chile.

Mario Parada et María Ines Romero, Chile

La inmunización es una de las intervenciones más costo-efectivas disponibles en salud pública. Más de la mitad de las ganancias en la reducción de la mortalidad infantil en América Latina en los últimos años son atribuibles a la vacunación. Las vacunas siguen siendo una de las intervenciones clave para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad en niños menores de 5 años.

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) está destinado a prevenir morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles inmunoprevenibles y está compuesto por un conjunto de vacunas destinadas a proteger a la población a lo largo de todo el ciclo vital, las cuales han sido definidas como bien público.

Las vacunas que comprende el PNI se categorizan en tres grandes tipos: por programa, por campaña y por eventos y condiciones especiales.

La estrategia utilizada es la vacunación gratuita a la población objetivo según el esquema de vacunación vigente, en los establecimientos asistenciales públicos y privados del país. La obligatoriedad de las vacunas se encuentra establecida en el Código Sanitario, sin embargo, las personas tienen libertad para aceptar esta intervención. El actual PNI tiene su origen en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), establecido en el país en 1979, de acuerdo a recomendaciones de los organismos internacionales competentes. El PAI nació como iniciativa de la OMS/OPS en 1974. Esta iniciativa fue apoyada por UNICEF, las Agencias Internacionales de Desarrollo y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. En el marco del PAI se constituyó, entre otros, el Fondo Rotatorio para apoyar la compra de vacunas, especialmente en países en desarrollo.

Objetivo: Evaluar el desempeño del PNI en Chile 2000 - 2011

Metodologías: Análisis documental de registros oficiales y bibliografía. Estudio cualitativo con focus group.

Resultados : En Chile, el PNI es un programa de Salud Pública exitoso, demostrado a través de:

- Haber evitado una gran cantidad de muertes debido a las enfermedades incluidas: Aunque este es un ejercicio teórico, y el descenso de las tasas no puede ser atribuido exclusivamente a las vacunas, las cifras de casos y muertes evitados son muy elevadas. Aunque solo el 50% del descenso fuera atribuible a las vacunas, las cifras siguen siendo importantes.

- Haber disminuido la carga de enfermedad en casi todas las enfermedades incluidas (excepción es la TBC).

- Haber generado una cultura favorable hacia la inmunización activa en la población chilena.

- Se observó un discreto descenso en las coberturas en los últimos tres años para la mayoría de las vacunas programáticas. Ello se puede atribuir a un conjunto de factores entre los que destaca: mejoramiento de la calidad de los registros dada la

implementación del RNI a partir de 2010, dificultades post terremoto 2010; cambios en el comportamiento de la población en torno a las vacunas por menor percepción de riesgo de enfermar

- Ser un programa universal, no focalizado, no discriminatorio y gratuito.

- Al realizar una revisión de las coberturas por comunas, se aprecia que en varias de ellas hay coberturas muy bajas o muy altas. Estos casos deben ser analizados individualmente para poder verificar las causas que producen estas fuertes distorsiones

- Haber logrado una adecuada coordinación con el sector privado en la administración de las vacunas.

El estudio cualitativo, indicó que en Chile existe una cultura sanitaria aceptante de la vacunación como una estrategia de prevención de la enfermedad y no estamos frente a una crisis de confianza en lo que a inmunización se refiere. No hay discurso explícito respecto de problemas de acceso a la vacunación.

Conclusiones

- i) El PNI es eficaz y costo efectivo, presentando eficiencia económica y social. Es aceptado y está validado por la comunidad.

- ii) La capacitación del personal y comunicación social - educativa están todavía poco

- iii) Existe una gobernabilidad limitada del PNI y problemas de gestión asociados a las coordinaciones necesarias para la gestión más eficiente.

Session spéciale 3 (suite) – Salle 1

Thème : Cinq ans de tarification à l'activité, ça suffit (2^{ème} partie)

Atelier organisé par: Bernard Odier, Policlinique de l'ASM, Paris

Les effets déstructurants de la T2a. Quelques pistes pour en sortir.

André Grimaldi, France

Les dés pipés de la concurrence clinique privée/hôpital public.

Bernard Granger, France

Comment la T2a liquiderait la psychiatrie de secteur.

Bernard Odier, France

La T2a, les stratégies d'établissements, et la segmentation des filières en Soins de Suite et de Réadaptation.

Jean-Claude Devailly, France

POSTERS (Exposés toute la durée du congrès. Les auteurs doivent préciser 3 plages horaires pendant lesquelles ils seront présents pour présenter leurs travaux)

1. Prevenzione del tabagismo, Social Mobile Marketing (SSM). Una proposta di collaborazione condivisa per il nostro territorio.

Luca Carlo Sala, Maurizio Bacchi, Antonella Fornaro, Maria Cimmino, Mauro Valentini et Dania Brioschi, Italia

Horaires:

Obiettivo: ridurre il numero annuo di giovani neo fumatori, ridurre il numero di sigarette fumate dai giovani fumatori.

Attori: Dipartimento di Prevenzione ASL Biella, Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL Biella, Centro Antitabagismo del Servizio per le Tossicodipendenze ASL Biella, LILT (Lega Italiana per la lotta contro i Tumori).

Al fine di introdurre il progetto, è utile sviluppare il concetto di anti-marketing: attività di marketing sociale mirata a promuovere nei cittadini comportamenti salutari "goods" che si oppongano a "comportamenti a rischio" "bads". Questi sono spesso promossi da altre "Aziende" che dal loro consumo e uso traggono vantaggi di diversa natura. Fin qui nulla di nuovo, evidentemente, la novità vuole invece essere negli strumenti da adottarsi nel progetto e in particolare nell'uso "sperimentale" in ambito di promozione della salute, del SSM (Social Mobile Marketing).

Di che cosa si tratta? Di un Marketing Sociale che agisca in ambiente di comunicazione che si sviluppi fra le singole realtà personali, la diversa portabilità delle singole esperienze, la facilitazione di collaborazioni interattive, lo stimolo alla revisione di scelte e di gerarchie e che si avvalga della creazione di nuovi valori.

Si propone di rivedere alcune posizioni relative alla promozione della salute, superando l'impostazione basata sul controllo dei comportamenti, per abbracciare una prospettiva in cui il coordinamento sociale ed economico delle azioni a rischio, sia promosso come *social sensemaking*, processo per il quale l'individuo sintetizza nuove informazioni attraverso o mediante il risultato di interazione o stimoli sociali, elaborando diversi stimoli o informazioni condivise da altri o con l'aiuto di altri.

Proporre quindi i nostri interventi come strumenti di supporto alla creazione di una *collective mind* orientata al rifiuto del fumo di sigaretta e favorendone la divulgazione come apprendimento continuo distribuito sul target di riferimento.

Le fasi del progetto:

- 1) occorre individuare il target o i target di riferimento: età, sesso, scuola, livello sociale, testimonials, personaggi cui il/la ragazzo/a si riferisce, preferenze in termini di gusti musicali, artistici, politici, idoli...
- 2) Occorre valutare il fenomeno "fumatori" potenziali o attivi nel target/nei target di riferimento.
- 3) In base ai rilievi di cui ai punti 1 e 2 occorre progettare interventi mirati che risultino il più possibile vantaggiosi per chi intenderà lasciarsi coinvolgere dal progetto.
- 4) Partire da una conoscenza approfondita dei trend e delle opportunità di interazione fra soggetti.
- 5) Capire i comportamenti dei ragazzi e cosa li determina.
- 6) Adottare un approccio di fare Marketing che sia comunque sperimentale, coinvolgente, interattivo.

Alcuni esempi possibili: la comunicazione con i soggetti destinatari, durante la realizzazione del progetto, avverrà esclusivamente per SMS o via mail in forma anonima: creazione di un forum o un sito apposito?

Per i non fumatori si potrebbe inventare un percorso/gioco implementabile dai singoli attori relativo alle proprie esperienze, convinzioni e curiosità, di conoscenza e coscienza circa i rischi fumo correlati che preveda, come incentivo, di premiare i migliori partecipanti (magari diluito e ripetuto nel tempo o previsto su diversi livelli di approfondimento). Lo scopo è quello di informare con ogni mezzo disincentivando i comportamenti "sociali" che portano a provare e a continuare a fumare (emulazione, curiosità, trasgressione ...).

Per chi già fuma l'approccio dovrà essere personalizzato in relazione alle diversità soggettive. Riunire quindi i fumatori in gruppi interattivi che condividono le medesime esperienze ad esempio sportive o musicali ecc. e stimolare all'interno di ogni gruppo una sorta di tendenza al miglioramento, una riduzione del numero di sigarette o una stabilizzazione su

un numero limitato. Prevedere una sorta di classifica periodica che premi i più virtuosi con accessi a palestre, sconti su materiale sportivo o sull'acquisto di musica, libri o altro. Stimolare ogni possibile strumento di autocontrollo e di controllo reciproco utile a limitare i danni passando attraverso la presentazione di stimoli positivi (visite dentarie per sbiancamento denti, prodotti per rinfrescare l'alito, prove funzionali in competizione sotto sforzo fisico, gare di resistenza sportiva).

I **risultati** del programma saranno presentati agli studenti stessi, coinvolgendoli nei successi e negli insuccessi della campagna, si potrà favorire trasferte e viaggi premio per i partecipanti per far sì che l'esperienza sia trasmessa ad altre realtà.

2. Communauté virtuelle de pratique en milieu de soins de longue durée.

Hermine Harnagea, Québec

Horaires: Jeudi, 29 août, 09:00-11 :00 et 16 :00-17:30 et Samedi matin, 31 août, 09:00-11 :00

Objectif du projet : La communauté virtuelle de pratique (CVP) a été conçue pour répondre aux besoins d'échanges professionnels entre les différents établissements qui offrent de soins de longue durée dans un contexte de pénurie de ressources humaines et financières et d'optimisation de services de santé.

Contexte et description du problème : L'AEPC regroupe 58 centres d'hébergement de soins de longue durée répartis dans 11 régions du Québec. Étant donné l'intérêt commun pour un milieu de vie de qualité qui pourra répondre aux enjeux complexes du vieillissement de la population, nous avons développé un outil enraciné dans un champ de savoir infirmier lié à la pratique. Les déplacements aux formations et la participation aux différentes rencontres professionnelles ne sont pas toujours possibles de façon optimale, situation qui nous a amené à créer un espace virtuel de rencontres utilisé comme pont interrégional et inter-établissements, facile à utiliser, pour permettre des échanges professionnels en temps réel. Aussi, un autre aspect considéré a été le fait que certains professionnels, par exemple en nutrition, sont employés dans les centres d'hébergement à temps partiel; leur contact avec les autres professionnels (autant intra-établissement avec les autres professionnels qu'inter-établissements avec d'autres nutritionnistes) est réduit, ce qui affecte de façon importante la continuité des services et l'interdisciplinarité. L'isolement de ces professionnels induit trop souvent un travail *en silo* qui nuit aux résultats finaux de soins pour les résidents.

Méthodes :

Cadre de référence

L'apprentissage dans le contexte (« situated learning ») s'inscrit dans des environnements qui tiennent compte des préoccupations des participants, les compétences ainsi développées deviennent très significatives car elles se forment autour des échanges ouverts sur des problèmes reconnus communs.

Le contexte crée par le milieu de soins de longue durée et les normes s'y référant, **la communauté** composée par des intervenants travaillant dans ces milieux et **le contenu** formé par les préoccupations des intervenants à offrir des soins de qualité sont les éléments exploités conjointement par la CVP en soins de longue durée.

L'animateur joue le rôle d'accompagnateur pour les membres, organise le contenu et réalise le suivi sur l'utilisation de la CVP.

Résultats et discussions : La communauté compte présentement une cinquantaine de membres. L'implication de l'animateur est essentielle pour assurer le flux de l'information, la gestion des rencontres virtuelles et stimuler les discussions en proposant des sujets d'intérêt commun.

L'environnement virtuel intègre une variété de ressources sous forme de textes, des outils technologiques (forums de discussion, courrier électronique) et méthodologiques (avis, événements). Une des difficultés rencontrées a été le niveau inégal des connaissances informatiques des participants, ce qui a demandé des rencontres individuelles pour s'assurer de la compréhension du mode de fonctionnement. Une évaluation de l'implantation est prévue pour la fin de l'année.

Apport par rapport aux pratiques : Dans un premier temps, la CVP permet la diffusion des informations, l'accès aux connaissances liées à la pratique de soins de longue durée, ainsi que le partage et le transfert des connaissances dans un réseau inter-établissements.

Dans un deuxième temps, la CVP permet le développement du réseautage des intervenants appartenant à différentes professions : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, ainsi que d'un bottin de ressources liées à la pratique de soins de longue durée.

3. Maladies chroniques : expérimentation d'une mise en place d'éducation thérapeutique du patient chronique dans un département français.

Christine Michel, Michel Lamure et Louisa Beyragued, France

Horaires:

En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques. Certaines peuvent souffrir de plusieurs maladies à la fois. Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

La maladie chronique est un fait de société majeur par le nombre de personnes touchées qui est en constante augmentation : il s'agit d'un sujet éminemment politique dont tous les acteurs doivent se saisir.

Dans le département de l'Ain on recense en 2010, 83 738 personnes en ALD (Affections Longues Durées) dont 16 600 diabétiques auxquelles il faut rajouter les personnes malades chroniques non référencées ALD.

L'association UDESP, située dans l'Ain, porte depuis 2008 le projet de créer une maison départementale pour les maladies chroniques, pour l'accès et la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique hors hôpital, au plus près des patients.

Il ne s'agit pas d'une structure de soins mais d'un lieu ressource favorisant les liens et l'action commune des associations et des différents professionnels intervenant sur la santé des patients porteurs de maladies chroniques. Elle rassemblera ainsi les associations de patients afin de favoriser leur mutualisation de moyens et leur visibilité ainsi que leurs actions d'informations dans l'accompagnement des patients et de leurs familles. Cette maison sera également un appui pour les aidants, eux même bouleversés dans leur vie par l'irruption de la maladie de leur proche.

L'enjeu novateur de ce projet repose essentiellement sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP), processus régulier et continu, territorialisé au plus près des réalités de vie des patients.

Objectif du travail : L'objectif du travail est la mise en place d'une méthodologie pour faire sortir l'éducation thérapeutique du patient hors de l'hôpital et pour l'amener au plus près du quotidien des patients en bénéficiant de l'expertise expérientiel d'autres patients. Plus précisément, dans cette présentation, on s'intéressera à définir des Critères d'évaluation de performance et de qualité de l'Education thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de la mise en œuvre d'une Maison des Maladies Chroniques dans le département de l'Ain. On précisera ainsi les indicateurs de santé qui permettront d'apprécier l'impact de l'éducation thérapeutique sur l'état de santé des patients ayant recours à cette Maison des maladies chroniques dans le département de l'Ain, et, de montrer sa pertinence en matière de recours aux soins et à la santé, à travers quatre dimensions qui se rapportent essentiellement à :

- 1 – Plus value d'une ETP de proximité et territorialisée
- 2 – Adéquation de l'offre ETP au système de soins et de santé existant dans le département de l'Ain
- 3 – Amélioration du recours aux soins et réduction des inégalités territoriales
- 4 – Amélioration de l'Etat de santé perçue et de la qualité de vie

Méthodologie : La méthodologie proposée suit une démarche en trois temps qui comprend une phase d'élaboration et une phase d'essai :

- a) Revue de la littérature et sélection des critères et indicateurs déjà publiés et élaboration de nouveaux critères
- b) Sélection des critères : Ces derniers doivent être acceptés par les professionnels de santé (promoteurs et acteurs de terrain) et les patients. Ils devront avoir des indicateurs SMART (Pour cette phase utilisation de la méthode Delphi)
- c) Validation des critères auprès des professionnels de santé (Enquête par questionnaire) :

4. La "salute" dell'organizzazione. Sul ruolo degli intangibile assets nell'organizing del servizio sanitario pubblico.

Pierfranco Malizia, Italia

Horaires:

La sfida di fondo oggi per le organizzazioni del servizio sanitario pubblico è forse fondamentalmente costituita dalla necessità di sviluppare una imprenditorializzazione più professionale anche se non omologata, capace di sollecitare risorse interne ed esterne attraverso uno specifico e ben determinato orientamento strategico-organizzativo, in una situazione molto complessa che vede da un lato l'aumento crescente della domanda e, dall'altro, una sostanziale riduzione delle risorse a disposizione.

Necessità quindi di concentrarsi sull'organizzazione e sullo organizing in modo forte più che in passato, in quanto è proprio oggi che le organizzazioni della pubblica amministrazione delegate alla fornitura dei servizi sanitari sono definitivamente emerse come soggetti attivi e significativi non solo nell'ambito del welfare ma anche in quelli occupati dall'economia e dalla politica, soggetti che operano peraltro in un contesto affollato e competitivo; in altri termini, l'innovazione dei modelli organizzativi ed un modo differente di concepire l'organizing, possono essere fattori decisivi per una rinnovata capacità di risposta ai problemi.

In particolare questo orientamento strategico nell' organizing può significare soprattutto concentrarsi sugli intangibile assets (o, perlomeno alcuni fondamentali) che costituiscono il patrimonio immateriale anche delle organizzazioni del

servizio sanitario; questo contributo tenta di individuare alcuni attraverso una lettura sociologica dei fenomeni organizzativi contemporanei.

5. Visitas domiciliares na estratégia da saúde da família: situação encontrada na unidade básica de saúde da família do Jardim Guanabara I – Goiânia, Goiás.

Rômulo Mendes Silva, Bianka de Oliveira Silva, Cindy Fernandes Melo Alves, David Carvalho Resende, Diego Araújo, Gabriela Cristina Ferreira Borges, Gustavo Santana de Lima et Fernando Passos Cupertino de Barros, Brasil

Horaires: Jeudi 29: 14h-15:30 et vendredi 30: 11h-12:30 e 14h-15:30

Objetivo:

O objetivo geral é analisar a conformidade das visitas domiciliares (VD) realizadas pelas equipes de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF), no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011, com a periodicidade mínima preconizada pelas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). São objetivos específicos: a) conhecer os motivos de cada visita. b) identificar quais profissionais de saúde as realizaram.

Contexto e Descrição:

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou universal o acesso gratuito à saúde. A ESF, uma proposta do SUS, torna o serviço de saúde mais acessível à população. Ele é desenvolvido por profissionais da saúde e por agentes comunitários de saúde (ACS) que residem na área em que atuam e são treinados por meio de um curso de qualificação básica. Dessa forma, estratégias e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, recomendadas desde 1986 pela Carta de Ottawa, são mais facilmente implementadas.

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelecida pelo Ministério da Saúde, institui no mínimo 1 visita domiciliar mensal por família para sucesso da estratégia. Inserção sociocultural e critérios de risco e vulnerabilidade devem ser considerados.

Este trabalho visa analisar as visitas feitas pela UABSF do Jardim Guanabara I, localizada no município de Goiânia-GO/Brasil.

Materiais e métodos:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo ecológico. Foram utilizadas anotações manuscritas das seguintes fontes secundárias: prontuários de atendimento, fichas A (cadastramento) 1 saúde da unidade e relatórios consolidados. Para a análise das visitas realizadas por médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem (AE) utilizou-se uma amostra de 1.798 famílias, dentre 2.536 cadastradas na UABSF. As informações sobre visitas realizadas por ACS foram obtidas dos relatórios consolidados das equipes de saúde da família, com referência em todas as famílias cadastradas na unidade.

Resultado e Discussões:

Das 2.536 famílias cadastradas na UABSF, 1.798 (70,90%) foram objeto de análise dos prontuários de atendimento e fichas A, constatando a realização de 173 visitas por médicos, enfermeiras e AE no período em estudo.

O número de visitas feitas pelos ACS, registradas nos consolidados mensais, foi de 42.624 no período analisado. Esse número equivale ao total de visitas realizadas pela UABSF, uma vez que os ACS participam de todas elas.

Constatou-se uma média de 0,62 visitas por mês a cada família em 2009; 0,63 visitas em 2010 e 0,67 em 2011. Houve aumento da frequência das visitas, entretanto, continuam abaixo da média mínima mensal.

De acordo com os prontuários médicos e fichas A dessa UABSF, os principais motivos geradores das visitas foram: acompanhamento do paciente, principalmente em procedimentos de orientação, verificação de medicamentos, aconselhamento de dieta e verificação de exames (19,02%); visitas a puérperas, acompanhamento pós-parto e de recém-nascidos (18,48%) e realização/troca de curativos (9,24%).

Os consolidados mensais apontam como principais motivos geradores das visitas realizadas pelos ACS o acompanhamento de rotina e orientações (57,67%), acompanhamento de pacientes com hipertensão (28,25%) e diabetes (6,72%). Tais informações revelam a importância dos profissionais na educação e controle de doenças crônicas.

No período estudado, os ACS destacam-se por participarem sempre nas 42.624 visitas realizadas pela unidade. Os prontuários analisados indicaram que, no mesmo período, os médicos contribuíram com um total de 63 visitas realizadas, sendo 21 delas acompanhadas por enfermeira e 3 por AE. As enfermeiras participaram de 93 visitas, sendo que em 2 houve participação de AE. Em 38 visitas não houve o registro do profissional envolvido.

Contribuições e Interesse:

O estudo em questão é relevante para verificar se as visitas domiciliares contribuem com os objetivos da atenção primária. Apesar do aumento nesse período, a frequência das visitas continua baixa, indicando a necessidade de ampliação do número de famílias atendidas. Diferentes autores insistem que a visita domiciliar envolve ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde e fornecimento de subsídios educativos, daí sua importância. Há falhas de registros nos prontuários das visitas

realizadas e perda de arquivos, devido à utilização exclusiva de arquivamento manual. A partir dessa exposição, espera-se reorientar a prática e adotar a sistematização e o registro acurado das visitas domiciliares.

6. **Cooperação internacional para atenção a pacientes renais crônicos na Fronteira Brasil – Uruguai: um estudo de caso.**

Carla Gabriela Cavini Bontempo, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Francielle Lopes Alves et Helena Silveira Fagundes, Brasil

Horaires:

O mote deste trabalho é trazer discutir o caso dos pacientes renais crônicos dos municípios de Chuí e Chuy, separados apenas por uma rua na fronteira do Brasil com o Uruguai. Apresenta os resultados de um estudo realizado na região fronteira em debate, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério de Ciência e Tecnologia do governo brasileiro. Naquele território, com 16.319 habitantes, há cerca de 40 pessoas que necessitam se deslocar por 250 quilômetros no Brasil, ou 130 km no Uruguai para acessar o serviço de hemodiálise disponível. Desde a década de 1990, com a implantação de Comitês de Fronteira que favoreceriam a comunicação e a cooperação local entre os países, é pleiteado um Centro de Hemodiálise binacional composto por 11 máquinas em funcionamento e 3 para eventuais substituições, às segundas, quartas e sextas-feiras, contando com enfermeiros, pessoal treinado e médicos que se deslocariam de Rocha no Uruguai para acompanhar os procedimentos. Ainda que por alguns anos esses comitês tenham se desarticulado, a viabilização desse Centro não saiu da pauta local, tendo tomado fôlego nos últimos anos com a criação de uma Nova Agenda de Cooperação entre os países em questão. No artigo é traçada uma trajetória sobre a cooperação em âmbito local em limites fronteiriços, a caracterização dos sistemas e do acesso ao serviço de saúde, de forma que é possível vislumbrar o cenário posto. De fato são indicados avanços nas tratativas de consolidação do Centro, porém seguem impasses quanto ao financiamento das ações por parte dos governos, já que os sistemas de saúde do Brasil e do Uruguai são diferentes. Pretende-se que sua instalação se dê em solo uruguaio e que seja gerenciado por uma cooperativa de saúde (Cooperativa Médica de Rocha – COMERO), posto que aquela população conta também com hospital, ao passo que o lado brasileiro tem apenas uma Unidade Básica de Saúde, não tendo portanto, como dar suporte em caso de alguma intercorrência durante os procedimentos. Um convênio que torne exequível o repasse de recursos do Brasil para o Uruguai pode ser firmado, amparado por um acordo binacional que permite a compra de serviços na faixa de fronteira, porém o sistema de pagamento não ficou bem definido, inviabilizando o repasse de recursos financeiros. Enquanto as questões burocráticas não são resolvidas, essa população, que necessita do serviço, também enfrenta outras dificuldades, como a falta de emprego por conta dos três dias que necessitam viajar em busca de tratamento e o perigo a que se submetem pelas longas distâncias percorridas. Além da desestruturação da vida cotidiana e familiar. Por fim, o convênio também acarretaria em diminuição dos custos com o traslado desses pacientes, que no Brasil durante o ano de 2012 foram orçados em 7 mil reais mensais, que poderiam ser aplicados no referido centro.

7. **¿Se ajusta la formación que reciben los profesionales que atienden a personas con demencia a las recomendaciones de las guías de práctica clínica?**

Marta López de Argumedo, Gemma Villanueva, Marta López de Argumedo, José Asua, Eva Reviriego, Maider Mateos del Pino, Celia Gómez Poveda, Elena Aguirreche Olló, Rosana Fuentes-Gutiérrez et Lorea Galnares-Cordero, España

Horaires:

Contexto y la descripción del problema. A pesar del aumento en los últimos años del conocimiento sobre epidemiología, genética, factores de riesgo y mecanismos neuropatológicos que subyacen en la enfermedad de Alzheimer (EA) y de otras demencias, así como la generación de un creciente número de declaraciones de consenso y guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, poco se ha dicho o se ha hecho sobre la formación requerida por los profesionales involucrados en el cuidado de personas con este problema de salud. El proyecto europeo ALCOVE (Alzheimer COOperative valuation in Europe) ha abordado recientemente esta cuestión y ha planteado con ello un interesante campo de investigación sobre la atención de las personas con demencia.

Objetivo o la propuesta de la investigación

1. Comparar las prácticas actuales en relación a la formación del personal sociosanitario sobre la atención de personas con demencia en el País Vasco y su comparación con las recomendaciones propuestas por el estudio ALCOVE.
2. Proponer recomendaciones específicas para la formación de profesionales que trabajan con pacientes con EA y otras demencias (neurólogos, psiquiatras, proveedores de atención primaria, enfermeras, asistentes sociales...) de cara a mejorar la atención sanitaria de estas personas.

Teorías, los métodos, los modelos y los materiales utilizados: Con el fin de recoger la información necesaria para llevar a cabo los objetivos propuestos, se diseñó y distribuyó a principios de 2013 un cuestionario en versión electrónica y en papel, a más de 2.000 profesionales sanitarios y sociales del País Vasco. Este cuestionario incluye cuestiones relativas a la formación recibida y demandada sobre aspectos clínicos (pruebas diagnósticas, diagnóstico precoz, seguimiento, evolución, tratamiento farmacológico y no farmacológico), así como sobre otros aspectos como el apoyo a las actividades de la vida diaria, los cuidados paliativos, las estrategias de apoyo a los familiares, ayudas socio-sanitarias disponibles, aspectos éticos y legales, coordinación del trabajo en equipo, la discapacidad, así como sobre procesos de calidad asistencial.

Resultados: Hasta finales de abril de 2013 se han recogido un total de 783 cuestionarios respondidos y actualmente se está llevando a cabo el análisis de la información recogida. Los resultados de este análisis estarán disponibles a finales del mes de mayo y permitirán conocer la situación actual sobre la formación de que disponen los profesionales sanitarios tanto del ámbito sanitario público como privado. Además el cotejo de esta información con las recomendaciones del ámbito europeo que se derivan del estudio ALCOVE, ayudará a identificar las áreas formativas y las características de la formación demandada de forma que permita ajustar la oferta a las necesidades reales de este colectivo profesional.

Discusión: La atención de los pacientes con EA y otras demencias precisa de una preparación específica que permita a los profesionales sanitarios y sociales maximizar los efectos beneficiosos del tratamiento, así como dignificar y humanizar el cuidado y la vida de las personas con estas patologías.

8. Optimisation des procédures du set up des patients atteints de cancer du district du Bassin.

Giovanni Mazzoni, Liliana Balardi, Sofia Pellegrinil, Luigi La Riccia et Luigi Imperiale, Italia

Horaires: 29, 30 et 31 août, 12:00-13:00 h

La reproductibilité de la position du bassin du patient dans son système d'immobilisation est une exigence fondamentale pour assurer un traitement optimal des cancers pelviens. L'utilisation quotidienne de l'imagerie dans le bunker avant chaque séance de radiothérapie permet la détection et la correction presque totale de l'erreur du set up. Cela se fait par un déplacement de la table de traitement, le long des trois axes x, y, z, égal à l'erreur mesurée. La rotation antéro-postérieure du bassin, qui a été partiellement compensée par le déplacement constitue une erreur résiduelle, à considérer dans la planification. RIASSUNTO: La riproducibilità della posizione del bacino del paziente nel suo sistema di immobilizzazione è un requisito fondamentale per garantire un trattamento ottimale delle neoplasie pelviche. L'impiego quotidiano dell'imaging in bunker prima di ogni seduta di radioterapia permette l'individuazione e la correzione quasi totale dell'errore di set up. Questo avviene mediante una traslazione del lettino di trattamento, lungo i tre assi x,y,z, pari all'errore misurato. La rotazione antero-posteriore della pelvi, parzialmente compensabile mediante traslazione, configura un errore residuo, da considerare nella pianificazione. CALCUL ET CORRECTION DE L'ERREUR DU SET UP: Pour toute erreur du set up du patient on définit comme la différence entre la position du target au cours du traitement d'irradiation et celle programmée dans le plan de traitement. L'ICRU considère trois sources d'incertitudes géométriques qui peuvent affecter la bonne exécution du plan de traitement: (1) les changements du set up du patient, (2) les erreurs de organ motion, (3) des erreurs liées à la machine. Les erreurs du set up patient sont causées par des variations dans le positionnement journalier du patient sur le divan du traitement. Certaines de ces variations sont inévitables, malgré des mesures appropriées ont été mises en place pour assurer la meilleure reproductibilité possible. Les erreurs du set up peuvent être divisés en deux catégories: aléatoires et systématiques. Les erreurs systématiques se produisent lorsque l'irradiation moyenne de la géométrie en cours de traitement diffère de la géométrie du plan de traitement. L'erreur systématique est plus important que l'erreur aléatoire parce que, si elle n'est pas corrigée, est répétée systématiquement à chaque session, et ne peut être éliminé par la répétition de la mesure. La radiothérapie guidée par l'image (IGRT) nous permet de capturer des images du patient, donc l'organe cible, directement sur la table juste avant le traitement de radiothérapie. Ceci permet la correction de l'erreur du set up on line. L'acquisition des images IGRT dans le Service de Radiothérapie de Ancona a lieu au moyen d'un On Board Imager (OBI), un système à rayons X se compose d'un tube à rayons X et un silicium amorphe à écran plat monté perpendiculairement à la culasse de l'accélérateur linéaire. Le système OBI permet l'acquisition d'images en 2D (kV) et 3D (CBCT, Cone Beam Computed Tomography). Après l'acquisition de 2D ou 3D d'un logiciel dédié permet de superposer les images obtenues avec celles du plan de traitement, ce qui permet la correction du set up du patient. Nous nous sommes concentrés sur l'utilisation des images 2D en latéro-latérale pour quantifier l'angle de rotation du bassin dans le sens antéro-postérieur qui représente l'erreur résiduelle. SYSTÈMES DE RETENUE: Les systèmes d'immobilisation utilisés dans le service de radiothérapie d'Ancône pour les traitements du bassin sont Combifix et mousse de polyuréthane.

MÉTHODE D'ÉVALUATION DE L'ANGLE DE ROTATION: Pour un groupe de 34 patients en traitement nous avons procédé à l'acquisition d'images 2D kV pour la correction du set up dans les trois axes x, y, z. Pour chacun d'entre eux ont été calculés pour chaque séance de traitement, les angles de rotation du bassin dans le sens antéro-postérieur selon la méthode suivante: l'image numérique de référence reconstruite par CT centrage (DRR) en projection latérale a

été tracée une première ligne horizontale, parallèle au réticule à travers exactement la moitié de la symphyse pubienne. A partir de ce moment, sur le devant du pubis, a été tracée une deuxième ligne oblique, parallèle au bord avant du pubis suivant le profil de la symphyse pubienne et de la branche ischio. En utilisant la même méthode a été déterminé l'angle du pubis sur chaque kV.

CONCLUSIONS: Comme prévu, l'analyse des données a montré une importante rotation du bassin, quel que soit le système utilisé pour l'immobilisation. Dans un tiers des patients la déviation s'est produite systématiquement dans le même sens. Afin de réduire la rotation du bassin sur l'axe x, ont été mis en place certaines mesures correctives sur le mode d'immobilisation de patients sur Combifix. L'efficacité des modifications apportées au protocole du set up a montré une amélioration de la reproductibilité de la position du bassin avec une réduction significative de l'erreur systématique tout en notant la persistance d'une petite erreur résiduelle de rotation. Ces données ont été assimilées dans le protocole IGRT en usage au Service de Radiothérapie de Ancona; moyenne incertitude rotation résiduelle du bassin documenté par IGRT est compensée dans la délimitation de PTV personnalisé pour chaque patient.

9. Formação e educação permanente em saúde: alguns pressupostos para os trabalhadores da saúde indígena.

Eliana E.Diehl, Marcos A. Pellegrini et Esther Jean Langdon, Brasil

Horaires: 29 de agosto: 11:00 h - 11:30 h, 30 de agosto: 11:00 h - 11:30 h, 31 de agosto: 11:00 h - 11:30 h

No Brasil, a atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros foi definida em 1999 como um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), cujo modelo tem entre seus princípios, denominado "atenção diferenciada", o respeito a formas específicas de atenção à saúde e à doença usadas pelos diversos povos e comunidades. A participação individual e coletiva dos indígenas na formulação, execução e avaliação das ações e serviços também é considerada um direito (e um dever), sendo que na atuação como profissionais de saúde, são enfatizados o vínculo empregatício e a formação e capacitação de indígenas. Valendo-nos de pesquisas etnográficas conduzidas desde a década de 1990 entre diferentes povos indígenas, tratando de temas como agentes indígenas de saúde, participação e controle social, atenção diferenciada e profissionalização de indígenas para a saúde, nesse trabalho buscamos refletir sobre a formação e educação permanente no modelo de atenção à saúde indígena.

A incorporação de indígenas nos serviços como agentes indígenas de saúde já era uma estratégia utilizada antes da implementação do subsistema, porém a inserção e o trabalho desses profissionais a partir de 1999 se deram (e ainda se dão) com ambiguidades e conflitos, deixando muitas dúvidas e lacunas sobre quais seriam as formas mais adequadas de encaminhar tais processos. Da mesma maneira, profissionais não indígenas de saúde, como membros das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), também se mostram despreparados para atuarem em contextos interétnicos muito heterogêneos.

Desde 2000, a formação e capacitação de trabalhadores para a saúde no Brasil têm sido objetos de políticas e ações intersetoriais (envolvendo especialmente os Ministérios da Saúde e da Educação), baseadas na educação permanente pautada na multiprofissionalidade, na resolução de problemas vividos pelas equipes de saúde, no uso de pedagogias problematizadoras e no compromisso entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários. Várias iniciativas, desde o ensino médio até a pós-graduação, passaram a ser implementadas, como as Diretrizes Curriculares Nacionais, o

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde para a graduação e a Universidade Aberta do SUS, a Residência em Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família para a pós-graduação.

Em que pese esse contexto propício, na saúde indígena a formação na graduação está longe de contribuir para atuação em contextos interétnicos e interculturais e as capacitações dos trabalhadores têm sido descontínuas e de modo geral desconsideram especificidades socioculturais, mantendo o foco na biomedicina e pouca ou nenhuma ênfase aos estudos etnológicos e antropológicos na área da saúde. Portanto, a formação e educação permanente se mostram como uma das diretrizes mais frágeis e inconclusas da agenda do subsistema. Salientamos que essa reflexão não é exaustiva, procurando trazer alguns elementos que contribuem para o debate, destacando os pontos críticos e os desafios para a efetivação da atenção à saúde indígena, principalmente por ter negligenciado, nos últimos anos, o papel da educação permanente como constituinte do espaço de diálogo necessário à compreensão da diferença dos processos de saúde-doença-atenção vivenciados nas diversas regiões do país.

Descritores: Serviços de Saúde do Indígena; Educação Continuada; Formação de Recursos Humanos; Atenção Primária à Saúde; Índios Sul-Americanos.

10. L'effet des TIC sur la pratique infirmière dans le cadre d'une organisation apprenante en région éloignée.

Marie-Pierre Gagnon, Julie Payne-Gagnon, , Jean-Paul Fortin, Guy Paré et José Côté, Québec

Horaires: Pauses café du jeudi 29 août (am et pm) et à la pause café du matin le 30 août.

Objectif de la recherche

Cette étude analyse l'impact des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le cadre d'une organisation apprenante sur la pratique, le recrutement ainsi que la rétention des infirmières dans un centre de santé et des services sociaux (CSSS) en région éloignée dans la province de Québec, au Canada.

Contexte : Au début des années 2000, plusieurs erreurs sentinelles, une lente déprofessionnalisation du personnel infirmier ainsi qu'un grand nombre de départs à la retraite causant une perte importante de capital du savoir paralysèrent le CSSS étudié. Un comité fut mis sur pied afin de se pencher sur ces problématiques. La solution choisie par les membres du comité pour surmonter ces enjeux fut l'instauration d'une nouvelle culture organisationnelle favorisant les apprentissages collectifs et le transfert de connaissances en milieu de travail, l'*organisation apprenante*. Cette recherche s'intéresse particulièrement aux TIC développées et utilisées dans le cadre de l'organisation apprenante et à leurs impacts sur la pratique infirmière.

Méthodologie : Nous avons adopté une approche par étude de cas pour cette recherche. Les données furent collectées par des entrevues semi-structurées en face-à-face dans la région visée par l'étude. La codification des données fut basée sur une carte conceptuelle développée par les auteurs et visait à décrire la vision et l'expérience des participants.

Résultats et discussion : Dix personnes ont participé aux entrevues. Dans l'ensemble, il semble que pour les participantes interviewées, l'organisation apprenante ait mis un frein aux enjeux de perte du savoir et de qualité du travail présents dans l'établissement.

Un des outils de transfert de connaissances privilégié dans l'organisation apprenante est la vidéo, que ce soit sous forme de DVD ou de mémo-animé. Ces vidéos « faits maison » sont une manière de rendre à la fois accessible, transportable, personnalisée et simple la prise d'information au travail, tout en offrant aux infirmières un soutien clinique même quand leurs collègues sont indisponibles. Ces observations rejoignent celles de plusieurs auteurs sur les avantages des TIC dans les organisations. Il faut aussi noter les bénéfices de l'organisation apprenante au niveau du travail infirmier, se traduisant par une autonomie accrue, des gains en temps, une diminution du stress au travail ainsi qu'une uniformisation de la pratique quotidienne.

L'organisation apprenante a aussi permis une amélioration de la communication et de la collaboration entre les infirmières, à travers les outils tels que l'*iPad* et l'*iPhone*, mais aussi par la collaboration demandée dans l'élaboration de projets pour l'organisation. Cette participation a suscité chez plusieurs infirmières un sentiment de reconnaissance et de fierté. Il faut aussi noter l'amélioration générale de la satisfaction au travail depuis les débuts de l'organisation apprenante.

Contrairement à la littérature sur le sujet, les effets des TIC de l'organisation apprenante sur le recrutement et la rétention des infirmières dans cette région restent mitigés. Bien que l'apport des TIC ne soit pas remis en question, des facteurs tels que les contextes familiaux et de travail ainsi que l'origine des infirmières semblent être plus importants dans le choix de travailler en région.

Malgré tout, l'organisation apprenante fait face à des défis de plusieurs ordres. L'accessibilité aux outils technologiques de l'organisation apprenante est encore inégale dans les installations du CSSS et son intégration chez l'ensemble des professionnels de la santé n'est pas encore complète.

De plus, les restrictions budgétaires empêchent certains projets de voir le jour. Les importants coûts reliés aux TIC sont d'ailleurs souvent rapportés dans la littérature comme une barrière à leur implantation en milieu de travail.

11. Características clínicas e sociodemográficas de pacientes com HIV/AIDS atendidos em um município da Bahia, Brasil.

Ana Margarete Cordeiro da Siva Maia, Amanda Pamponet Brandão de Cerqueira Camilla de Souza Cerqueira; Geovania Brandão de Oliveira et Eujcely Cordeiro Santiago, Brasil

Horaires:

Introdução: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) mostram-se como um importante problema de saúde pública e de bem-estar social, estando sua disseminação e incidência associada às profundas desigualdades da sociedade, evidenciando assim uma epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico (GABRIEL; BARBOSA; VIANA, 2005). As manifestações clínicas associadas à AIDS estão diretamente vinculadas à diversidade social e cultural, uma vez que as ocorrências das infecções oportunistas pelo HIV diferem umas das outras em diferentes localidades do mundo.

Objetivo: analisar as características clínicas e sociodemográficas de pacientes com HIV/AIDS atendidos no Centro de Referência de um município da Bahia, Brasil, 2011.

Método: estudo quantitativo, do tipo descritivo. A coleta de dados foi realizada através de ficha de notificação, livro de registro e relatório anual dos pacientes acompanhados no Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) do município em estudo. Foram realizados 215 formulários de pacientes e as informações

colhidas foram configuradas através de uma análise estatística, utilizando os programas Microsoft Excel e Word na versão 2007, sendo processados e digitados os dados como meio de estruturação e organização das variáveis.

Resultado e Discussão: Os dados foram devidamente avaliados e interpretados, pautando em sete variáveis, que foram agrupadas em duas categorias: I – Dados sociodemográficos; II – Dados clínicos. O perfil delineou-se como pacientes do sexo masculino 64,65%, com idade que variavam de 20 a 29 anos 31,16%, com relação ao grau de escolaridade 40,93% tem o ensino fundamental incompleto, 55,81% residem na zona urbana do município o que justifica tal fato pelo início da disseminação do HIV/AIDS, onde a difusão havia sido em grande parte urbana, 16,74% tem como ocupação o trabalho no lar. No que se refere aos dados pertinentes à clínica, observou-se que a principal exposição ao risco foi considerada a via sexual 96,27%, e a orientação sexual com maior destaque foi à heterossexual com 72,55%. A Organização Mundial de Saúde considera a transmissão heterossexual como a mais frequente do ponto de vista global, trazendo consigo os fatores que aumentam o risco de transmissão numa relação sexual (BRASIL, 2006).

Considerações finais: Embora muitas sejam as ações realizadas na atualidade que visem informar a sociedade sobre a transmissão e prevenção do vírus, a incidência demonstra que ainda há muito a que se aprimorar, é preciso direcionar a públicos-alvo diferentes maneiras específicas e assim abranger uma grande massa da sociedade, desmistificando a doença e assim promovendo uma melhor qualidade de vida, assim como uma esperança de mudança.

12. Câncer de mama: percepção das mulheres acerca da realização dos exames diagnósticos para prevenção.

Ana Margarete Cordeiro da Siva Maia, Karolyne Guimarães da Silva Araújo; Pâmila Araújo Xavier de Souza; Michelle Teixeira de Oliveira et Suzana Alves Nogueira, Brasil

Horaires:

Introdução: O câncer (CA) de mama é o segundo mais abundante no mundo. No Brasil, é o mais prevalente no sexo feminino, entre 40 e 69 anos. Ele é responsável por um número elevado de óbitos entre as mulheres adultas, sendo considerado um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2007). De acordo com Abreu e Koifman (2002), é uma das doenças mais temidas pelo público feminino, e sua incidência está cada dia mais crescente, interligado a esse fator, está o diagnóstico tardio da doença, decorrente de uma política ineficaz de controle e rastreamento, tendo a mamografia, juntamente ao exame clínico das mamas e o auto-exame, como aliados fundamentais.

Objetivo: analisar o conhecimento das mulheres atendidas em um serviço de referência em mastologia sobre a realização dos exames diagnósticos para a prevenção do câncer de mama.

Método: pesquisa com abordagem qualitativa realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas (13 clientes atendidas no centro de referência em mastologia de um município da Bahia, Brasil) nos meses de agosto a novembro de 2012. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010).

Resultado e Discussão: Os resultados foram categorizados da seguinte forma: **O cliente em busca do atendimento**, a maioria das mulheres que foram entrevistadas informaram que realizam os exames anualmente, e temem pelo surgimento de alguma alteração mamária, principalmente aquelas que já tiveram alguma patologia na mama. Outras ainda desconhecem os serviços disponíveis pelo SUS para o atendimento, como as consultas clínicas e exames diagnósticos, referem só procurarem a assistência médica quando apresentam algum sintoma. O programa de rastreamento populacional do CA de mama é realizado justamente com o objetivo de buscar estas usuárias que não conhecem os serviços disponíveis, no sentido de diagnóstica essa enfermidade. **Realização do diagnóstico precoce para o câncer de mama**, a maioria das mulheres comparecem a consulta com o mastologista como prevenção secundária em relação à realização dos exames diagnósticos para o CA de mama, informam que já fizeram alguma vez a mamografia e a ultrassonografia mamária e relatam desconhecerem ou não realizarem com frequência o autoexame das mamas. Assim, elas devem ser esclarecidas sobre a importância da realização destes exames a fim de evitar agravos futuros que possam ser irreversíveis. **Acesso aos serviços para realização dos exames preventivos para o câncer de mama**, as dificuldades enfrentadas pelas entrevistadas vão desde a marcação de consultas até a locomoção para a realização dos procedimentos. O serviço de saúde deve adequar o atendimento as necessidades de cada indivíduo, visando à atenção integral.

Considerações finais: Conclui-se, que as mulheres ainda desconhecem seus direitos a respeito dos exames que podem e devem realizar para a prevenção do CA de mama, enfrentando dificuldades para marcação de consultas e realização de exames, além de possuírem muitas dúvidas em relação à patologia, devendo então ser mais divulgado os métodos de prevenção e controle. Portanto, a realização regular dos exames para o diagnóstico do Ca de mama é de extrema importância para o bom prognóstico do paciente, pois o hábito dessas práticas contribui para a detecção do câncer ainda na fase inicial, antes que qualquer alteração possa vir a surgir.

13. Les transferts Intra-Muros de patients: projet de diffusion des bonnes pratiques par e-learning.

Mathieu Louiset, Xavier de Béthune et Elisabeth Darras, Belgique

Horaires: 15:30 le jeudi 29, la pause de 10:30 le vendredi 30 et l'accueil de 8:30 du samedi 31

Objectifs du projet : Notre question de départ est de savoir comment diffuser au plus grand nombre de personnes possible les techniques permettant d'organiser au mieux les transferts grâce à des méthodes d'amélioration des processus.

Contexte et description du problème : En lien direct avec le projet de formation des transferts intramuros des 3 Ecoles et Faculté de Santé Publique, il nous semble que les institutions ont encore souvent besoin d'un soutien théorique et pratique pour la mise en place de projets d'amélioration continue.

Ce pourquoi, nous avons pris en compte les méthodes d'organismes reconnus comme l'Institut for Healthcare Improvement aux USA.

Ces derniers ont lancé l'Open School, un cours de masse à destination des professionnels de la santé avec comme objectif de les sensibiliser et les former au management et l'amélioration de la qualité. Cette méthode a pour objectif d'améliorer la situation de base dans les hôpitaux.

Théories, méthodes, modèles et matériaux employés : A partir du cycle PDCA et de nos formations-actions précédentes, nous avons gardé des outils validés comme par exemple : plan de communication, OSSIE guide, SBAR, ISOBAR, Check liste et feuille de transfert.

De plus, pour augmenter la pertinence de cette formation, nous travaillons sur la traduction, et l'adaptation aux contextes locaux, des résumés de l'Open School.

La méthode de transmission de ces différents outils sera une formation par e-learning avec une proposition d'accompagnement des équipes de terrains et le développement d'un réseau d'échanges de pratique.

Pour chaque projet, 10 personnes, de minimum 4 services, seraient formées par institution afin de diffuser les pratiques au public le plus large possible.

Résultats et discussion : Nous mettons au service des hôpitaux notre expérience, acquise lors des formations-actions précédentes, via un système de e-learning qui évite les problèmes liés aux déplacements, à la manière de ce qui se fait aux USA pour l'Open School de l'IHI.

Ce sont des nouveaux outils à la croissance actuellement forte qui diffusent de l'information internationale validée et adaptée au contexte local.

Le défi qui attend notre faculté est la diffusion des informations, l'adhésion des individus à ce type de programme puis l'évaluation de l'impact de cette technique sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

Apports et intérêt du poster par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques : Il s'agit d'une expérience locale qui pourrait servir à d'autres institutions francophones.

14. Tratamento da tuberculose das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional em um município da Bahia, Brasil: um estudo de caso.

Juliana Alves Leite Leal, Maria Angela Alves do Nascimento, Vallesca Ihasmim Oliveira Chaves, Marluce Maria Araújo Assis, Erenilde Marques de Cerqueira et Pricila Oliveira de Araújo, Brasil

Horaires:

No Brasil, a tuberculose (TB) é considerada uma questão de saúde pública desde o início do século XX e continua a preocupar as autoridades sanitárias de todo país, uma vez que sua incidência vem aumentando em várias regiões do mundo desde a década de 1980. Tal aumento é atribuído, sobretudo, a deterioração das medidas de controle, as precárias condições econômicas e até a epidemia da doença pelo HIV/AIDS (ROZMAN; SANTOS; ROZMAN, 2007). Estima-se que um, em cada quatro brasileiros, esteja infectado pelo bacilo de Koch (BARREIRA; GRANJEIRO, 2011). O estado da Bahia encontra-se dentre as cinco unidades federativas que notificaram mais de quatro mil casos da doença e foram responsáveis por 55% dos casos no país (BRASIL, 2011). Particularmente nas penitenciárias o número de pessoas privadas de liberdade (PPL) com tuberculose (TB) é alto devido a precariedade física e ambiental diante das baixas condições higiênicas e superpopulação (OLIVEIRA; CARDOSO, 2004). E, uma das graves falhas de combate à TB é a não adesão ao tratamento, pois poderá aumentar a sua transmissibilidade (GONÇALVES; COSTA; MENEZES, 1999).

Objetivo: descrever as formas de tratamento das PPL com TB.

Metodologia: Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, realizada no Conjunto Penal de um município da Bahia com as PPL que tiveram TB e realizaram o tratamento na instituição. No período estudado, encontravam em tratamento da

TB apenas três PPL, todos eles voluntariamente participam deste estudo. Para coletar os dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a observação sistemática; a técnica de análise foi análise de conteúdo. O estudo obedeceu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que tange à ética na pesquisa com seres humanos.

Resultados: No conjunto penal estudado a equipe de saúde é constituída de duas enfermeiras, uma auxiliar de consultório do dentista (ACD), quatro técnicos de enfermagem, três médicos, um assistente social, dois dentistas e um psicólogo. Essa equipe de saúde orienta as PPL com TB, cuida e oferece apoio emocional, estando sempre dispostos a ajudar. Durante o tratamento, foi observado que as PPL ficavam com as medicações nas celas, ficando responsáveis por tomá-los nos horários prescritos. Entretanto, durante o período de observação, não houve um acompanhamento ou supervisão da equipe, em particular da enfermeira, quanto ao uso desses medicamentos pelas PPL. Apesar de quinzenalmente, haver consultas com a equipe de saúde, numa forma de observar o andamento do tratamento. A medicação é disponibilizada pelo Centro Especializado Leone Leda de Carvalho (CSE), aonde existe o serviço de controle da TB.

Conclusão: As PPL recebiam as medicações corretamente, não apresentaram reações adversas, realizaram as consultas de acompanhamento e os exames (raio X de tórax, baciloscopia, exame de HIV) e receberam alimentação adequada, aspectos importantes para uma adesão efetiva ao tratamento da TB. Todavia, observou-se ainda, que as pessoas diagnosticadas com a tuberculose pulmonar sofrem não só pelas manifestações clínicas da doença, mas também pela possibilidade de vivenciarem o preconceito e a rejeição por estarem privadas de liberdade, o que consequentemente, acaba por interferir nas relações sociais, seja na afetividade, seja no tratamento.

15. Cuidado gerencial da enfermeira na atenção à saúde do idoso no programa saúde da família de feira de santana– BA, BRASIL.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Vallesca Ihasmim Oliveira Chaves, Juliana Alves Leite Leal, Marluce Maria Araújo Assis et Erenilde Marques de Cerqueira, Brasil

Horaires:

O processo de trabalho da enfermeira organiza-se nas atividades cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar (PERES; CIAMPONE, 2006). Nas décadas de 1960 e 1970 a prática curativa estava fortemente presente nas políticas de saúde, com exigência de um profissional especializado para a área hospitalar com ações voltadas a essas práticas. Contudo, o planejamento desse cuidado já era utilizado (KLETEMBERG et al., 2010). A Enfermagem como profissão institucionalizada, assumiu a organização da assistência ao 'paciente' com a adoção de rotinas e protocolos, utilizando o gerenciamento como instrumento de trabalho, na prestação da assistência direta e indireta, quer na organização do cuidado, quer na organização do ambiente e dos profissionais de enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2005). A prática profissional da enfermeira compreende o gerenciamento da assistência ao 'paciente', que é implementada através do planejamento das ações, tomada de decisões, adequação de recursos materiais e gestão de pessoas (TREVIZAN et al., 2002). Com a reorganização do sistema de saúde focado na atenção básica na década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), um dos programas ali desenvolvidos é a atenção à saúde do idoso diante o aumento do seu tempo de vida. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) revelam que no Brasil há uma população idosa de aproximadamente 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Na região Nordeste essa população é de 5.646.000 e na Bahia, há 1.566.000 de idosos. Tais informações revelam um aumento quantitativo de idosos e esse envelhecimento torna a saúde foco de cuidado. Diante desta realidade brasileira, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso, com a adoção de medidas coletivas e individuais de saúde (BRASIL, 2006a). Sendo assim, a Enfermagem é fundamental para operacionalização dessa política, principalmente no que tange a Atenção Primária à Saúde, destacando-se o gerenciamento da assistência da saúde do "paciente". Pois a Enfermagem desde a sua institucionalização vem assumindo a organização da assistência ao 'paciente' com a adoção de rotinas e protocolos, utilizando o gerenciamento como instrumento de trabalho, na prestação da assistência direta e indireta, quer na organização do cuidado, quer na organização do ambiente e dos profissionais de enfermagem. Diante de tal realidade, questionamos: como se dá o processo de trabalho gerencial da enfermeira na atenção à saúde do idoso no PSF? Para tanto, este estudo teve como

objetivos compreender a prática gerencial da enfermeira na atenção à saúde do idoso em unidades de saúde da família do PSF de Feira de Santana; analisar os cuidados gerenciais da enfermeira na assistência à saúde do idoso no PSF.

Metodologia: estudo qualitativo, realizado em cinco unidades de saúde da família de Feira de Santana selecionadas aleatoriamente; os sujeitos participantes foram cinco enfermeiras com mais de seis meses atuando na USF e cinco idosos assistidos nas referidas unidades. Entrevista semiestruturada e observação sistemática foram técnicas utilizadas para coletar os dados que foram posteriormente sistematizados e analisados pelo método análise de conteúdo. Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética.

Resultados: Nas USF a atuação da enfermeira é focada nos programas preconizados pelo MS voltados para Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, mas nesse estudo destaca-se a atuação da enfermeira na Saúde do Adulto/Idoso (HIPERDIA, Saúde do Homem). Dentro desse contexto, observamos um enfoque nas atividades assistenciais, com certo distanciamento das atividades gerenciais por parte das enfermeiras. Quando indagadas sobre as atividades realizadas nas unidades, elas não citaram a gerência apesar de que durante a execução do seu trabalho a gerência é inerente sua atividade. A falta de conhecimento das enfermeiras acerca da prática gerencial leva a precarização do trabalho e da própria assistência prestada ao idoso. Vimos que a prática da enfermeira na atenção à saúde do idoso ainda é muito incipiente e centrada na atenção ao idoso que tem diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, esquecendo-se da necessidade de avaliação multifuncional deste sujeito. Assim, o processo de trabalho da enfermeira nesse programa compreende as vertentes da sua profissão e requer conhecimento e habilidades técnicas para desenvolver o trabalho com efetividade. A enfermeira deve estar capacitada para atender essas populações, com todas as suas particularidades.

16. Cuidado à saúde aos portadores do bacilo de hansen numa unidade de referência no Brasil: um estudo de caso.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Mariana de Oliveira Araujo, Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Bianca de Oliveira Araujo et Erenilde Marques de Cerqueira, Brasil

Horaires:

A história da hanseníase é marcada por estigmas e preconceitos, devido a sua transmissibilidade e as incapacidades físicas que podem trazer ao seu portador, representando um problema de saúde pública. Assim, compreendemos que é preciso haver um cuidado à saúde com condições de acesso e equidade para uma assistência acolhedora, e equânime, com a responsabilização do vínculo entre o serviço, trabalhador de saúde e usuários. Esse modelo deve contribuir para que o usuário receba uma atenção à saúde direcionada para práticas que dêem respostas às necessidades de saúde com a resolubilidade dos problemas, dispositivos esses considerados fundamentais à assistência à saúde. Para tanto, esta pesquisa teve como **objetivo** analisar o cuidado à saúde prestado pelos trabalhadores de saúde no Programa de Controle da Hanseníase (PCH) de Feira de Santana aos usuários do Programa em tratamento.

Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Participaram deste estudo 12 sujeitos, ou seja, seis (6) trabalhadores e seis (6) usuários do Programa de Controle da Hanseníase (PCH). O campo de estudo foi o Centro de Saúde Especializado de Feira de Santana – BA, no qual funciona o serviço. Ressalta-se que a pesquisa respeitou os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 196 de 1996. Para coletar os dados foram utilizadas a observação sistemática e a entrevista semiestruturada. A Análise de Conteúdo foi o método selecionado para analisar os dados.

Os **resultados** deste estudo mostraram que a atenção prestada ao usuário portador de hanseníase no PCH de Feira de Santana apresenta limites que precisam ser superados para a promoção de uma assistência acolhedora, pois, muitas vezes, as ações dos trabalhadores de saúde encontravam-se centradas no modelo biomédico, na valorização dos sinais e sintomas e na medicalização, enfim, focalizada na doença e não no doente/ usuário enquanto sujeito do processo saúde doença. Todavia, vislumbrou-se a possibilidade do exercício de uma prática desenvolvida no PCH marcada por aspectos que têm facilitado e contribuído para a construção do acolhimento ao usuário, dentre eles a existência de um comprometimento da equipe do PCH tanto com o usuário como sujeito singular (subjetividade) como também no cuidado durante o processo saúde doença frente ao tratamento, inclusive com a busca de seus familiares e comunicantes. Todavia, observou-se a satisfação desses usuários à atenção recebida, principalmente pela médica do Programa, o que favorece o desenvolvimento do acolhimento no PCH. Diante destas considerações, acredita-se que o acolhimento se constitui em uma ferramenta que possibilita o exercício da cidadania e a prática de uma assistência humanizada e resolutiva, através da valorização do usuário enquanto sujeito do processo de trabalho em saúde.

17. L'implantation d'un système de prescription électronique dans les services de santé première ligne : Une revue systématique.

Édith-Romy Nsangou, Marie Pierre Gagnon, Sonya Grenier, Julie Payne-Gagnon et Claude Sicotte, Québec

Horaires:

Objectif de la recherche

Les objectifs de cette revue systématique sont de répertorier les barrières et les facilitateurs perçus par les différents groupes d'utilisateurs lors de l'implantation d'un système de prescription électronique dans les services de santé de première ligne.

Contexte

La prescription électronique dans les services de santé de première ligne est la transmission électronique de données entre les établissements de soins de première ligne et les pharmacies communautaires. L'implantation de cette technologie est susceptible d'améliorer l'efficacité du processus de prescription et de réduire les erreurs de médication, tout en favorisant la sécurité et la qualité des soins de santé. L'implantation d'un système de prescription électronique implique des acteurs ayant des perceptions différentes quant aux changements requis en vue de cette implantation dans leur environnement de travail. Les utilisateurs constituent des groupes de personnes adéquates pour nous renseigner sur les facteurs pouvant limiter ou contribuer à la réussite de l'implantation de la prescription électronique. C'est dans cette optique qu'il s'avère indispensable de s'intéresser préalablement à leurs perceptions dans le but faciliter l'implantation de cette technologie.

Méthodologie

Une revue systématique de littérature a été effectuée par un spécialiste de l'information sur la base de données électronique PubMed pour la période allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2012. Nous avons retenu les études empiriques répondant à la question de recherche suivante : quels sont les barrières et les facilitateurs perçus par les différents groupes d'utilisateurs lors de l'implantation de la prescription électronique dans les établissements de soins de santé de première ligne ? Deux réviseurs ont procédé à la sélection des études en appliquant les critères d'inclusion suivants : devis empirique (étude quantitative, qualitative ou mixte), mention d'items perçus comme des barrières ou des facilitateurs par les utilisateurs lors de l'implantation d'un système de prescription électronique dans les soins de première ligne. Quatre groupes d'utilisateurs de la prescription électronique ont été ciblés : les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les autres professionnels de la santé. L'extraction des données des études incluses a été réalisée indépendamment par deux auteurs à l'aide d'une grille d'extraction proposant une catégorisation préétablie des barrières et facilitateurs selon le cadre de Delone et McLean.

Résultats et discussion

Au total, 37 des 230 publications issues de la stratégie de recherche ont été retenues. Le devis des études est soit qualitatif, quantitatif ou mixte. À l'exception d'une seule étude publiée en espagnol, les études incluses sont en anglais. La première analyse des résultats indique un total de 687 mentions de facteurs pouvant agir comme barrière ou facilitateur à l'implantation de la prescription électronique dans les études. La majorité de ces facteurs sont liés aux caractéristiques de l'innovation (347 mentions sur un total de 687), incluant le design (80 mentions) l'interopérabilité (40 mentions), la validité de la ressource (98 données). Les facteurs humains (166 mentions) ainsi qu'organisationnels (174 mentions) ont aussi un apport important au succès de l'implantation de la prescription électronique.

Apports de la communication

Cette synthèse permet de développer de nouvelles connaissances sur les facteurs influençant l'implantation de la prescription électronique dans les services de santé de première ligne. Ces résultats pourront informer les différents intervenants quant aux facteurs à considérer afin de maximiser les chances de succès lors de l'implantation de ce type de technologie. Une meilleure connaissance des facteurs importants pour les différents groupes d'utilisateurs pourra aider à minimiser les difficultés inhérentes à l'implantation de la prescription électronique dans les soins de première ligne.

18. Estrategias de Fidelización a Programas de Seguimiento Intensivo para Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Florencia Becerra, Alejandro Ruiz Lascano, Jorge de la Fuente, Cecilia Camillucci, Cecilia Contesso, Constanza Ramacciotti et Diego Robledo, Argentina

Horaires: 29 août: 16:00 – 17:30 h et 30 août: 9:00 – 10:30 hr. Et de 16:00 – 17:30 hr.

Las enfermedades crónicas constituyen una de las problemáticas actuales de los sistemas de salud. El envejecimiento progresivo de la población asociado a la creciente prevalencia de obesidad y sus consecuencias, han generado un incremento exponencial de estas patologías. El impacto de estas enfermedades se refleja tanto en los años de vida perdidos como en el enorme costo del tratamiento y sus complicaciones. Las enfermedades crónicas afectan al 44% de la población y consumen el 78% de los recursos destinados a salud.

En función de esta problemática, creamos un sistema de gestión y seguimiento intensivo de pacientes con enfermedades crónicas a través de un programa de monitoreo continuo fundado en protocolos de intervención basados en la evidencia.

El programa de prevención implementado contiene la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas con el propósito de modificar los factores de riesgo a fin de promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones para lograr una mejor calidad de vida.

Los resultados de los programas de prevención dependen de la fidelización de los pacientes a estos programas a lo largo de los años, lo que representa un gran desafío.

Desde el año 2006 trabajamos en la implementación de estos programas aplicados a diferentes aseguradores de salud y encontramos que los factores críticos del éxito para la adhesión y fidelización de los pacientes se basan en estrategias como: comunicación con información personalizada según el estado de salud del paciente, información específica sobre el rol del paciente en dicho programa, disponibilidad de un profesional especialista que está en contacto directo y personalizado con el paciente y una retroalimentación basada en la entrega de un reporte de recomendaciones y resultados sobre la evolución de sus parámetros clínicos.

OBJETIVOS: Evaluar resultados de fidelización a programas de prevención aplicados en diferentes aseguradores de salud.

MATERIALES Y METODOS: Para el seguimiento y fidelización de los pacientes al programa preventivo se utilizó un sistema informático desarrollado en entorno web que ofrece un registro completo de los indicadores de salud, con un programa de alertas basado en recomendaciones de aceptación internacional. El software está conectado con la agenda médica y con un sistema de CRM «customer relationship management», para gestionar el seguimiento proactivo de los pacientes. Se incorporaron a los programas preventivos grupos de pacientes de ambos sexos pertenecientes a diferentes aseguradoras de salud de la República Argentina que estaban bajo un esquema de atención médica. La incorporación a los programas se realizó mediante contacto personalizado con cada paciente. El total de pacientes correspondientes a las diferentes aseguradoras fue los siguientes: Grupo A: 12.000 pacientes con diagnóstico de diabetes con un período de seguimiento en el programa de prevención de 4 años. Grupo B: 5.500 pacientes con diagnóstico de patología cardiovascular con un período de seguimiento de 3 años. Grupo C: 46.000 afiliados con un período de seguimiento en programa de 16 meses.

Se relevaron datos de contacto individual, incorporación (contacto efectivo con el profesional especializado) y permanencia al programa de los pacientes para el seguimiento de fidelización. Evaluando los resultados de aplicar innovadoras técnicas de contacto y seguimiento año a año.

RESULTADOS: La evolución en la fidelización al programa de prevención en el grupo A fue: 1er año: 23%, 2do año: 37%, 3er año: 59%, 4to año: 60% de fidelización. Grupo B: 1er año: 17%, 2do año: 18%, 3er año: 58%. Grupo C: Al cabo de 16 meses de implementación del programa se logró una fidelización del 70% de la población contactada.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los datos obtenidos la fidelización a los programas preventivos dependerá de: La valoración que haga la población sobre la información previa recibida sobre dicho programa. La percepción de un beneficio concreto, disfrutable en el corto plazo que justifique el tiempo que se le requiere para escuchar la propuesta y participar en el programa realizando las actividades a las que se lo invita. La percepción de calidad y valor agregado del servicio que le reporte el programa. Finalmente de la retroalimentación al paciente mediante la generación de reportes de resultados y recomendaciones para que el paciente pueda conocer y seguir de cerca su evolución.

La educación, comunicación e información continua al paciente sobre su enfermedad son los pilares fundamentales para asegurar el compromiso a lo largo del tiempo en los programas preventivos.

19. Promoção a Saúde para Idosos Diabéticos.

Reinaldo Sergio Hamamoto, Gabriella Machado, Monica Meira, Fernanda Luporini, Natalia Ramos et Fabio Gazellato, Brasil

Horaires:

Résumé

Le diabète de type II est une maladie chronique causée par une augmentation de la résistance à l'insuline, par leur handicap ou réduire la production, l'impact socio-économique élevé, cependant, peut être contrôlé. Par conséquent, les objectifs de cette étude étaient d'identifier les mesures recommandées dans la promotion de la santé pour les plus âgés diabétiques insulino-dépendants et de vérifier la mise en œuvre de ces actions dans un service de santé dédiés à la prise en charge des personnes âgées. Pour cela, nous avons mené une étude exploratoire de la méthodologie mixte, avec un examen systématique, dans lequel les articles ont été utilisés dans les bases de données PubMed et Scielo, les autorités sanitaires orgues, national et sociétés médicales internationales et ils sont sélectionnés entre 1988 à 2012 avec les termes «diabète sucré» et «promotion de la santé» et une étude rétrospective basée sur revue des dossiers de 2008 à 2012, le résidentiel Israelita Albert Einstein, chez les patients âgés de plus de 60 ans. 41 dossiers ont été sélectionnés et enfin, compte tenu des critères d'inclusion de l'étude étaient au total 28 enregistrements. Les résultats ont montré que le traitement médicamenteux seul n'est pas efficace et qu'il doit être fait d'un traitement multidisciplinaire, l'activité physique et des conseils nutritionnels et psychologiques.

Resumen

El tipo de diabetes Mellitus II, es una enfermedad crónica causada por el aumento y resistencia de la insulina también es causada por la insuficiencia o reducción de suproducción en el tratamiento de alto impacto socio-económico, sin embargo puede ser controlada. Por lo tanto los objetivos deste estudio fueron identificar las acciones

recommandées en promotion de la santé de personnes âgées diabétiques insulinodépendantes et vérifier l'application de ces actions, en service de santé dédié au soin des personnes âgées. Pour cela a été réalisé une étude exploratoire, de méthodologie mixte, avec la vérification bibliographique systématique, dans laquelle ont été utilisés des archives trouvées dans la base de données de l'Organisation Scielo et Pubmed, organisme officiel de santé, qui fait partie des Sociétés Médicales Nationales et Internationales. Les mêmes procédures ont été réalisées pour la recherche entre les années 1988 et 2012, avec la même expression "Diabète Mellitus et Promotion de la santé" car il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur la base de la révision des registres entre les années 2008 et 2012, effectuées dans la Résidence Israélite Albert Einstein, chez des patients âgés de plus de 60 ans. Ont été sélectionnés 41 archives, mais finalement, en tenant compte des critères d'inclusion, seuls 28 archives ont été considérés. Les résultats montrent que le traitement médical seul, n'est pas efficace et qu'il existe un besoin de réaliser un traitement multidisciplinaire, avec des activités physiques, accompagnement nutritionnel et psychologique pour obtenir un résultat efficace.

20. L'utilisation du dossier de santé électronique du patient (DSE-P) pour la gestion des maladies chroniques: une revue des expériences internationales.

El Kebir Ghandour, Marie-Pierre Gagnon, Jean-Paul Fortin et Hassan Alami, Québec

Horaires:

Objectif de la recherche : Notre objectif est de réaliser une revue de la littérature internationale sur le dossier de santé électronique du patient (DSE-P) afin de décrire les caractéristiques liées à son utilisation dans la gestion des maladies chroniques et pour améliorer l'état de santé des patients (conception, fonctionnalités utiles, conditions d'implémentation, résultats et avantages perçus et réels, évaluation d'efficacité). L'accent sera mis sur les principales expériences internationales en cours en matière d'utilisation du DSE-P dans la gestion des maladies chroniques, afin d'orienter les prises de décisions.

Contexte et description du problème : Les maladies chroniques, principale cause de morbidité et de mortalité dans les pays occidentaux, exigent des services de santé continus, sur une longue période et plus de ressources. Parallèlement, plusieurs difficultés sont notées dans le système de soins : le manque de coordination entre les soins spécialisés et les soins de proximité, des problèmes d'accès pour les personnes atteintes de maladies chroniques, un manque de soutien informationnel et une multidisciplinarité limitée. Ceci se traduit par des difficultés d'accès, un manque de continuité et une réduction de la capacité du système à répondre aux besoins de santé des populations. Par ailleurs, grâce à l'utilisation généralisée d'internet et la disponibilité de l'information médicale sur le web, les patients sont plus informés sur leurs maladies et les options de traitement. Internet est devenu source d'information pour une grande partie des populations pour prendre et renforcer leurs décisions liées à la santé pour eux-mêmes et pour leurs proches. Ainsi, le DSE-P pourrait permettre au patient d'être mieux informé sur ses problèmes de santé (soutien à l'autogestion et empowerment), de mieux informer les intervenants sur leur évolution et de favoriser une meilleure communication (plus complète, continue, en temps opportun) en cohérence avec un modèle intégré de gestion des maladies chroniques. Cependant, les données sur les effets du DSE-P demeurent très partielles, particulièrement sur leur rôle dans l'amélioration de la capacité du patient à se prendre en charge, dans la relation avec les intervenants ou dans la transformation des pratiques et des services. De plus, peu de données existent sur les conditions d'utilisation de ces solutions par les patients ainsi que sur leurs conditions d'adoption par les intervenants et les organisations pour la gestion des maladies chroniques.

Méthodes, modèles et matériaux utilisés : Nous avons consulté les bases de données pertinentes (MEDLINE, PUBMED, CINAHL, GOOGLE SCHOLAR). Ont été retenus les articles de langue française ou anglaise, incluant dans le titre ou l'abstract un des mots clés, publiés avant avril 2013, décrivant un système informatique du DSE-P pour les maladies chroniques en général, ou une maladie chronique spécifique. Deux examinateurs indépendants ont évalué chacun des articles retrouvés afin d'en déterminer l'inclusion. Les études ont été classées par catégorie et les données selon une grille d'extraction basée en partie sur la classification réalisée par Tang (2006).

Résultats et discussion : L'étude étant en cours, les résultats sont préliminaires. Nous avons identifié 385 références qui répondent à nos critères. Ainsi, 60 publications ont été retenues sur l'examen du titre et de l'abstract, et seuls 25 articles ont été retenus après lecture des textes. Les principaux thèmes relevés sont : la description de programmes de DSE-P existants pour la gestion des maladies chroniques, les résultats cliniques directs liés au DSE-P, l'évaluation du rôle du DSE-P dans l'empowerment du patient, l'expérience, les perceptions et les attitudes des patients et les perceptions des médecins envers l'accès au DSE-P. Aucune étude ne s'est intéressée aux facteurs organisationnels liés à l'utilisation du DSE-P. Ces études rapportent un ensemble d'avantages associés au DSE-P qui se situent aux niveaux du *patient atteint de maladie chronique* (amélioration de sa participation aux soins et à l'autogestion, amélioration de son expérience de son soutien et de la continuité des soins, augmentation des taux de référence, etc.) des *prestataires de soins* (meilleur suivi du patient avec plus de services préventifs, meilleures décisions cliniques, libération de temps, meilleure communication avec les patients, etc.) et des *organisations* (réduction des coûts de gestion des maladies chroniques, ceux des médicaments et des programmes du suivi de l'état de santé, l'amélioration

de la qualité de soins, etc.). Cependant, les auteurs relient l'ensemble des avantages du DSE-P à l'intégration de celui-ci avec le DSE du médecin.

Thèmes à discuter au-delà de la session de présentation : L'apport de l'accès électronique du patient à ses données et à l'information de santé pour l'amélioration de la participation active du patient à la gestion des maladies chroniques. Aussi comment le DSE-P peut renforcer des approches organisationnelles (approches centrées sur le patient et d'empowerment) pour améliorer les résultats de santé de ces patients. Les enjeux éthiques et autres liés à l'accès des patients à leurs données de santé, voire au contrôle de celles-ci.

21. Projeto VER-SUS Brasil e a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com o Sistema Único de Saúde.

Ana Cristina Pimentel, Emmanuela Amorim et Mariana Bertol Leal, Brasil

Horaires: Dia 30/08 : 11h-12h30, 14h-15h30, 16h-17h30

O tema da formação de profissionais da área da saúde tem sido constante em fóruns que discutem a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir do entendimento de que os trabalhadores e seus processos de trabalho têm grande relevância na definição dos modelos de atenção e gestão do sistema. Nesse sentido, o tema da gestão da educação entrou na agenda das políticas setoriais da saúde e a inserção pretende contribuir para a mudança nas lógicas do trabalho.

Recentemente um projeto chamado VER-SUS Brasil procurou abordar essa questão de forma a refletir sobre possibilidades de construção de novos processos de trabalho.

Acredita-se que os estágios constituam importantes dispositivos para que o estudante possa experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde. Com essa estratégia, inserida em um contexto de outras estratégias de educação, a política nacional de educação na saúde pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações (Ministério da Saúde, 2004).

Os estágios de vivência não são novidade, já tiveram inúmeras experiências realizadas, inclusive no campo da saúde. Os estágios de vivência aqui nominados como VER-SUS têm uma identidade a partir da sua realização em 2002 no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Além disso, contou com uma versão em âmbito nacional em 2004 e 2005. Recentemente, uma nova edição do projeto foi proposta pelo Ministério da Saúde. Portanto, essa nova edição conta como parceiros: a Rede Unida, a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, a União Nacional dos Estudantes e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O objetivo desse trabalho é apresentar alguns elementos sobre a dinâmica de constituição e construção dessa atual versão do projeto VER-SUS Brasil. Dentre diversas reflexões sobre a formação em saúde em curso, o projeto VER-SUS tem procurado repensá-la a partir de estratégias que promovam uma abordagem problematizadora dos processos de trabalho na produção do cuidado. Nesse sentido, entendemos que parece relevante apresentar algumas possibilidades abertas pelo projeto. Esta análise, portanto, é implicada, uma objetivação participante.

Refletir sobre a formação em saúde nos remete ao processo de trabalho, temas recorrentes nas discussões sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, parece relevante destacar a fragmentação dos saberes e práticas na área de saúde, pois ela enseja uma determinada produção de cuidado, rígida, normatizada que se fundamenta em um pretensão conhecimento biomédico, neutro, reproduzível e universalmente aplicável. Este pólo atua cotidianamente no controle da produção do cuidado, tanto a partir da aplicação unívoca do conhecimento médico, quanto pela cultura organizacional rígida. Outro pólo atua no sentido de dinamizar a dimensão relacional na produção de saúde, apontando para autonomia do processo de produção do cuidado, mobilizando, assim, outras estratégias de trabalho, bem como outros processos pedagógicos. Metodologicamente este trabalho baseou-se em entrevistas abertas com 5 estudantes a partir do que produziram em seus portfólios. O "portfólio" foi um instrumento de uma comunidade virtual chamada otics utilizada na última versão do projeto em que os estudantes produziam um relato analítico da experiência diariamente. Analisamos alguns desses relatos para perceber potencialidades do projeto. Os apontamentos seguintes partem das reflexões proporcionadas por essa análise.

O projeto VER-SUS possibilita ao estudante vivenciar o cotidiano de trabalho das organizações de saúde a partir de uma experimentação não apenas focada na transmissão do conhecimento biomédico, mas enquanto um espaço de aprendizagem significativa, ou seja, a partir de espaços de ensino-aprendizagem participativos, interativos, esse encontro pode ressignificar o trabalho e o ensino. O projeto, ao utilizar abordagens problematizadoras, coloca o estudante como protagonista do processo pedagógico, construindo um espaço de implicação ética e política do estudante com a produção do cuidado. A inovação do projeto, portanto, é congrega estudantes, formadores e gestores potencializando a formação. Nesse entendimento o VER-SUS se constitui um dispositivo que possibilita ao estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem em ato, produzindo encontros que abalam verdades, instigam dúvidas e mobilizando outros processos de ensino-aprendizagem, não apenas por uma acumulação cognitiva. Para além disso, parece uma alternativa de articulação entre ensino-pesquisa-serviço-gestão, podendo ser bastante interessante, inclusive, na formulação de agendas políticas.

22. Política de Carreira e gestão do trabalho na Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, Brasil (2009-2012): estudo de caso.

Luciana Maciel de Almeida Lopes et Marluce Maria Araújo Assis, Brasil

Horaires:

Introdução: a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída, em 2009, pelos municípios baianos para que, de modo solidário e compartilhado, pudessem ter condições de solucionar os principais problemas que atingem a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Saúde da Família, com destaque para a rotatividade dos profissionais que dificultam a produção do cuidado de modo qualificado e o estabelecimento do vínculo com o usuário. A FESF apresenta um modo de gestão com estrutura jurídico-institucional que permite a criação de uma lógica interfederada de apoio aos municípios, o quê, isoladamente, não é possível para os gestores municipais, pois suprir as necessidades de provimento e fixação dos profissionais da saúde por meio de criação de uma carreira que permita mobilidade, garantia dos direitos trabalhistas e um plano de carreira com regras claras tem sido a grande dificuldade para a maioria dos municípios brasileiros, diante das amarras burocráticas e institucionais do Estado brasileiro.

Objetivo: discutir se o PECS tem possibilitado a construção de uma política de gestão do trabalho para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em municípios pactuados com a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, Brasil (2009-2012).

Método: estudo de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, tendo como fontes de dados documentos que tratam da Política de Carreira e Gestão do Trabalho da referida FESF-BA no referido período. A análise e tratamento dos dados adotaram os preceitos da análise de conteúdo.

Resultados e Discussão: O PECS traz para a relação trabalhista regras claras e transparentes, com o acompanhamento contínuo dos trabalhadores e de seus representantes sindicais, sendo o acesso à carreira da FESF-SUS, exclusivamente por meio de concurso público, com estrutura de empregos definidas em grupos salariais, com previsão de progressão horizontal, através de estratégias de educação permanente, mérito e titulação, bem como a progressão vertical, por meio da progressão por antiguidade. Para além de progressões na carreira o PECS foi pensado de modo a atrair e fixar os profissionais, principalmente o trabalhador médico, pois prevê em sua remuneração uma gratificação que compatibiliza a lotação do trabalhador com a análise do mercado de trabalho regional, fixado por meio de faixas de localização (regional e municipal) que variam de 0% a 100% de gratificação para que o trabalhador seja estimulado a trabalhar em áreas remotas e de difícil acesso. O foco do PECS traz como destaque a avaliação sistemática das metas e dos resultados a serem atingidos pelos trabalhadores, pois não os separam dos seus processos de trabalho e da principal função a eles conferida, que é o de produzir o cuidado de maneira qualificada e centrada nas necessidades dos usuários do SUS. Após três anos de implantação da FESF-SUS já ocorreu a primeira progressão por antiguidade e o primeiro ciclo de negociação coletiva entre a FESF-SUS e os sindicatos, onde novas demandas dos trabalhadores foram incorporadas ao PECS, além do reajuste salarial.

Considerações Finais: a criação e efetivação do PECS pode ser uma importante ferramenta para a qualificação da assistência na APS, pois permite que os trabalhadores sejam acompanhados e apoiados durante a produção do cuidado, com vistas à correção de trajetória no cotidiano do serviço, o reconhecimento do seu trabalho, com conseqüente valorização do trabalhador e o despertar do desejo em trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

23. Caminhos e descaminhos do VER-SUS/Brasil: avaliação de algumas experiências do projeto de vivências e estágios nas realidades do SUS.

Mariana Bertol Leal, Ana Cristina Lima Pimentel et Emmanuela Mendes Amorim, Brasil

Horaires: Dia 30/08 : 11h-12h30, 14h-15h30, 16h-17h30

O projeto VER-SUS, os estágios e vivências tiveram sua marca construída a partir da realização do VER-SUS/RS em 2002 e do VER-SUS/Brasil em 2004 e 2005. Importante situar também que após esse período inúmeras iniciativas locais e regionais foram desenvolvidas com bases conceituais ancoradas nos princípios da Educação Permanente, mas somente em 2012 esse projeto foi retomado nacionalmente pelo Ministério da Saúde para ser realizado em grande escala pelo país.

Essa retomada em 2012 ocorreu através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde com parceiros como a Rede Unida, a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com a União Nacional dos Estudantes (UNE). Tais atores sociais têm então diante de si o contexto das políticas atuais do SUS e o desafio da formação em saúde para atuar e construir as Redes de Saúde.

Assim sendo, no atual contexto, o VER-SUS/Brasil traz diretrizes que convergem com as atuais políticas prioritárias que prevêm a organização das Redes de Atenção à Saúde tendo a Atenção Básica como organizadora do processo de cuidado. Entende-se que a construção desse projeto deve dialogar com as especificidades locais/regionais em que os diferentes atores políticos constroem essas Redes dialogando com os territórios modelados pelas especificidades e singularidades locorregionais. Propicia aos estudantes a experimentação de um novo espaço de aprendizagem, através do cotidiano de trabalho das organizações de redes e sistemas de saúde. A aproximação com o trabalho na saúde é um dispositivo educativo e essa aproximação é capaz de fomentar espaço para desenvolver processos de luta dos setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. E nessa aproximação é possível transformar diferentes atores envolvidos com o SUS seja estudante, trabalhador, usuário e mesmo atores de diferentes movimentos sociais que estão na disputa de um projeto de saúde para a sociedade brasileira.

Aqui pretende-se apresentar alguns elementos sobre a dinâmica de constituição e construção do projeto VER-SUS Brasil. Dentre diversas reflexões sobre a formação em saúde em curso, o projeto VER-SUS tem procurado repensá-la a partir de estratégias que promovam uma abordagem problematizadora dos processos de trabalho na produção do cuidado. Nesse sentido, entendemos que parece relevante apresentar algumas possibilidades abertas pelo projeto. Esta análise, portanto, é implicada, uma objetivação participante.

Refletir sobre a formação em saúde nos remete ao processo de trabalho, temas recorrentes nas discussões sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, parece relevante destacar a fragmentação dos saberes e práticas na área de saúde como um elemento importante, pois ela enseja uma determinada produção de cuidado, rígida, normatizada que fundamenta-se em um pretensão conhecimento biomédico, neutro, reproduzível e universalmente aplicável. Este pólo atua cotidianamente no controle da produção do cuidado, tanto a partir da aplicação rígida e unívoca do conhecimento médico, quanto pela cultura organizacional rígida. Um outro pólo atua no sentido de dinamizar a dimensão relacional da atuação na produção de saúde, apontando para autonomia do processo de produção do cuidado, mobilizando, portanto, outras estratégias de trabalho, bem como outros processos pedagógicos.

Metodologicamente este trabalho baseou-se em entrevistas abertas com 5 estudantes a partir do que produziram em seus portfólios. O "portfólio" foi um instrumento da comunidade virtual otics utilizado na última versão do projeto em que os estudantes produziam um relato analítico da experiência diariamente. Analisamos alguns desses relatos para perceber potencialidades do projeto. Os apontamentos seguintes partem das reflexões proporcionadas por essa análise.

O projeto VER-SUS possibilita ao estudante vivenciar o cotidiano de trabalho das organizações de saúde a partir de uma experimentação não apenas focada na transmissão do conhecimento biomédico, mas enquanto um espaço de aprendizagem significativa, ou seja, a partir de espaços de ensino-aprendizagem participativos, interativos, esse encontro pode ressignificar o próprio trabalho. O projeto, ao utilizar abordagens problematizadoras, coloca o estudante como protagonista do seu próprio aprendizado. Enfim, coloca-o no centro do processo pedagógico, construindo um espaço de implicação ética e política do estudante com a produção do cuidado. A inovação do projeto, portanto, é congrega estudantes, formadores e gestores como elemento potencializador da formação além de política desenvolvimento do setor. Nesse entendimento, se constitui um dispositivo que possibilita ao estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem em ato, produzindo encontros que abalam verdades, instigam dúvidas e mobilizando outros processos de ensino-aprendizagem, não apenas por uma acumulação cognitiva.

A partir desses breves apontamentos, já resultados dessas análises, podemos compreender que, para além de tudo isso exposto, o projeto parece ser uma alternativa de articulação entre ensino-pesquisa-serviço-gestão, portanto, pode ser bastante interessante, inclusive, na formulação de agendas políticas para a formação e para a política nacional de educação permanente em saúde.

24. A Mochila de arte-fato e dispositivos de Educação Permanente no VER-SUS/Brasil.

Mariana Bertol Leal, Aline Gomes Fernandes, Ana Cristina Lima Pimentel, Bárbara Andres, Emmanuela Mendes Amorim et Silvia Cypriano Vasconcellos, Brasil

Horaires: Dia 30/08 : 11h-12h30, 14h-15h30, 16h-17h30

Em 2002, através da Escola Estadual de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP-RS), surge a proposta de Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que teve como versão piloto a vivência no estado, envolvendo mais de 300 estudantes, sendo, posteriormente, ampliada para outros estados brasileiros. O projeto VER-SUS/Brasil foi iniciado em 2003, através do Ministério da Saúde, e, entre 2003 e 2005, gerou a oportunidade de mais de 1.200 estudantes estabelecerem contato com 60 Secretarias Municipais de Saúde ao longo de 2004.

Os estágios e vivências constituem importantes dispositivos que permitem o estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, entendido enquanto um princípio educativo e os processos de lutas e educação dos setores do campo, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população. Pode-se dizer que o estágio de vivência se assemelha aos projetos de extensão universitária, por ser uma proposta onde o estudante sai dos muros da academia e vai conhecer/vivenciar alguma situação/organização da comunidade/sociedade.

Na Bahia, a Escola Estadual de Saúde Pública do Estado da Bahia (EESP), em agosto de 2009, cumprindo com sua missão de formar e qualificar profissionais e trabalhadores da saúde, realizou o projeto piloto do Estágio de Vivências na Realidade do SUS com o intuito de testar a metodologia, parte importante do processo de formação de futuros facilitadores de novas vivências. Atualmente, eles já estão organizando sua sexta edição do projeto.

Nos anos de 2011 e 2012, após um período de mais de 5 anos sem experiências nacionais, um forte movimento retomou a realização dos estágios, projeto hoje realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, Rede Governo Colaborativo em Saúde, CONASS, CONASEMS e UNE. Assim, na primeira edição do VER-SUS 2012, o projeto foi realizado em 8 estados brasileiros, em que mais de 3000 estudantes de 63 cursos de graduação se inscreveram para participar das vivências. Atualmente, o projeto está sendo ampliado para mais estados e deve atingir ainda em 2013 o número de 5000 estudantes envolvidos.

Todos esses projetos desenvolvidos buscaram aproximar pedagogicamente os estudantes, possibilitando um contato direto com o SUS, visando uma transformação na cultura interna das IES, nas relações entre os atores sociais da formação, no dia-a-dia do campus acadêmico, para gerar mudanças curriculares necessárias às reais necessidades do sistema.

Um dos componentes que articula, especialmente, essas experiências relatadas em nível nacional e/ou estaduais é a oferta metodológica dos projetos. A proposta de construção de uma *“mochila de arte-fatos”* surgiu a partir da concepção metodológica da *“caixa de ferramentas”* de Emerson Elias Merhy (2002), em que as teorias e conceitos são elementos que nos ajudam a interpretar e propor mudanças na realidade. Assim, tal como um artesão, sujeito criador de um objeto manufaturado, um profissional da saúde torna os conceitos instrumentos de interpretação e mudanças de cenários de trabalho em saúde. Ou seja, diante de um determinado contexto, podemos lançar mão de teorias e conceitos que nos ajudem a interpretar e mudar o cenário que se apresenta. Essa idéia foi então adaptada para do estágio de vivência onde o estudante é um interlocutor singular que carrega em sua mochila instrumentos que o ajudem a olhar, sentir e pensar essas diferentes realidades, organizações e pessoas do SUS.

Essa mochila “recheada” de materiais para vivência forneceu aos estudantes um guia que tanto vislumbrava disparar reflexões acerca de cada vivência, apontando possíveis questionamentos para serem abordados e melhor observados, quanto fornecia conceitos e definições sobre temas que seriam objeto de observação, facilitando o processo de aprendizado. Além disso, a mochila símbolo do estágio foi proposta aos estudantes para que estes deixassem as mãos livres para dar as mãos aos colegas na caminhada de construção do conhecimento coletivo e um aperto de mãos diante de um trabalhador e usuário dos serviços, e levassem na bagagem apenas o necessário em termos de pré-conceitos (a serem problematizados em atos e encontros).

Os estudantes facilitadores passaram por um processo de formação pedagógica para empoderarem-se de instrumentos e metodologias para mediação de um processo de formação baseado na aprendizagem significativa. A *“mochila de arte-fatos”* representa o convite ao olhar curioso e astuto do viajante que quer descobrir e desbravar, sem ter a pretensão de ser superior que o diferente, mas aprender com esse diferente, através do encontro e da aprendizagem significativa.

Após alguns processos avaliativos já realizados considera-se que a metodologia dos estágios e vivências bem como as ferramentas disponibilizadas, nesse caso, a *“mochila de arte-fatos”*, é significativa para apoiar os processos pedagógicos propostos. A intensidade dos encontros disparados é tamanha que poder contar com o apoio das ferramentas e das metodologias ativas para permear o processo é positivo e já reconhecido pelos estudantes envolvidos.

25. Proyecto AlzhBASQUE: análisis de la situación y propuesta de intervención para la mejora del manejo de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Autónoma de País Vasco.

Gemma Villanueva, Marta López de Argumedo, José Asua, Eva Reviriego, Elena Aguirreche Ollo, Celia Gómez Poveda, Ana Olaizola-Pildain, Rosana Fuentes-Gutiérrez, Lorea Galnares-Cordero et Mainer Mateos del Pino, España

Horaires:

Contexto y descripción del problema: La demencia es una enfermedad que afecta fundamentalmente a las personas mayores, aunque su aparición puede darse a partir de los 60 años e incluso en personas más jóvenes. Es por ello que el envejecimiento de la población conlleva un importante aumento del número de casos de demencia. En el informe de la OMS publicado en 2011 “Demencia. Una prioridad de salud pública” se revela que cada año hay 7,7 millones de nuevos casos de demencia, y hace un llamamiento a los gobiernos, legisladores y a todos los agentes implicados para hacer de la demencia una prioridad mundial de salud pública.

Objetivo: El objetivo de este proyecto es aumentar la conciencia de la importancia de la demencia como un tema de salud pública prioritario y, en última instancia, incitar a la acción a nivel de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) para el cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Aspectos metodológicos : Este trabajo se ha desarrollado paralelamente al proyecto europeo ALCOVE para ofrecer la información necesaria que ayude a generar una respuesta para afrontar el reto socio-sanitario que supone la enfermedad de Alzheimer, y se abordan las siguientes áreas: (1) prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras

demencias en la CAV; (2) revisión de las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica en relación al diagnóstico del Alzheimer y análisis exploratorio de los métodos diagnósticos utilizados en la práctica clínica real en la CAV; (3) aspectos relacionados con el tratamiento de las personas con Alzheimer, revisando las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica y datos sobre el consumo de fármacos en la CAV; (4) descripción de la formación existente para la formación de los profesionales que trabajan en el ámbito de las demencias y evaluación de sus necesidades formativas y; (5) aspectos éticos y legales relacionados con el cuidado de las personas con demencia.

Todas las áreas se abordan con una metodología arriba-abajo y abajo-arriba. Para ello se realizan, por un lado, revisiones de la literatura que identifiquen estándares internacionales. Por otro, se identifican proyectos locales y servicios disponibles a las personas afectadas con la EA. Se ha cuenta además con la colaboración de profesionales sanitarios en el campo de la EA para evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de la enfermedad y analizar la relación entre profesionales.

Resultados

A continuación se describen los resultados preliminares obtenidos, ya que el proyecto está actualmente en curso. Los datos finales estarán disponibles para la presentación en el congreso.

- Prevalencia: se estima que la prevalencia de la demencia en la CAV es del 9%, aunque los resultados del proyecto ALCOVE apunta a una estimación más conservadora del 7,23%. Esto supondría entre 30.000 a 38.000 casos en nuestra comunidad.
- Diagnóstico: la revisión sistemática de las GPC sobre diagnóstico muestra que existe concordancia inter-guías en relación al abordaje diagnóstico. Además las estrategias diagnósticas utilizadas en la CAV se adecuan a las recomendaciones de buena práctica clínica.
- Tratamiento farmacológico: la revisión sistemática de las GPC sobre el tratamiento farmacológico apunta que en general existe acuerdo en las recomendaciones acerca del tratamiento, pese a algunas diferencias en las recomendaciones sobre el uso de fármacos como la memantina.
- Consumo de fármacos específicos para la demencia: se observa un aumento en el consumo para el periodo 2006-2011 de todos los fármacos evaluados en un porcentaje variable: donepezilo (20%); rivastigmina (106%), galantamina (47%) y memantina (81%). En cuanto al gasto farmacéutico se observa un aumento superior al 56%, pasando de 11,6 millones de euros en el año 2006 a 18,1 millones en 2011.

Discusión: Este proyecto permite evaluar cómo se están utilizando los recursos para poder diseñar una estrategia integral de intervención que suponga una transformación en el abordaje de la EA y una mejora de la eficiencia del sistema, basada en el conocimiento de nuestro entorno y en la mejor evidencia científica. Como producto final se desarrollará una serie de recomendaciones para la atención integral del paciente con EA basada en criterios de buena práctica clínica que se adapte al entorno de la CAPV. Esta intervención buscará potenciar la relación entre profesionales favoreciendo su desarrollo profesional y manteniendo una cultura enfocada al paciente que asegure la mejora y continuidad de los cuidados.

26. Aspectos legales relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias: conocimiento y actitud de los profesionales.

Gemma Villanueva , José Asua, Eva Reviriego, Maider Mateos del Pino, Celia Gómez Poveda, Elena Aguirreche Ollo, Lorea Galnares-Cordero et Rosana Fuentes-Gutiérrez, España

Horaires:

Contexto y descripción del problema: Las características propias de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, que implica pérdida de memoria y dificultad para razonar, a menudo plantea a las familias y enfermos problemas jurídicos y legales, por lo que es importante preverlos para poder proteger adecuadamente al paciente cuando ya no pueda seguir ocupándose personalmente de sus asuntos. Por ello, es necesario no solo evaluar los mecanismos de protección disponibles, sino el acceso que tienen las personas afectadas a los mismos.

Este estudio no pretende abarcar de modo exhaustivo toda la problemática asociada, sino abordar los aspectos más relevantes, específicamente las voluntades anticipadas (VA) y el proceso de incapacitación. El documento de voluntades anticipadas (DVA) o testamento vital sirve para que las personas puedan indicar por adelantado qué tipo de cuidados médicos desean recibir al final de la vida en el caso de que no pudiera expresarse o careciera de facultades para tomar decisiones.

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer de qué recursos disponen las personas con Alzheimer para garantizar sus derechos, autonomía y dignidad, y valorar su acceso a los mismos, así como el conocimiento y actitud de los profesionales implicados en su cuidado sobre el DVA y la incapacitación.

Aspectos metodológicos: Con el fin de alcanzar el objetivo propuesto para este estudio se han llevado a cabo tres tareas: (1) la identificación de las recomendaciones acerca de los recursos de los que deben disponer las personas

con Alzheimer para que se puedan garantizar sus derechos; (2) la identificación de los recursos disponibles en la CAV y el acceso a los mismos y (3) la evaluación del conocimiento y actitudes de los profesionales médicos y socio-sanitarios que trabajan con pacientes afectados con Alzheimer sobre las VA y la incapacitación mediante un cuestionario específicamente diseñado para este objetivo.

Resultados : De entre los más de 2.000 cuestionarios distribuidos se han recibido un total de 783 respuestas. En este momento se está procediendo al análisis de los datos. Los resultados finales estarán disponibles para su presentación en el congreso ALASS.

Los resultados de esta encuesta mostrarán el conocimiento de los profesionales acerca del proceso de incapacitación y el documento de voluntades anticipadas y su actitud hacia estos recursos legales. Nos permitirá ver como se adecua el uso de estas prácticas a lo recomendado en la guía de práctica clínica y a las recomendaciones establecidas por el grupo de trabajo de aspectos legales y demencias del proyecto Alzheimer, para así poder establecer recomendaciones que se ajusten al contexto local.

Discusión: Aunque los aspectos legales relacionados con el cuidado a las personas con demencia han sido descuidados durante mucho tiempo, en la actualidad las guías de práctica clínica otorgan una creciente importancia a este aspecto. El DVA representa un importante paso adelante en el respeto a la autonomía de las personas, al permitirles decidir respecto a las actuaciones sanitarias que deseen recibir, o no, en el futuro si se encuentran en unas determinadas circunstancias, ya que la ley reconoce que constituyen "un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, a fin de conocer con más exactitud la voluntad del paciente" cuando éste no se encuentre en condiciones de expresarla directamente en el momento de necesitar una actuación sanitaria. Así mismo, la incapacitación legal y la tutela se consideran ahora un importante instrumento de protección legal del paciente cuando este no tiene posibilidad de autogobierno, debido a una enfermedad o a una deficiencia.

No obstante la experiencia en la práctica clínica refleja que la adherencia a estas prácticas no es tan alta como sería deseable, por lo que conocer las barreras que impiden la utilización adecuada de estos recursos por parte de los profesionales permitirá establecer recomendaciones de mejora.

28. Alternativas pedagógicas en educación para la salud: Una experiencia participativa orientada a la prevención del cáncer en la mujer. Alternativas pedagógicas en educación para la salud: Una experiencia participativa orientada a la prevención del cáncer en la mujer.

Juana Castro Ramírez, Adriana Urbina Aguilar, Isabel Valentina Ríos Olivera et Ana Isabel Correa Andrade, México

Horaires:

Sponsors Calass 2013:

