

XXVIII^e CONGRÈS ALASS

ALASS - ASSOCIATION LATINE POUR L'ANALYSE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

7-8-9 SEPTEMBRE 2017

LIÈGE-CENTRE VILLE

AMPHITHÉÂTRES OPÉRA ULg

La qualité dans les systèmes de santé

Objectifs

L'ALASS, est une association scientifique et professionnelle ayant pour buts la promotion des échanges, le développement de la recherche et la formation des professionnels des pays de culture latine dans le domaine de l'analyse des systèmes de santé.

Les secteurs d'intérêt sont notamment :

- La planification, l'organisation et la gestion des services de santé
- L'analyse des facteurs qui influencent l'état de santé et qui orientent l'utilisation des services de santé
- Le développement des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, des modèles d'analyse des systèmes de santé, des techniques et des actions de promotion de la santé
- L'analyse des politiques de santé publique et des stratégies sanitaires

L'activité de l'Association est centrée sur les spécificités propres aux pays de culture latine.

Membres

Les membres invités à adhérer à l'ALASS sont des chercheurs et des professionnels du secteur socio-sanitaire de culture latine ou qui se reconnaissent dans cette culture.

Langues du Congrès

Les langues officielles du Congrès sont les langues latines. Les présentations peuvent être en français, espagnol, italien, portugais, roumain ou catalan. Tout membre de l'ALASS doit pouvoir s'exprimer au moins dans une langue latine et si possible en comprendre une seconde. L'ALASS souhaite que chaque personne puisse s'exprimer dans sa langue tout en étant compris des autres.

Il n'est pas prévu de traduction simultanée.

Si la présentation orale est en portugais, espagnol, italien, roumain ou catalan, les textes qui l'accompagnent doivent impérativement être en français. Dans le cas où la présentation est en français, les diapositives devront être nécessairement en espagnol, italien, portugais, roumain ou catalan. Cette règle facilite la compréhension mutuelle de tous les participants.

Matériel technique

Les salles du Congrès seront équipées d'un vidéoprojecteur et ordinateur portable. Projecteur de transparents (acétate) à la demande. Des exigences particulières doivent être communiquées avant le 1^{er} juillet à : alass@alass.org.

Thème principal : La qualité dans les systèmes de santé

Dans le contexte socio-économique actuel, les pouvoirs publics exigent des économies de coût dans différents domaines et notamment dans le secteur de la santé. Ces mesures restrictives ne doivent en

rien diminuer le niveau de qualité du système de soins. Les enjeux sont évidemment économiques mais aussi fonctionnels, opérationnels, humains et sociaux. En choisissant ce thème pour l'édition 2017 de la conférence ALASS, nous souhaitons ouvrir le débat sur les défis nationaux et internationaux dans les processus de qualité mis en place ou à mettre en place. Comment une démarche qualité peut-elle répondre (i) à la maîtrise des dépenses de la santé, (ii) au maintien de la protection sociale mise à mal avec l'évolution démographique et le vieillissement de la population, (iii) à l'évolution des mentalités et à la poussée du consumérisme ?

Thèmes à développer

- *L'évaluation de la qualité : méthodes*
- *La performance du système de soins*
- *L'efficacité des soins*
- *Adéquation des soins aux besoins*
- *L'amélioration continue*
- *Politiques mises en place dans les différents pays latins*
- *Responsabilité de la politique publique p/r à la qualité des soins*
- *La formation à la qualité*
- *L'accessibilité des systèmes de santé*
- *L'évaluation de la qualité au niveau hospitalier*
- *L'accréditation*
- *Données patients : qualité de l'information pour l'amélioration de la qualité des soins, données partagées, etc.*
- *Le financement de la qualité ; les incitants à la qualité*

Tous les travaux de recherche concourant à poser ces questions, les affiner, proposer des réponses sont attendus. L'envoi des propositions de communication doit se faire en précisant le numéro de session.

Autres thèmes de l'ALASS

L'ALASS étant une association dont les intérêts des membres sont très diversifiés, des présentations ou des sessions spécifiques pourront être proposées sur d'autres problématiques relevant de l'analyse des systèmes de santé, tels que :

Epidémiologie et santé publique, assistance aux personnes âgées, conditions d'accès et d'équité, organisation des services en réseaux intégrés, parcours de diagnostic-thérapeutique-assistance et intégration hôpital-territoire, santé mentale, financement des services sanitaires, logistique, instruments de management, technologie de l'information et de la communication, gestion des risques dans les hôpitaux, modèles d'organisation, de gestion des compétences et des connaissances pour l'assistance du personnel de santé, formation pour les professions sanitaires, formation à distance, gouvernances et politiques sanitaires nationales, décentralisation des systèmes d'assistance sanitaire, relations entre public et privé, éducation à la santé et communication publique, évaluation des programmes de santé publique, hospitalisation à domicile, droit à la santé, les droits des patients, etc. Le Comité d'organisation et le Comité de programme réuniront le cas échéant les communications autour de thèmes communs qui donneront lieu à des sessions. Les membres de l'ALASS et les participants au Congrès, sont encouragés à proposer des sessions spécifiques.

Comité scientifique local

Président : Pr Vincent D'Orio, Doyen de la Faculté de Médecine

Membres :

Pr Albert Adelin, Professeur Ordinaire Emérite CHU Liège

Mme Bay Virgine, Département infirmier CHU de Liège

Dr Beguin Claire, Cliniques Universitaires St Luc

Mr Boulanger Jean-Marie, Département infirmier CHU de Liège

Dr Christiaens Geneviève, Direction médicale, CHU de Liège

Pr Coucke Philippe, Radiothérapie CHU de Liège

Pr Donneau Anne-Françoise, Sciences de la Santé Publique, Faculté de Médecine, Ulg
 Pr D'Orio Vincent, Doyen de la faculté de médecine
 Mme Erpicum Marie, Direction médicale, CHU de Liège
 Pr Fecher Fabienne, Faculté des Sciences Sociales, Ulg
 Mr Fontaine Pierre, Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye
 Mme Gangolf Marjorie, Service des Informations Médico-Economiques CHU de Liège
 Mr Gillain Daniel, Service des Informations Médico-Economiques CHU de Liège
 Pr Gillet Pierre, Direction Médicale du CHU
 Mme Jacques Jessica, Service des Informations Médico-Economiques CHU de Liège
 Pr Kolh Philippe, CIO CHU de Liège
 Mme Laport Nancy, Service des Informations Médico-Economiques CHU de Liège
 Mme Lasri Saadia, Biosécurité & Hémovigilance, CHU de Liège
 Dr Lemaire André, Médecin chef adjoint, CHU Tivoli
 Mme Maes Nathalie, Service des Informations Médico-Economiques CHU de Liège
 Mr Raze Michel, Service des Applications Informatiques, CHU de Liège
 Mme Seidel Laurence, Service des Informations Médico-Economiques CHU de Liège
 Mme Simon Isabelle, Service Projets et Informations, CHU de Liège
 Mme Takeh Masoumeh, Service Qualité et Sécurité Institutionnelles
 Mr Thonon Olivier, Département infirmier CHU de Liège
 Mme Thys Marie, Service des Informations Médico-Economiques CHU de Liège
 Pr Van Caillie Didier, Centre d'Etudes de la Performance des Entreprises, HEC, Ulg
 Pr Wieser Philippe, Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, Suisse
 Pr Wolper Pierre, Doyen de la Faculté des Sciences Appliquées, Ulg

Comité Directeur ALASS

Antonio Alfano, Italia
 Randa Attieh, Canada
 Joan Barrubés, España
 Maurizio Battino, Italia
 Georges Borges da Silva, France
 Roxane Borges da Silva, Canada
 Ennio Cocco, France
 Monica De Angelis, Italia
 Carlo De Pietro, Svizzera
 Gianfranco Domenighetti, Svizzera
 Guy Durant, Belgique
 Jean Marc Laasman, Belgique
 Marie-Pierre Gagnon, Canada
 Edna Maria Goulart Joazeiro, Brasil
 Berta Maria Iradier, España
 Marie Lise Lair-Hillion, Luxembourg
 Ana Maria Malik, Brasil
 Catherine Maurain, France
 Jean-Claude Praet, Belgique
 Frédérique Quidu, France
 Magda Scherer, Brasil
 Abdesselam Taleb, Algerie
 Carmen Tereanu, România
 Carolina Tetelboin Henrion, México
 Véronique Zardet, France

Comité d'organisation du Congrès

Coordination générale

Pr Philippe Kolh

Présidents :

- Pr Albert Corhay, Recteur de l'Université de Liège
- Julien Compère, Administrateur délégué, CHU de Liège
- Pr Philippe Kolh, Chief Information Officer, CHU de Liège

Membres :

- Laurent Debra, Architecture Technique et Infrastructure, ULg
- Anne-Catherine Dupont, Contrôle de gestion, CHU de Liège
- Jessica Jacques, Service des Informations Médico-Économiques, CHU de Liège
- Noémi Javaux, Gestion du Système d'Information, CHU de Liège
- Jocelyne Kariger, Service des Informations Médico-Économiques, CHU de Liège
- Stéphanie Leroy, Service des Informations Médico-Économiques, CHU de Liège
- Nathalie Maes, Service des Informations Médico-Économiques, CHU de Liège
- Louis Maraite, Service Communication, CHU de Liège
- Didier Moreau, Service Communication, ULg
- Yolande Piette, YP Communication
- Michel Raze, Service des Applications Informatiques, CHU de Liège

Programme CALASS 2017 Liège

Jeudi 7/09/2017						
	Salle Berthe Bovy	Salle Marcel Thiry	Salle Henri Pousseur	Salle Rita Lejeune	Salle Lambert Noppius	
8.00 - 9.00	Accueil					
9.00 - 9.30	Ouverture officielle (Salle Marcel Thiry)					
9.30 - 10.45	Session plénière 1 : Regards sur la qualité (Salle Marcel Thiry)					
10.45	Pause					
11.15 - 12.45	Session 1 La performance du système de soins (1)	Session 2 Qualité et sécurité des patients	Session 3 La participation du patient dans le processus de soins (1)	Session 4 Santé mentale - Violence au travail		
12.45	Repas					
13.45 - 15.15	Session 5 La mesure la qualité et de l'efficacité des soins	Session 6 Diversidades regionais - especificidades de um estado no Brasil <i>Diversité régionale au Brésil</i>	Session 7 El derecho a la salud <i>Le droit à la santé</i>	Session 8 <i>Adéquation des soins aux besoins (1)</i>		Session Posters (1)
15.15	Pause					
15.45 - 17.15	Session 10 Instruments de gestion/ Outils de mesure de la qualité	Session 11 La qualité pour tous: l'accessibilité des systèmes de santé	Session 12 O trabalho do farmacêutico na atenção primária e suas implicações na qualidade dos serviços de saúde <i>Le pharmacien travaillant dans les soins primaires et conséquences sur la qualité des services de santé</i>	Session 13 Educação e promoção da saúde <i>L'éducation et la promotion de la santé</i>	Session 14 La participation du patient dans le processus de soins (2)	
17.30	Cocktail d'accueil					

	Vendredi 8/09/2017					
	Salle Berthe Bovy	Salle Marcel Thiry	Salle Henri Pousseur	Salle Rita Lejeune	Salle Lambert Noppus	
8.00 - 8.30	Accueil					
8.30 - 9.30	Session plénière 2: Evaluer la qualité (Salle Marcel Thiry)					
9.30 - 10.45	Session 15 Adecuación de los cuidados a las necesidades <i>Adéquation des soins aux besoins(2)</i>	Session 16 Formação, Território e Assistência à Saúde Mental: dilemas para os Sistemas de Saúde em diferentes contextos <i>La formation, la planification et les soins de santé mentale</i>	Session 17 Prévention et dépistage	Session 18 Maisons de retraite médicalisées (MRM) : l'équilibre entre qualité et efficience (1)	Session 19 Responsabilité de la politique publique par rapport à la qualité des soins (1)	
10.45	Pause					
11.15 - 12.45	Session 20 L'évaluation de la qualité (1)	Session 21 Corruzione e anticorruzione in sanità: norme, controlli, management e organizzazione <i>La corruption et la lutte contre la corruption dans la santé</i>	Session 22 Le rôle des infirmières au Québec dans l'amélioration de la qualité et de la performance	Session 23 Amélioration continue et gestion des risques dans les services Médico-techniques	Session 24 Cooperação entre as Instituições de Ensino e dos Serviços de Saúde no Brasil <i>La coopération entre les institutions de formation et les services de santé au Brésil</i>	
12.45	Repas					
13.45 - 15.15	Session 25 L'accréditation	Session 26 Maisons de retraite médicalisées (MRM) : l'équilibre entre qualité et efficience (2)	Session 27 L'amélioration continue des systèmes de santé	Session 28 Responsabilité de la politique publique par rapport à la qualité des soins (2)	Session 29 Estratégias de regiões de saúde no Brasil <i>Stratégies de santé des régions au Brésil</i>	Session Posters (2)
15.15	Pause					
15.45 - 17.15	Session 30 Formation et renforcement des capacités académiques	Session 31 Regionalização é o caminho? Exemplos do caminho <i>La régionalisation au Brésil</i>	Session 32 La performance du système de soins (2)	Session 33 Télésanté et télémedecine	Session 34 As condições da saúde de adolescentes Les conditions de santé des adolescents	
17.45 - 19.00	Assemblée générale de l'ALASS					
20.00	Repas de Gala au Palais Provincial					

Samedi 9/09/2017					
	Salle Berthe Bovy	Salle Marcel Thiry	Salle Henri Pousseur	Salle Rita Lejeune	Salle Lambert Noppus
8.30 - 9.00	Accueil				
9.00 - 10.30	Session 35 Processos formativos e avaliativos na saúde <i>Santé et formation</i>	Session 36 Responsabilité de la politique publique par rapport à la qualité des soins (3)	Session 37 L'amélioration de l'efficacité des soins	Session 38 L'évaluation de la qualité (2)	Session 39 Technologie et données médicales au service de la qualité des soins
10.30	Pause				
11.00 - 12.00	Session plénière 3: Conclusions et perspectives (Salle Marcel Thiry)				
12.00 - 12.30	Remise des prix CALASS 2017				
12.30	Repas				
13.30	Activité touristique				

Horaire : 08:00 - 09:00 – Accueil et inscription

Horaire : 09:00 - 09:30 – Ouverture officielle

Horaire : 09:30 - 10:45

Session plénière I

Regards sur la qualité

Intervenants : Enjeux politiques de la qualité dans les services publics. *Dr. Florence Cayemaex, centre MAP et Dr. Catherine Fallon, centre Spiral (Belgique)*

Regard des patients sur la qualité dans nos systèmes de santé. *Mr. Georges Larbuisson (Belgique), CHU de Liège*

La médecine 4P, un nouveau paradigme nécessaire pour lutter efficacement contre l'épidémie de maladies chroniques, Autre regard. *Pr. Vincent Castronovo (Belgique)*

Soins intégrés en faveur des malades chroniques : améliorer la qualité des soins, la santé de la population et l'efficacité du système, *Mme Mireille Goemans (Belgique) INAMI*

Horaire : 10:45

Pause Café

Horaire: 11:15 - 12:45

Session 1

Salle 1

Thème : La performance du système de soins (1)

Président: Véronique Zardet, France

Avaliação participativa da Política Nacional de Assistência Farmacêutica brasileira: estratégia de qualificação da tomada de decisão dos gestores públicos.

Silvana Nair Leite, Gilda Almeida, Fernanda Manzini, Ronald Ferreira dos Santos et Debora Melecchi, Marseille Carvalho, FENAFAR - Federação Nacional dos Farmacêuticos, Brasil

Quelle est la place réelle de la qualité et de la performance dans les réformes des systèmes de santé?

Stéphanie Collin, et Lise Lamothe, Université de Moncton, École de santé publique (ESPUM), Université de Montréal, Québec

Objectif de la recherche

L'objectif général de notre recherche est de comprendre la place réelle qu'occupent la qualité des soins et la performance dans les réformes des systèmes de santé. Plus spécifiquement, nous analysons : 1) les enjeux véritables qui poussent l'État à implanter une réforme du système de santé, et, 2) les conséquences des transformations sur l'amélioration de la qualité des soins et la performance du système.

Contexte et problématique

Les projets de réforme des systèmes de santé implantés dans de nombreux pays depuis quelques décennies s'appuient généralement sur un besoin pour un meilleur contrôle des dépenses et un renouvellement de l'offre de soins [1]. L'amélioration de la qualité des soins offerts et de la performance du système sont donc au cœur de ces réformes [2]. En 2008, la province du Nouveau-Brunswick (NB), au Canada, ne faisait pas figure d'exception lorsqu'elle annonçait une réforme dans l'optique d'offrir des soins de qualité axés sur les besoins des patients et d'améliorer le rendement du système de santé [3].

Afin de matérialiser ses intentions, l'État réduisait le nombre de régions régionales de la santé et créait un organisme « indépendant », le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) qui allait entre autres évaluer la qualité des services. Par contre, les objectifs de qualité des soins demeuraient flous, c'est-à-dire que les indicateurs précis permettant de mesurer la progression du changement étaient absents.

Théorie et méthode

Cette communication s'appuie sur les résultats d'une recherche doctorale portant sur le pilotage par l'État d'une réforme d'un système public de santé, dans un horizon temporel déterminé (2006 et maintenant). Les éléments théoriques retenus émanent de l'approche organisationnelle de Crozier et Friedberg (1977) et de celle d'instrumentation de l'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2004).

Résultats

Dans le cas du NB, des enjeux particuliers poussaient l'État à réformer le système de santé. Il avait l'ambition de mieux contrôler les activités, dans l'optique d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Durant la période d'élaboration du changement, l'État précisait son discours avec des indicateurs liés à l'augmentation des coûts en santé. Donc, la stratégie de l'État pour faire naître l'urgence prenait racine dans la viabilité des finances publiques. Les données qu'il partageait sur la qualité des soins demeuraient vagues. À cette époque, les informations standardisées sur la qualité des soins ne se retrouvaient pas en un lieu commun.

Lors de l'implantation de la réforme, les cibles à atteindre relativement à la performance demeuraient surtout financières. Alors que les décideurs publics suggéraient que l'amélioration de qualité des soins était un but central des transformations annoncées, le langage mobilisé quant à la performance demeurait centré sur l'aspect financier [4]. Donc, c'était dans un environnement laissant place à différentes interprétations quant à la mesure de la qualité que les nouveaux établissements de santé devaient oeuvrer.

Pendant la mise en œuvre de la réforme, le CSNB produisait des données normalisées sur la qualité des soins pour la prise de décision qui n'étaient pas facilement accessibles auparavant. Dans un langage simple et commun, il mesurait annuellement depuis 2010 la performance du système de santé en s'arrêtant sur six dimensions de la qualité (accessibilité, justesse, efficacité, rendement, sécurité et équité) et en lui attribuant un score global.

En 2016, les informations fournies par le CSNB montrent que la performance du système de santé ne s'est pas améliorée depuis l'implantation de la réforme. Le score attribué au système de santé du NB est semblable à celui des autres provinces du Canada. Par contre, les dirigeants et les gestionnaires commencent à se fixer des cibles d'amélioration de la qualité, à appuyer leurs décisions sur des données probantes et à mettre en œuvre des cadres d'imputabilité.

Discussion

L'opérationnalisation et la mesure de la qualité des soins nécessitent l'énonciation de cibles tangibles et la convergence des acteurs clés de la gouvernance quant à l'interprétation des indicateurs de performance [5,6]. Un organisme dédié à la production de données, compréhensibles pour toutes les parties prenantes, qui suscitent leur confiance et qui sont pertinentes à la prise de décision, peut contribuer à des changements profonds dans les comportements des acteurs du système de santé [4,7]. Ses liens avec les acteurs associés au pilotage de la réforme sont toutefois importants. Un tel organisme doit réussir à diffuser des données suffisamment importantes pour que les décideurs publics, influencés par les dynamiques entre les acteurs concernés et les particularités de l'environnement, soient motivés à les prendre en compte dans leurs décisions [8]. Le monitoring de la progression du changement peut s'avérer être un projet périlleux pour l'État et lui poser un dilemme, car la mesure précise de la performance peut mettre en évidence certaines failles du système. Ceci peut soulever des questions sur la place de l'imputabilité dans la mise en œuvre des réformes des systèmes de santé.

Contribution/intérêt de la communication

Cette communication permet d'enrichir les réflexions sur le lien entre les réformes des systèmes de santé, la qualité des soins et l'atteinte des résultats.

Quels sont les critères évalués lors des décisions de prise en charge de certains médicaments anticancéreux onéreux en France ?

Maria Laura Silva et Marine Aulois-Griot, Université de Bordeaux, Laboratoire de Droit et Économie Pharmaceutiques et CHU de Bordeaux, France

L'amélioration continue au sein des unités de soins du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège à travers la mise en place de la méthodologie « Excellence Opérationnelle ».

Isabelle Dikenda, Marie Jacques et Charlotte Kaquet, CHU de Liège, Belgique

Session 2

Salle 2

Thème : Qualité et sécurité des patients

Président: Carmen Tereanu, Romania, Italia

Proprietà psicometriche del Questionario statunitense sulla cultura della sicurezza dei pazienti HSOPSC applicato agli ospedali rumeni: risultati del progetto internazionale IRIDE.

Carmen Tereanu, Scott A. Smith, Mugurel Stefan Ghelase, Giuseppe Sampietro, Adrian Molnar, Florentina Ligia Furtunescu, Antoaneta Dragoescu, Camelia Stanesco, Dan Moraru, Olguta Gavrilă, Anca Patrascu, Andreea Loredana Golli et Manuela Iuliana Dragomir, Agenzia di Tutela della Salute, Westat, Rockville, Dipartimento di Sanità Pubblica e Management Sanitario, Università di Medicina e Farmacia, Craiova, Istituto del Cuore "Niculae Stancioiu", Cluj-Napoca, 5Dipartimento di Sanità Pubblica e Management Sanitario, Università di Medicina e Farmacia "Carol Davila", Ospedale di Pneumotisiologia, Brasov, Ospedale Filantropia Craiova, Italia et Romania

Introduzione

Misurare la cultura della sicurezza negli operatori sanitari aiuta a capire e migliorare la sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. A tale scopo, il questionario statunitense *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HOSPSC), elaborato dall'Agenzia per la Qualità e Ricerca in Sanità (AHRQ) è stato sperimentato di recente in Romania nell'ambito del progetto IRIDE, patrocinato dall'Associazione Latina per l'Analisi dei Sistemi Sanitari (ALASS).

Obiettivo

Valutare le proprietà psicometriche della versione rumena del questionario HOSPSC

Metodi

Il questionario HOSPSC è composto di 42 items raggruppati in 12 "dimensioni" (*frequenza degli eventi segnalati, percezione globale della sicurezza, aspettative dal responsabile/capo e azioni di promozione della sicurezza, apprendimento organizzativo e miglioramento continuo, lavoro di squadra nelle unità operative, apertura della comunicazione, feedback e comunicazione riguardo gli errori, risposte non punitive agli errori, disponibilità di personale, supporto della Direzione per la sicurezza dei pazienti, lavoro di squadra tra le unità operative, trasmissioni e consegne*)

Lo stesso è stato tradotto in rumeno e pretestato su un gruppo ristretto di medici e infermieri. Dopo aver escluso un item relativo allo staff interinale (categoria di staff che non è diffusa negli ospedali rumeni) e aggiustato minimamente la terminologia per renderla più comprensibile agli operatori sanitari rumeni, il questionario cartaceo è stato distribuito in sei ospedali, situati in quattro regioni diverse del Paese. Il periodo per la compilazione è stato di un mese (nel 2014). Sono state eseguite statistiche descrittive, correlazioni, affidabilità interna e analisi fattoriale esplorativa e confirmatoria.

Risultati

Il dataset basato sul censimento dello staff nei reparti partecipanti (tasso di risposta: 85%) consiste di n. 969 questionari correttamente compilati. Il 67% dei rispondenti erano infermieri e il 23% erano medici. La maggior parte erano del reparto di Chirurgia (24%) o di Medicina (22%).

L'analisi fattoriale confermativa iniziale (CFA) delle 12 "dimensioni" della sicurezza dei pazienti e dei 41 items del HOSPSC mantenuti nella versione rumena ha rivelato una struttura scarsamente adeguata rispetto al questionario originale statunitense.

Il modello finale della CFA, ritenuto accettabile da un punto di vista psicometrico, consiste di soli 29 items raggruppati in 8 dimensioni della sicurezza dei pazienti (*frequenza degli eventi segnalati, aspettative responsabile/capo & azioni di promozione della sicurezza, apprendimento organizzativo e miglioramento continuo, lavoro di squadra nelle unità operative, comunicazione, risposte non punitive agli errori, supporto della Direzione per la sicurezza dei pazienti, lavoro di squadra tra le unità operative*). Lo stesso ha una bontà del *fit* adeguata in quanto tutti i fattori standardizzati caricano oltre 0.40, la radice quadratica media residua standardizzata = 0.05, l'errore quadratico medio di approssimazione = 0.06 e il *fit index* comparativo = 0.92.

Il coefficiente Cronbach alpha ha un range compreso tra 0.56 e 0.93, con due "dimensioni" con inferiori al criterio 0.70.

La correlazione media tra le dimensioni rimaste nel modello con il "grado complessivo di sicurezza del paziente" è adeguata 0.28 (range: 0.19–0.45).

Discussione

La versione rumena del questionario HOSPSC sperimentata in sei ospedali in Romania ha proprietà psicometriche adeguate per una struttura con meno fattori ("dimensioni") rispetto alla versione originale statunitense. Questi risultati supportano altri studi (e.g. condotti in Inghilterra, Cina, Turchia, Croazia, Svezia), i quali non hanno confermato da un punto di vista psicometrico la struttura originale dello strumento.

In conclusione, questo studio pilota suggerisce che il questionario HOSPSC è parzialmente adatto per poter essere utilizzato su larga scala in Romania. Lo stesso dovrebbe essere integrato/completato con items che riflettano meglio le peculiarità organizzative e culturali del sistema ospedaliero in questo Paese.

[De nouveaux indicateurs pour l'analyse de questionnaires de mesure du niveau de culture de sécurité: une application à la culture de sécurité des patients dans un service de radiothérapie.](#)

Marius Kamto Kenmogne, Didier Van Caillie, HEC-Liège, Université de Liège, Belgique

L'objectif de cette communication est de démontrer les insuffisances de l'Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) dans l'analyse de la culture de sécurité d'organisations disposant d'une multitude de sous-cultures et de l'enrichir par de nouveaux indicateurs adaptés.

Les risques d'infections nosocomiales ou d'effets secondaires indésirables durant la prise en charge du patient constituent un enjeu majeur de la qualité des soins dans les établissements de santé. La publication récente du rapport « Medical error—the third leading cause of death in the US » qui classe les erreurs médicales comme la troisième cause de décès aux Etats-Unis après le cancer et les maladies cardiaques (Makary & Daniel, 2016), a remis cette question au centre des préoccupations dans de nombreux pays développés. Historiquement, le niveau de sécurité dans les établissements de soins a été basé sur des données rétrospectives de décès et d'infections nosocomiales. Récemment, grâce à la prise de conscience du fait que les facteurs organisationnels, managériaux et humains plutôt que les faiblesses techniques sont des causes principales d'accidents (Weick, 1999), les professionnels de ce secteur ont mis l'accent sur les mesures prédictives de sécurité. Une attention particulière est ainsi accordée à l'évaluation du « climat de sécurité », un terme qui se réfère généralement aux composantes mesurables de la « culture de la sécurité », comme les comportements du management, les systèmes de sécurité et les perceptions des employés à l'égard de la sécurité (Guldenmund, 2000).

Cependant, au regard des avancées récentes dans la mesure de la culture de sécurité, nous sommes amenés à constater que le plus célèbre des questionnaires de mesure de la culture de sécurité en milieu médical, l'HSOPSC, développé et validé sous la direction de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Nascimento, 2011) et traduit en français par le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine, présente un certain nombre de limites. Le but de cette communication est d'en démontrer les insuffisances et de l'enrichir en suggérant des indicateurs complémentaires nécessaires pour améliorer l'analyse des données recueillies par questionnaire.

Notre apport théorique est essentiellement basé sur l'explication des limites du taux de réponses positives, indicateur préconisé par l'AHRQ, à partir de publications consacrées à l'analyse des sous-cultures de sécurité. Nous sollicitons des auteurs comme Williams et al, (1989), Hamden-Turner (1990), Furnham & Gunter (1993) pour attirer l'attention sur le fait que, bien que l'organisation puisse posséder un « thème culturel » dominant, il y a un certain nombre de variations dans la manière dont le thème est exprimé à travers l'organisation. En agrégeant les perceptions individuelles à l'échelle de l'organisation dans un indicateur unique, l'AHRQ fait à tort l'hypothèse de l'homogénéité de la culture au sein de l'entité soutenant ainsi son caractère unitaire, intégré et monolithique. De plus, les perceptions individuelles de la sécurité sont influencées par beaucoup d'autres facteurs que les éléments culturels partagés avec le reste du groupe (Chevreau, 2006). Dans ces conditions, lorsqu'on mesure la culture de sécurité, l'intensité des divergences des perceptions, des attitudes ou des comportements à l'intérieur de l'organisation devrait également être prise en considération. Plus la variance est élevée moins l'organisation peut être considérée comme homogène concernant ce trait culturel.

Nous analysons empiriquement ces affirmations à partir du cas d'un service de radiothérapie (SRT) employant une centaine de personnes. Les données sont collectées à partir du questionnaire de mesure de la culture de sécurité développé par Kamto (2016). Lors de l'analyse de ces données, en plus du taux de réponses positives recommandé par l'AHRQ, le coefficient de variation des réponses et le taux de participation par item du questionnaire sont calculés et interprétés. Ensuite, une analyse des correspondances multiples (ACM) avec le logiciel Statistica version 10 est utilisée pour vérifier l'existence de sous-cultures de sécurité pour les items ayant le plus de variabilité.

Les résultats montrent que pour de nombreuses variables de mesure de la culture de sécurité, en se limitant uniquement au nombre de réponses positives, on est amené à considérer comme points forts de la culture des éléments sur lesquels des divergences d'appréciation importantes existent entre les travailleurs.

Les résultats de l'ACM permettent de constater que plusieurs éléments pour lesquels le coefficient de variation est élevé renseignent sur l'existence de sous-groupes homogènes (sous-cultures) à l'intérieur du service de radiothérapie étudiée. Nous constatons par exemple que les chefs (membres du Comité de pilotage et responsables qualité) ont des perceptions de la sécurité significativement plus élevées que celles des autres membres du personnel. Ils ont tendance à être tout à fait d'accord avec les affirmations positives relatives au niveau de sécurité dans le service et pas du tout d'accord avec les affirmations négatives. Ce résultat démontre qu'il est essentiel de distinguer la culture de sécurité des personnes qui font faire la sécurité (ici les chefs) de la culture de sécurité de ceux qui font la sécurité (le personnel à qui les chefs demandent d'adopter un certain nombre de comportements propices à la sécurité).

Nous constatons en outre une opposition de points de vue entre les travailleurs des deux tranches d'âges les plus représentées dans le service : ceux qui ont entre 32-39 ans - juste situés à la catégorie d'âge supérieure à celles des plus jeunes dans le service - et ceux qui ont plus de 50 ans. De la même manière, nous constatons une opposition entre les travailleurs qui ont entre 1-5 années d'ancienneté dans le service et les travailleurs les plus anciens, ayant plus de 15 ans dans le service.

Cette communication permet d'améliorer l'état des connaissances dans le champ de la mesure de la culture de sécurité des soins en suggérant des indicateurs complémentaires. Elle démontre qu'il est important de prendre en compte la variation des réponses fournies à un questionnaire puisqu'elle contient en elle des informations sur l'existence potentielle de sous-cultures dans l'organisation. De plus, dans le cas particulier d'un service de radiothérapie, nous attirons l'attention sur l'existence de différentes sous-cultures selon que l'on soit du côté de ceux qui font faire la sécurité ou du côté de ceux qui la font ; selon que l'on soit jeune ou plus âgé et selon l'ancienneté dans le service.

[La Dynamique qualité en Tunisie, une histoire qui commence !!](#)

Mekki Medimagh, Amara Tamboura, CHU F.Bourguiba de Monastir, Tunisie

Session 3

Salle 3

Thème : La participation du patient dans le processus de soins (1)

Président: Roxane Borgès da Silva, Québec

[Enseigner la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient : médiateur à la qualité des soins.](#)

Isabelle Brault, M.C.Vanier, J.A.Marinier et A. Néron, Université de Montréal, Canada

Objectif

L'objectif de cette communication est de présenter le programme de formation à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat de soins de l'Université de Montréal

Contexte

Le développement des compétences associées à la collaboration interprofessionnelle est essentiel pour assurer la qualité des soins de santé. Les futurs professionnels de la santé sont appelés à être des collaborateurs efficaces pour répondre à la complexité des soins de santé et à jouer un rôle actif dans les équipes interprofessionnelles. Une voie prometteuse à l'amélioration de la qualité des soins est l'engagement des patients à plusieurs niveaux du système de santé dont celui de l'enseignement universitaire.

Description du projet

Le curriculum de formation à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat patient est développé dans une approche par compétences. Il comporte 3 cours obligatoires auxquels prennent part, ensemble, les étudiants des 13 programmes des sciences de la santé et des sciences psychosociales. Les activités pédagogiques sont variées et incluent notamment une formation en ligne composée de modules en ligne et d'un journal de bord collaboratif (outil virtuel de collaboration interprofessionnelle), des activités intra programme et des ateliers inter programme. Ces activités permettent aux étudiants d'expliquer les éléments clés supportant une collaboration interprofessionnelle, de préciser leur rôle professionnel, de planifier des interventions selon une approche en partenariat avec le patient et ses proches et d'élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire. Des patients partenaires au profil formateur participent activement aux ateliers inter programmes pour faciliter l'intégration des principes associés au partenariat patient. Des questionnaires de satisfaction des étudiants sur les cours suivis sont distribués pour chacun des trois cours enseignés.

Résultats

À la lumière de la formation, les étudiants se disent plus confiants face à la collaboration interprofessionnelle dans les milieux cliniques et sont davantage en mesure de décrire les rôles des autres professionnels de la santé et leur champ de compétence ainsi que le rôle du patient. La participation des patients dans les activités de formation est une valeur ajoutée afin de mobiliser les compétences des étudiants en matière de partenariat de soins.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique

L'université de Montréal est un chef de file dans la formation à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat patient. Annuellement, plus de 4500 étudiants sont formés et l'implication des patients constitue une valeur ajoutée au curriculum de formation.

[El entorno global y la generación de conflictos entre los usuarios y prestadores de los servicios de salud.](#)

Salvador Chávez Ramírez, Universidad de Guadalajara, México

En CALASS 2015 en Italia, presente el "Modelo de Atención a la Queja Médica en México: 20 años de evolución", terminé el texto y planteando algunas cuestiones que me parecían cruciales en la comprensión de este quehacer de atender las inconformidades y conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud generados a partir de la atención.

¿Cómo y cuándo las Comisiones de Arbitraje Médico actualizarán y/o adecuarán sus atribuciones y procedimientos, para atender de manera integral el "acto médico" y/o "todos los profesionales y sus prácticas en salud"?

El pasado año (2016), la "red" de Comisiones de Arbitraje Médico en México que atendemos estos conflictos en los diferentes Estados o Provincias del País, hicimos un recuento no solo estadístico de este trabajo, sino también de reflexión acerca de 2 elementos considerados importantes que inciden en una

“diferente relación médico paciente” a la reconocida tradicionalmente a partir del paradigma de que “la relación médico-paciente es un acto humano, basado en el respeto y la confianza entre dos personas”.

En México (y el mundo), aceptamos plenamente que los grandes cambios de finales del siglo XX en los patrones de utilización y prestación de los servicios de salud, tales como el reconocimiento a la protección de la salud como derecho social, la participación de la sociedad en el autocuidado y autodeterminación, la socialización de la medicina y el vertiginoso avance en la ciencia y tecnologización de la atención en salud, han contribuido con logros significativos en la calidad de vida de la población y a la calidad y seguridad de los mismos servicios de salud, pero también han propiciado la aparición de dilemas éticos y legales, que hacen más conflictiva la relación médico-paciente.

Entre las transformaciones que esta relación ha sufrido ocupa un lugar destacado la multiplicación de las quejas y demandas de los pacientes, familiares o personas cercanas al paciente, en contra de los médicos y/o instituciones, sea por la insatisfacción con los servicios prestados, o por influencias mal intencionadas que buscan la judicialización indebida del acto médico o la obtención de algún beneficio derivado de la fractura de la esa relación entre el usuario, los profesionales de la salud y las instituciones públicas o privadas prestadoras de esos servicios.

Desde una perspectiva global, durante las últimas cuatro décadas, en el mundo se han suscitado cambios importantes en el entorno y desempeño de los sistemas de salud que han modificado el modo de ejercer la práctica médica y que eventualmente se pueden constituir en generadores de conflictos entre usuarios y prestadores de los servicios de salud.

En México, la creciente demanda servicios de salud ha generado necesidades de financiamiento de los sistemas de salud con nuevos esquemas y que como en otros países, no han sido acorde con las exigencias reales, de tal forma que se ha creado dos brechas, una entre las necesidades de la población y la oferta de servicios, y una más entre las expectativas de los usuarios y las posibilidades de las instituciones prestadoras.

Por otro lado, la globalización de la información y de los conocimientos médicos en lo que respecta a nuevas tecnologías, métodos de diagnóstico y terapéuticos, han generado una población usuaria que tiene mayores conocimientos, expectativas y exigencias en cuanto a los servicios a los que tiene derecho y donde los modelos de calidad tienen mucho que ver en este proceso.

Es así, que nuestro país no ha permanecido ajeno a la problemática internacional globalizada, hay una serie de características interrelacionadas del sistema de salud mexicano y de sus determinantes sociales que históricamente han condicionado la generación de conflictos y ahora estamos en el proceso de comprender este nuevo entorno y crear herramientas de contención y resolución a estos conflictos.

En este trabajo que ahora propongo compartir, expondré las características y elementos de generación de conflictos, los datos numéricos de los que atendemos de manera histórica (20 años) y los nuevos escenarios y herramientas que ahora incorporamos a esta tarea.

La qualité des soins au travers de la Médiation hospitalière et du Comité de patients du CHU de Liège.

Caroline Doppagne, CHU de Liège, Belgique

Riassunto

L'entrata in vigore della legge belga del 22 agosto 2002 sui diritti dei pazienti ha portato in modo significativo cambiamenti sia per i pazienti che per gli operatori sanitari e le loro istituzioni, tali cambiamenti richiedono una serie di disposizioni nelle prestazioni mediche o paramediche.

Il paziente, grazie a questa legislazione, diventa protagonista ed ha diritto a reclamare eventuali malcontenti. Ma al di là di questo aspetto, dobbiamo prima esaminare il rapporto tra - “medico/paramedico - paziente”, nonché la trasparenza nella relazione che si stabilisce tra essi ed il beneficio che arreca alla qualità della cura.

Attraverso casi pratici ed esperienza nel settore da oltre 13 anni, la Mediatrice del CHU di Liegi spiega come questa legge e le sue missioni contribuiscono a migliorare la qualità delle cure e della relazione tra medico - paziente all'interno dell'istituzione. Inoltre, sollecita il funzionamento del Comitato dei pazienti presso l'istituzione, trattando vari argomenti inerenti al mondo ospedaliero.

Résumé

L'entrée en vigueur de la loi belge du 22 août 2002¹ relative aux droits du patient a considérablement apporté des changements tant pour les patients, que pour les prestataires de soins et leurs institutions, tenus de respecter un certain nombre de dispositions durant les prestations médicales ou paramédicales.

Le patient s'est vu offrir une nouvelle autonomie : il est un sujet de droit, un acteur à part entière qui peut clamer son mécontentement en se basant sur une législation. Mais au-delà de cet aspect, il faut avant tout voir l'équilibre des forces – « prestataires de soins – patients » ainsi que la transparence dans la relation soignant – soigné et le bénéfice que cela apporte au niveau de la qualité des soins.

Au travers de cas pratiques et de son expérience sur le terrain depuis plus de 13 ans, la Médiatrice du CHU de Liège explique comment cette loi et ses missions contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et de la relation soignants – soignés, au sein de l'institution. Par ailleurs, elle développe aussi le fonctionnement du Comité de patients de l'institution sollicité pour des demandes d'avis pour divers sujets inhérents au monde hospitalier.

Objectif et contexte

L'entrée en vigueur de la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient a considérablement apporté des changements tant pour les patients, que pour les prestataires de soins et leurs institutions, tenus de respecter un certain nombre de dispositions durant les prestations médicales ou paramédicales. En quoi cette législation ainsi que la mise en place du service de médiation ont-ils contribué à l'amélioration de la qualité des soins et de la relation soignants – soignés, au sein de l'institution ?

Théorie, méthodes, modèles

« (...) La médiation est un mode de construction d'un « nous » : il s'agit pour ceux qui sont en présence, les « médiés », de passer du « moi » (« mes » droits) au « nous », c'est-à-dire à la prise en compte de l'autre ».

Au travers de cas pratiques, de son expérience sur le terrain depuis plus de 13 ans, ainsi que de son rapport annuel 2016 et du fonctionnement du Comité de patients qu'elle préside, la Médiatrice du CHU de Liège explique comment cette loi et ses missions contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et des relations soignants – soignés, au sein de l'institution.

Résultats et discussion

La médiation est un processus par lequel chaque « partie » se préoccupe aussi de l'intérêt de l'autre, d'une façon également favorable à son propre intérêt. Il ne s'agit pas de rechercher le meilleur compromis de partage des « gains » mais de trouver un accord qui augmente les gains de chacun².

Depuis l'entrée en vigueur de la loi relative aux droits du patient, une augmentation des plaintes a été constatée mais il ne s'agit pas d'un accroissement considérable, nonobstant le fait que le patient a la démarche plus facile. Le changement s'observe plutôt dans le choix du mode de résolution de la plainte. Le constat est celui du grand succès du recours à la voie de la médiation. Les patients et les prestataires de soins y accèdent davantage au fil des années, notamment en raison de la disponibilité et de l'écoute qui sont offertes par ce biais.

Contribution/intérêt de la communication

Découvrir deux contributions à l'amélioration de la qualité au sein de l'hôpital :

1/ le service de Médiation hospitalière, de par sa neutralité, a un rôle d'accompagnement de chacun vers une solution. Les attentes des patients sont grandissantes, leurs réclamations aussi. Si le législateur a souhaité la mise en place des services de Médiation au sein des institutions hospitalières, c'est dans l'espoir que les conflits ne se judiciaient pas et que leurs issues soient les plus favorables pour chacune des parties. D'autre part, ce service est à l'écoute de chacun, dans des délais d'urgence qui leur sont

¹ Loi du 22-08-2002 relative aux Droits du patient.

propres, et également à la disposition des prestataires de soins qui peuvent être particulièrement affectés par un conflit à leur encontre.

2/ le Comité de patients, dont les missions sont l'amélioration de l'information transmise aux patients (en donnant un avis sur certains documents, soit d'initiative, soit à la demande du CHU et en proposant des sujets d'information qu'il jugerait opportun) et l'amélioration globale de la prise en charge des patients fréquentant le CHU de Liège (en interpellant le CHU de Liège pour tout sujet qu'il estimerait pertinent d'étudier pour la prise en charge des patients et de leurs proches et en remettant leur avis consultatif sur les sujets que le CHU lui soumettrait).

Horaire : 12:45

Repas

Horaire: 13 :45 – 15 :15

Session 5

Salle 1

Thème : La mesure de la qualité et de l'efficacité des soins

Président: Philippe Wieser, Belgique

[L'apport des bases médico-administratives de l'Assurance maladie pour étudier l'épidémiologie, évaluer la qualité des soins et la performance du système de soins : l'exemple du parcours de soins des victimes d'accidents vasculaires cérébraux \(AVC\) en France.](#)

Laure Com-Ruelle, Clément Néstrigue, Damien Bricard, Véronique Lucas-Gabrielli et Nelly Le Guen, IRDES, France

Objectif de la recherche

Le programme de recherche PaSoV-AVC de l'IRDES consiste en une approche spatio-temporelle des parcours de soins des patients victimes d'un primo-AVC en France s'appuyant sur les bases médico-administratives. Le but de la présentation est d'expliquer l'apport de la construction d'une série de cohortes de patients ad hoc exhaustives pour ce faire. Ce dispositif est complété par des méthodes d'analyse innovantes des parcours, de leurs déterminants, liés aux caractéristiques des patients et à l'offre de soins locale, et de la performance du système de soins afin de révéler de possibles leviers d'amélioration pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Contexte et problématique

En France, avec une incidence hospitalière de près de 150000 patients distincts en 2015, 31000 décès en 2013 et une prévalence de près de 800000 cas avec antécédent (1,6% de la population adulte), l'amélioration de la prise en charge des AVC constituent un enjeu majeur de santé publique, sur les plans médical et économique. Après le développement des Unités neurovasculaires (UNV) lors du Plan national d'actions « AVC 2010-2014 », les efforts actuels ciblent la phase de rééducation.

L'accès aux bases médico-administratives de données de santé offre aux chercheurs l'opportunité d'études de nature épidémiologique, sur le parcours de soins et l'écart aux recommandations de bonne pratique. L'utilisation de données individuelles et agrégées pour l'analyse du parcours de soins des victimes d'AVC exige une méthodologie innovante permettant d'étudier à la fois la variabilité territoriale et leur évolution au fil du temps selon les politiques de santé menées.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

Les données du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) couvrent l'intégralité de la consommation médicale remboursable de ville et hospitalière de l'ensemble de la population couverte. Des extractions de données individuelles anonymisées, exhaustives, longitudinales (chaînées) du SNIIRAM ont été permises par les autorités à l'IRDES dans le cadre de son programme PaSoV-AVC. D'autres données issues d'autres bases administratives agrégées décrivent l'offre de soins et le contexte socio-économique localement.

Une série de 10 cohortes successives de patients hospitalisés pour AVC en année N (2010 à 2019) doit

être construite au sein du SNIIRAM. Des extractions de toutes leurs consommations médicales allant de l'année N-1 à N+2 sont effectuées pour repérer les primo-AVC et analyser leurs parcours de soins. La définition de l'AVC repose sur le diagnostic principal du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour le champ MCO (I60-I64, G45) ; sont inclus les primo-AVC non hospitalisés pour AVC au cours des 24 mois glissants antérieurs (M-1 à M-24) ; le suivi court les 24 mois glissants postérieurs (M+1 à M+24). A terme, les données extraites concerneront les années 2008 à 2021.

Résultats

Les cohortes de 2010 à 2013 ont été construites et plusieurs analyses ont déjà été effectuées.

- La cohorte 2012 comprend 133824 patients adultes ayant présenté un primo-épisode d'AVC de structure par type conforme à la littérature. Leur description révèle que l'AVC survient plus tardivement dans la vie chez les femmes ; seuls 35% sont passés en UNV ; 11% sont décédés au cours de cet épisode. Depuis 2010, la qualité des soins s'améliore : prise en charge en UNV et réalisation d'actes recommandés progressent.
- Une analyse des déterminants de la durée du premier épisode hospitalier en phase aiguë montre que les facteurs individuels (démographiques, cliniques et du parcours de soins) sont essentiels pour comprendre sa variabilité.
- Une étude des parcours de soins sur les trois mois post-MCO a révélé 6 types de parcours. Une modélisation a montré, outre l'efficacité des UNV (décès réduits, orientation SSR majoritaire) et le rôle de la gravité clinique dans les orientations, l'importance de la densité départementale des lits de SSR pour en bénéficier.
- Une étude du lien entre facteurs de risque détectés et passage en réanimation est en cours.
- Une typologie de l'offre de soins spécifique neurovasculaire intégrant toutes phases et le secteur médico-social est également en cours.

Discussion

L'utilisation du SNIIRAM permet d'enrichir considérablement les données hospitalières du PMSI. Certaines données restent manquantes : non remboursables en ville, mal codées car non tarifiantes ou non datées précisément. D'où l'intérêt de recueils cliniques adjoints et des registres AVC. Des études des coûts de l'AVC sont envisagées, du point de vue de l'Assurance maladie et du reste à charge des patients et pour apporter des éléments d'efficacité précis.

Contribution/intérêt de la communication

La constitution innovante de cohortes de primo-AVC sur 10 années successives à partir du SNIIRAM, couvrant la période du Plan national d'actions AVC et au-delà, est une opportunité unique pour des études quantitatives des parcours de soins à court et long terme, aux fins d'études épidémiologiques et d'analyses de la performance du système de santé en intégrant les coûts. Elle fournit un cadrage essentiel autour d'un problème de santé publique, complète les études plus cliniques et peut orienter des enquêtes de terrain qualitatives sur l'organisation et la coordination des soins pour étayer des hypothèses soulevées.

Mesure de la mortalité post-opératoire comme indicateur de qualité des soins.

Philippe Dony, Laurence Seidel, Jean Boogaerts et Adelin Albert, Hôpital civil Marie Curie – CHU de Charleroi et CHU de Liège, Belgique

Objectif

Obtenir un taux de mortalité intra- hospitalière et extra-hospitalière après intervention chirurgicale.

Contexte

La chirurgie est un domaine important des soins de santé. Chaque année, 230 millions d'interventions majeures ont lieu dans le monde avec un taux de mortalité qui varie entre 0.5 et 5%. Des modifications importantes des pratiques et des changements de plus en plus rapides imposent d'évaluer ses pratiques de manière constante et facilement disponible.

Méthodes

Création et mise en production d'une feuille d'anesthésie informatisée au sein du système informatique hospitalier qui récolte tous les paramètres lors de l'intervention. Ces paramètres d'anesthésie sont intégrés dans le dossier hospitalier et agrégés dans un entrepôt de données. Ces différentes informations en provenance du dossier médical, y compris celles acquises pendant la chirurgie contenues sont régulièrement incorporées dans une suite logicielle et statistique afin de créer un tableau de d'évaluation de la mortalité en fonction de caractéristiques spécifiques et de l'issue du patient. Le décès extra-hospitalier est également pris en compte par une liaison à la banque carrefour de la population.

Résultats

La mortalité dans notre étude varie de moins de 1% pour les patients à risque faible jusque 4.5% pour les patients à haut risque. La mortalité extra-hospitalière représente 25% des décès à 30 jours. Discussion : Le décès est un indicateur incomplet de la qualité de soins mais reste une mesure d'évaluation des pratiques. Après la mise en place du processus d'intégration et d'analyse des données depuis le dossier hospitalier jusqu'au logiciel statistique protocole nous obtenons un taux de mortalité automatiquement mis à jour. Cette automatisation permet de suivre des modifications et d'évaluer des changements de pratiques, comme les courts séjours hospitaliers ou des modifications de traitement.

L'informatisation, la préparation des données et l'analyse statistique ouvrent la porte à des observations scientifiques plus complètes que la lecture de données accumulées et observées ponctuellement et rétrospectivement. Les décès extra-hospitaliers nous échappent et sont rarement comptabilisés dans les études, pourtant le monde de la santé évolue dans cette direction de diminution du séjour hospitalier.

[Accident Vasculaire Cérébral : facteurs de risque et gravité d'un premier épisode en phase aiguë.](#)

Camille Leandre, Laure Com-Ruelle, IRDES, France

Contexte et objectif

En France, avec une incidence d'environ 130000 nouveaux cas par an et une prévalence de près de 800000 cas présentant un antécédent (soit 1,6% de la population adulte), les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) constituent un enjeu majeur de santé publique. L'un des objectifs du Plan d'actions national

« Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » était d'améliorer la prévention de cette pathologie. Le but de l'étude était de repérer les facteurs de risque (FDR) des patients hospitalisés en court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique - MCO) pour un premier épisode d'AVC et d'analyser les différences entre ceux ayant séjourné en réanimation (AVC graves) et les autres (non graves).

Méthode

Les victimes d'un primo-épisode d'AVC en 2012 étaient repérées dans les bases médico-administratives. Une extraction du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) était réalisée à partir du diagnostic principal (DP) du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour le champ MCO (I60-I64, G45). Les patients ne devaient pas avoir été hospitalisés pour AVC au cours des 24 mois glissants antérieurs (M-1 à M-24). Pour chaque patient repéré, ses consommations médicales des 2 années précédentes (M-1 à M-24) et deux années suivantes (M+1 à M+24) ont été extraites, comprenant : (1) des données de consommation de soins de ville (Datamart Consommation Inter Régimes - DCIR), (2) de soins hospitaliers (ensemble des PMSI : MCO, Hospitalisation A Domicile - HAD, Soins de Suite et de Réadaptation - SSR, Psychiatrie - PSY, Unités de Soins de Longue Durée

- USLD), et (3) des données médico-administratives (Affections de Longue Durée – ALD, droits sociaux tels que la Couverture Maladie Universelle – CMU et la CMU complémentaire – CMU-C). Cette extraction incluait les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie et Sections Locales Mutualistes (SLM), couvrant France métropolitaine, départements, régions et collectivités d'outre-mer (DOM-TOM).

En se basant sur une revue de la littérature, les FDR retenus pour l'étude étaient d'origine métabolique (hypertension artérielle - HTA, obésité, diabète, dyslipidémie, insuffisance rénale chronique - IRC), liés

au comportement de l'individu (alcoolisme, tabagisme), à des antécédents cardiaques (proxy : fibrillation auriculaire - ACFA), et au stress psychosocial (proxy : dépression). Les FDR étaient repérés à partir des consommations médicales des patients par des algorithmes d'identification : personnes qui, au cours de M-1 à M-24, ont reçu à différentes dates au moins 3 délivrances de traitements spécifiques du FDR, et/ou étaient en ALD spécifique du FDR, et/ou étaient hospitalisées en MCO avec codes CIM10 spécifiques du FDR en DP, DR ou DAS. Une modélisation (régression logistique) du passage en réanimation (variable dépendante) était réalisée.

Résultats

133 824 patients ont présenté un primo-épisode d'AVC en 2012 : 26,1% d'Accidents Ischémiques Transitoires (AIT), 49,5% d'AVC ischémiques, 15,2% d'AVC hémorragiques, 3,8% d'hémorragies sous-arachnoïdiennes et 5,3% d'AVC de type non précisé. 51,1% des patients étaient de sexe féminin et l'âge moyen était de 72,6ans. 60% ont été hospitalisés dans un établissement comprenant une UNV. 32% ont été hospitalisés dans un Centre Hospitalier Régional, 32% dans un établissement public ou privé non lucratif avec plus de 300 lits et 31% dans un établissement public ou privé non lucratif avec moins de 300 lits. 77% ont eu un passage par les urgences en cas de provenance du domicile. 4% ont eu un AVC au décours d'un précédent séjour hospitalier pour autre motif. 11% sont décédés au cours de ce primo-épisode. La durée moyenne de la prise en charge hospitalière était de 10 jours. 5,7% ont fait un passage en réanimation et 35% en UNV.

L'index de Charlson (comorbidité) moyen était de 1,44. Les FDR concernaient notamment : HTA 49,6% des patients, dyslipidémie 37,2%, dépression 20%, diabète 19,1%, ACFA 16,4%, IRC 12,7%, tabagisme 11,6%, obésité 4,6%, alcoolisme 2,7%. Les analyses bivariées révélaient que la part des patients passés en réanimation variait selon le FDR, respectivement : 4,3%, 4,7%, 4,8%, 4,4%, 4%, 4,1%, 6,2%, 6,2% et 11,5%.

Une modélisation est en cours pour mesurer l'effet propre de ces FDR et les résultats définitifs seront disponibles pour le congrès.

Discussion

L'utilisation du SNIIRAM permet d'enrichir considérablement les données hospitalières du PMSI même si certains FDR ne peuvent qu'être approchés, d'où l'intérêt de recueils cliniques adjoints. Une comparaison avant-après l'hospitalisation pour un premier épisode d'AVC traitera ensuite des aspects de prévention secondaire. La constitution de cohortes allant de 2010 à 2019 permettra d'évaluer l'évolution temporelle de la prise en charge des facteurs de risque en matière de prévention primaire et secondaire. Une

étude des coûts de l'AVC tenant compte des facteurs de risque et de la prévention secondaire de l'AVC est envisagée.

Contribution/intérêt de la communication

La constitution innovante de cohortes de primo-AVC sur 10 années successives à partir du SNIIRAM, démarrant au début d'un Plan national d'actions et se prolongeant bien au-delà, est une opportunité unique pour pouvoir étudier différentes problématiques autour d'un problème de santé publique, d'en suivre l'évolution, et de tester diverses méthodes d'analyse.

[Outil de prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral au CHU de Liège.](#)

Marie Thys, B. Jansen, J.Jacques, Ph. Kolh, P. Maquet, CHU de Liège, Belgique

Session 6

Salle 2

Thème : Diversidades regionais - especufudades de um estado no Brasil (Diversité régionale au Brésil)

Président: Liza Yurie Teruya Uchimura, Brasil

[Gestão Regional e Redes: Estratégias para a saúde em São Paulo.](#)

Nelson Ibañez, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

Gestão da regulação de acesso em regiões de saúde.

Ana Paula Chancharulo de Moraes, Ana Luiza d'Ávila Viana, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Brasil

Caminhos para os cuidados em casos traçadores na região do Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil.

Aylene Emilia Moraes, Paulo Mota, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Brasil

Incorporação de tecnologias em saúde em perspectiva regional: o lado sombrio da força.

Hudson Pacifico da Silva, Ana Luiza d'Ávila Viana, Université de Montréal; Universidade de São Paulo, Brasil

Contexto e descrição do problema

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande incorporador de tecnologias (vacinas, medicamentos, equipamentos médicos, materiais de consumo, etc.) e gestores de todas as instâncias do SUS são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas ao sistema de saúde. Grande parte dessa pressão é norteadada pelo desconhecimento acerca da viabilidade técnica e financeira relativa à incorporação dessas tecnologias, bem como das consequências do seu uso para a saúde da população.

Objetivo

Investigar como ocorre a incorporação de tecnologias em saúde em um conjunto de municípios que integram uma região de saúde no Brasil.

Métodos

Estudo de caso em uma região de saúde (Vale do Ribeira) do estado de São Paulo, Brasil, composto por 15 municípios. A estratégia de coleta de dados contemplou a elaboração de um questionário com questões semiestruturadas sobre o tema. As questões fechadas utilizaram uma escala de cinco pontos do tipo Likert, com scores variando de 1 a 5. Foram calculados os scores médios para cada questão. Os dados foram coletados *in loco* mediante aplicação do questionário com 9 gestores de saúde da região, durante o ano de 2016.

Resultados

1) O grau de influência de diversos atores para a oferta de novas tecnologias à população é médio; (2) itens como exames de análises clínicas, tratamentos contra o câncer, exames de diagnóstico por imagem, insulinas e seus derivados, órteses e próteses, dietas / suplementos alimentares e fraldas são demandados por via judicial com frequência razoável; (3) evidências científicas para decidir sobre a oferta de novas tecnologias à população são utilizadas ocasionalmente; (4) instâncias regionais, estaduais ou nacionais para discutir e deliberar sobre a incorporação de novas tecnologias são pouco utilizadas; e (5) a articulação dos respondentes com diversos atores que atuam na área da saúde para a oferta de novas tecnologias à população é ruim.

Contribuição/interesse

Embora as regiões de saúde sejam espaços fundamentais no sentido de coordenar e integrar os diferentes estabelecimentos e serviços de saúde existentes no território, os resultados mostram que a incorporação de novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde no SUS ocorre de modo descoordenado e acrítico, o que contribui para minar a consolidação de um sistema de saúde público e universal num contexto de recursos escassos e de processos decisórios descentralizados.

Président: Catherine Maurain, France

[Derecho a la protección de la salud en una comunidad indígena. Desafíos para su exigibilidad.](#)

Olivia López-Arellano, Sergio López Moreno, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México

[Derecho a la salud y atención odontológica en la Ciudad de Mexico.](#)

Alejandra Moreno Altamirano, María del Carmen Piña Ariza y Sergio López Moreno, Universidad Nacional Autónoma de México et Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México

[El "Derecho al Cuidado" como derecho complementario del Derecho a la Salud.](#)

Sergio López Moreno, Gabriela Ríos Cazares, Universidad Autónoma Metropolitana, México

Resumen

Recientemente el cuidado ha cobrado relevancia debido a su alto costo y el aumento de la población que lo requiere. La dificultad para definirlo, su distribución inequitativa y la necesidad de proteger a quienes cuidan y a quienes reciben cuidados obliga a investigarlo epistemológica y éticamente. En este trabajo se propone una clasificación del cuidado según su magnitud, duración y propósitos, y se establecen las bases para considerarlo un derecho humano fundamental.

Riassunto

Il "Diritto di cura" come un diritto complementare del Diritto alla Salute.

La cura della persona ha recentemente acquisito importanza a causa del suo costo e l'aumento della popolazione richiede. La difficoltà nel definire la cura, la sua distribuzione ineguale e inequitativa e la necessità di proteggere chi cura e chi riceve la cura, ci impone di studiare epistemologicamente ed eticamente. Questo progetto presenta una classificazione di cura sulla base di gravità, durata e lo scopo, e le basi a considerarlo un diritto umano fondamentale.

Objetivo

Analizar la factibilidad de incorporar en los textos constitucionales el Derecho al Cuidado como Derecho Humano, complementario al Derecho a la Salud.

Descripción y contexto del problema

Desde hace por lo menos un siglo dos grandes filosofías dominan el pensamiento jurídico contemporáneo: el naturalismo y el positivismo. El naturalismo sostiene la validez universal de los derechos humanos, independientemente del desarrollo social. El positivismo propone que los derechos humanos son construcciones históricas y que su legitimidad depende de quién elabora la Ley. El Garantismo Constitucional, uniendo ambas corrientes, propone que los derechos fundamentales son construcciones históricas que deben ser tratadas como derechos de validez universal, adscritas a todas las personas e independientes de las fuerzas del mercado y los cambios de gobierno. Proponemos incorporar el Derecho al Cuidado como un derecho fundamental de todas las personas, independiente de las fuerzas del mercado y del estado.

Teoría, métodos y modelos

Los seres humanos cuidamos y somos cuidados desde que existimos como especie. En cada etapa de vida necesitamos cuidado de diferente complejidad. No obstante, en el último siglo el cuidado ha cobrado relevancia como objeto de estudio a partir del aumento de la población dependiente (enferma o anciana) que requiere de cuidados, así como de la escasez de recursos para su provisión. Esto coincide con el interés general por alcanzar una vida de mayor calidad.

Uno de los obstáculos más importantes para atender adecuadamente los retos que plantea el cuidado en la sociedad moderna radica en su alto costo. Un problema quizá mayor se encuentra en la dificultad para definir, caracterizar y clasificar las múltiples modalidades en las que se presta el cuidado. El cuidado se proporciona gratuitamente en el seno familiar —especialmente por las mujeres— pero también se presta en el seno de instituciones extraordinariamente especializadas que cobran por hacerlo. Se cuida a los enfermos pero también a los sanos —embarazadas, infantes y ancianos— y en ocasiones uno cuida y en otras es cuidado. A pesar de las dificultades para caracterizar el cuidado, es fundamental hacerlo a fin

de fortalecer su papel como componente de la salud. La salud es resultado del nivel de cuidados provistos en lo individual y lo colectivo, en lo privado y lo público, en lo institucional y lo familiar. Por otra parte, el garantismo constitucional afirma que los derechos humanos son una modalidad de derechos fundamentales, cuya garantía es necesaria para alcanzar la mayor igualdad posible en aquellas facultades, necesidades y expectativas asumidas como esenciales para el género humano. Estos derechos operan como leyes de los más débiles en contraposición con la ley del más fuerte. Los derechos humanos son derechos fundamentales primarios, que corresponden a todas las personas independientemente de su capacidad de obrar. A diferencia de los derechos fundamentales secundarios, cuya realización tiene efectos jurídicos (como, por ejemplo, votar) estos derechos sólo producen beneficios, no tienen restricciones ni generan vínculos legales. En este sentido, son derechos pasivos, y no es necesario poseer ningún atributo especial o llevar a cabo ninguna acción para ser titular del derecho. Por esta razón, proponemos el análisis del cuidado como un posible derecho fundamental de tipo primario, cuya titularidad corresponde universalmente a todas las personas.

Resultados

El análisis inicial indica que es necesario considerar el cuidado como un elemento indispensable para la realización de otros derechos, especialmente los de salud, educación y trabajo. Este inextricable vínculo provee un inicial sustento para considerarlo como nuevo Derecho Humano. Al analizar su naturaleza, se aprecia que está formado por necesidades y expectativas que debieran asumirse como esenciales para el género humano. Adicionalmente, al analizar las diferentes modalidades de cuidado, encontramos que existe un tipo que resulta esencial para la persona cuidada, por lo que debería considerarse indisponible, intransferible, irrenunciable e indisponible, como sucede con otros derechos humanos. Este tipo de cuidado debería denominarse cuidado esencial, e incluirse en las constituciones como derecho fundamental de tipo primario. Lo más relevante, en este caso, radica en la necesidad de establecer con toda precisión las características, límites y medios de identificación, observación y medición de este cuidado.

Conclusiones

El Derecho al Cuidado debe considerarse un derecho humano (es decir, un derecho fundamental primario). En consecuencia, debe incorporarse en las constituciones políticas de los países a fin de contar con medios legales para respetarse, protegerse y satisfacerse como cualquier derecho humano. El Derecho al Cuidado constituirá una prevención profunda, un aporte fundamental para la realización del derecho a la salud.

Judicialização do direito à saúde: influência da ação de tutela no acesso aos cuidados de saúde em Medellín-Colômbia.

Diego Gómez-Ceballos, Isabel Craveiro et Luzia Gonçalves, IHMT-Universidade Nova de Lisboa, Portugal

A judicialização da saúde surgiu como a possibilidade de se exigir judicialmente o direito à saúde perante os tribunais nacionais e internacionais. No caso específico da Colômbia, usa-se a ação de tutela como uma ferramenta jurídica para a proteção imediata dos direitos constitucionais fundamentais. Os pacientes a usam quando sentem que os seus direitos estão postos em causa, nomeadamente porque o sistema de saúde não atende as suas necessidades de saúde, portanto vêem-se na obrigação de exigir o seu direito à saúde pela via judicial.

Esta investigação tentou dar resposta aos seguintes objetivos: identificar os determinantes e as barreiras de acesso que incidiram no uso da ação de tutela em saúde e a perceção dos pacientes vulneráveis e com doenças de alto custo sobre o acesso aos cuidados de saúde.

Esta investigação teve um enfoque qualitativo, se entrevistaram n=15 participantes (apenas em 2 entrevistas eram o próprio e nas restantes um familiar). O processamento e análise das entrevistas foram realizadas no software Atlas.ti e utilizou-se como instrumento a análise de conteúdo.

A continuação se descrevem os resultados exploratórios do estudo. A amostra do estudo qualitativo englobou um total de 15 participantes, dos quais sete (n=7; 46,7%) são do sexo feminino e oito (n=8; 53,3%) são do sexo masculino. Os (as) participantes na presente investigação como alvo do processo de judicialização tinham idades entre os 10 e os 84 anos, com uma média de idades de 45 anos ($\pm$ 27 anos). Destes, o mais frequente foram dois entrevistados (as) que tinham 18 anos (n=2; 13,3%).

Em termos de escolaridade, quatro dos(as) participantes na presente investigação como alvo do processo de judicialização do direito à saúde (n=4; 26,7%) não tinham escolaridade, quatro frequentaram e completaram o 1º ciclo do ensino básico/ensino primário (n=4; 26,7%), três frequentaram e não concluíram o 1º ciclo do ensino básico/ensino primário (n=3; 20,0%), três frequentaram e concluíram o ensino secundário (n=3; 20,0%) e um frequentou e não concluiu o ensino secundário (n=1; 6,7%).

Relativamente ao estado civil, para o total da amostra (n=15), dez dos(as) participantes (n=10; 66,7%) eram solteiros(as), dois viviam em união de facto (n=2; 13,3%), um era casado(a) (n=1; 6,7%), um era viúvo(a) (n=1; 6,7%) e, por último, outro(a) entrevistado(a) era separado(a) (n=1; 6,7%).

Quanto aos diagnósticos, estes eram variadíssimos em que quatro eram de cancros, embora com localizações diferentes. A gravidade das doenças foram o motivo pelo qual não foi o próprio quem forneceu a informação.

Dos(as) participantes, sete tiveram a ação da tutela em 2011 (n=7; 46,7%), sete em 2014 (n=7; 46,7%) e apenas um dos(as) entrevistados(as) em 2013 (n=1; 6,7%).

Relativamente ao estado de saúde antes da tutela foi relatado na maioria dos participantes como “grave”, pois revelam: “minha mãe estava tão mal” (e1). Temos, ainda, relatos de familiares com o estado de saúde mais grave “ela estava mal e ela já não poderia estar mais lá, porque ela já estava para morrer” (e15).

De acordo com alguns relatos, depois da ação da tutela o estado de saúde “Sim, ele tinha melhorado, mas desde então ele caiu, e teve outra recaída” (e11), pese embora reconheça que a ação da tutela tenha agilizado a assistência à saúde.

Temos, ainda, relatos que apesar da ação de tutela nada interferiu com o estado de saúde “(...) minha mãe morreu e eu não continuo a exigir isso” (e15), dado o desfecho logo após a ação de tutela.

Em relação ao acesso aos cuidados de saúde antes da ação da tutela é uma das dimensões avaliadas na presente investigação. Esta reúne subcategorias que visam a compilação da informação subjetiva dos participantes podendo este acesso ser tipificado como: oportuno, inoportuno, parcial, demorado ou atempado.

Nas percepções encontramos que o direito à saúde e da atenção em saúde às pessoas é só com dinheiro, injustiça quer pelos pagamentos, quer pelas burocracias e a situação emocional com a doença do familiar

Por outro lado, relatam que o sistema de saúde se encontra em deterioração, consideram que há desumanização da atenção em saúde e revelam que o processo é doloroso.

Entre as causas que levaram o utente a interpor a ação da tutela, reúne as subcategorias que visam o motivo da ação da tutela do doente como explicado pelo familiar, particularizando: a demora na emissão da autorização, cobrança de co-pagamentos (paciente sem capacidade de pagar), mudança de médico que o acompanha, falta de oportunidade de consultas de especialidade, falta de oportunidade de consultas de médico de clínica geral, ausência de atenção, falta de medicamentos, falta de equipamentos, entrega incompleta de medicamentos, negação de serviços, falta de atenção por carência ou vencimento de contratos de seguros com centro de saúde e fim do contrato com centros de saúde..

Relativamente às barreiras no acesso aos cuidados de saúde estas podem ser de diversos tipos de impedimentos: constrangimentos administrativos são de diversas ordens, quer de agendamento de consultas, quer de marcação de exames ou mesmo de obtenção de apoios nos medicamentos e/ou equipamentos. Estes são mais burocráticos o que dificulta a assistência imediata do doente e o apoio do seu cuidador. As dificuldades económicas são transversais aos participantes no presente estudo para prestar os cuidados médicos necessários. Os impedimentos geográficos fizeram em alguns dos casos com que o doente e a sua família muda-se de cidade ou de residência para receber atenção.

Profili civilistici della donazione di latte materno.

Federico Onnis Cugia, Dipartimento di Management – Università Ca' Foscari di Venezia, Italia

Session 8

Salle 4

Thème : Adecuación de los cuidados a las necesidades (Adéquation des soins aux besoins (1))

Président: Marie-Pierre Gagnon, Québec

Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde.

Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Ana Cristina de Sousa van Stralen, Joana Natalia Cella, Lucas Wan Der Maas, Jackson Freire Araujo et Erick de Oliveira Faria, EPSM/NESCON/FM/UFGM, Brasil

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado, baseado em evidências que apontavam para um cenário de escassez de médicos no país, sobretudo na Atenção Primária à Saúde. Essas evidências apontavam para um número insuficiente de médicos por habitante, má distribuição no território brasileiro, dificuldade de atração e fixação de médicos em regiões de necessidade. O problema da escassez de médicos veio se agravando ao longo dos anos em todo o mundo. Cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas, que por sua vez são servidas por menos de 25% da força de trabalho médica. À escassez de médicos se somam as dificuldades de retenção destes profissionais nas regiões mais isoladas, pobres e vulneráveis e vários estudos atestam o constante esforço dos países em investigar o problema e propor estratégias para sua solução. A realidade é que mesmo diante das diversas estratégias adotadas, o problema nunca se vê completamente erradicado. No Brasil, antes do PMM, 20% dos municípios apresentavam escassez de médicos, principalmente naqueles de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso.

Objetivos

O presente estudo tem por objetivo analisar o impacto da provisão de médicos do PMM, na redução da escassez de médicos em APS nos municípios brasileiros. Pretende-se demonstrar que ocorreu um substantivo aumento na oferta de médicos entre 2013 e 2015, sobretudo em áreas identificadas com escassez, o que contribuiu para diminuir as iniquidades de distribuição entre os municípios.

Metodologia

Este estudo utilizou-se de um indicador criado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (2010) e é denominado “Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária à Saúde”, que permite caracterizar a oferta de médicos para além do critério de razão de médicos por habitantes. Assim, a esta razão são adicionados indicadores relativos às carências socioeconômicas, altas necessidade de saúde e barreiras de acesso a serviços de saúde, permitindo caracterizar situações de insegurança assistencial permanente e estados de privação. Em suma, identificam-se não só a insuficiência de profissionais médicos, mas também aquelas em que, mesmo com parâmetros adequados de oferta, são vulneráveis em termos socioeconômicos, de altas necessidades de saúde e de acesso a seus serviços. Por meio da análise deste indicador, em dois pontos do tempo, verificamos em que medida a oferta de médicos do PMM contribuiu para a redução das desigualdades regionais e o alívio de situações de escassez.

Resultados e Discussão

Houve um incremento absoluto de 12.652 médicos entre março de 2013 e setembro de 2015. Esse incremento foi menor do que o número de médicos do PMM que estavam ativos em setembro de 2015, permitindo afirmar que ocorreu um déficit de 1.649 profissionais na oferta regular feita pelos municípios. A região Nordeste foi a que recebeu o maior número de médicos do programa, 4.849, seguida do Sudeste, com 4.372. Apesar disso, o impacto relativo foi maior na primeira região, com uma participação de 18,1% em relação ao total de médicos em APS, contra 8,7% da segunda. A região Norte, mesmo recebendo um provimento inferior, de 1.715, era a que apresentava a maior participação de médicos do programa, 23,7%, destacando o efeito do direcionamento do provimento para as áreas de maior necessidade.

No que diz respeito ao porte populacional, os dados evidenciam que os municípios entre 20 e 50 mil habitantes e as capitais e regiões metropolitanas, foram os que mais receberam médicos do PMM em termos absolutos, 3.078 e 2.889, respectivamente. Já o impacto relativo foi maior em municípios com até 10 mil habitantes, nos quais os 1.899 profissionais recebidos corresponderam a 22,2% do total.

Conclusões/Considerações Finais

Os dados aqui analisados corroboram as evidências positivas do Programa Mais Médicos, sobretudo no que se refere ao cenário de escassez de médicos em APS. Os dados sugerem que houve uma ampliação

significativa da cobertura de médicos em municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste e de pequeno porte, os quais apresentavam as maiores proporções de escassez anteriormente ao lançamento do programa e, portanto, exigiam intervenções imediatas por meio de políticas públicas federais de provimento. No entanto, é nestas regiões e portes que as chances dos municípios apresentarem escassez continuam sendo superiores e onde ocorreram expressivas substituições de médicos da oferta regular das prefeituras pelo provimento do programa. O programa contribuiu também na redução da intensidade da escassez: aqueles municípios que apresentavam os piores níveis e situações limítrofes à privação essencial diminuíram quase que pela metade.

O PROVAB como estratégia de atração e fixação de médicos em áreas remotas ou desassistidas, segundo os egressos de 2013.

Cristiana Leite carvalho, Alysson Feliciano Lemos, Sabado Nicolau Girardi, Jackson Freire Araujo, Tiago Henrique França et Joice Carvalho Rodrigues, EPSM/NESCON/FM/UFMG et UNA-SUS, Brasil

Introdução

O estudo das estratégias e políticas de provimento e fixação de médicos em áreas com escassez de profissionais de saúde têm sido alvo de inúmeros debates e investigações pelas autoridades sanitárias e centros acadêmicos nacionais e internacionais. No Brasil, várias estratégias foram adotadas em diferentes momentos. Mais recentemente, podemos destacar dois programas cujo propósito principal é a alocação de médicos para atuar nas Unidades Básicas de Saúde nas regiões prioritárias do SUS: o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM). O PROVAB, anterior ao Mais Médicos, foi instituído em 2011 por uma Portaria Interministerial, com o propósito de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, e tem como objetivo e conformação básica, alocar profissionais em municípios com escassez de médicos e qualifica-los por meio de cursos de especialização em atenção básica à saúde. O PROVAB oferece ainda um bônus aos participantes que se traduz em uma pontuação adicional no exame para ingresso em qualquer programa de residência médica.

Objetivos

O objetivo deste trabalho foi avaliar o PROVAB como estratégia de atração e fixação de profissionais para atuar em áreas de escassez, segundo a perspectiva dos médicos que participaram da segunda edição do PROVAB, decorrido em 2013. Os dados provenientes desse estudo se apoiam nas pesquisas de monitoramento do PROVAB realizadas ao final de cada edição, como uma das estratégias de avaliação do Programa a fim de subsidiar as tomadas de decisão sobre o mesmo a cada novo edital.

Metodologia

O público alvo da pesquisa foram os 3.048 médicos que concluíram as atividades da edição do PROVAB 2013, segundo informações provenientes de cadastro disponibilizado pela UNA-SUS. A amostra foi constituída a partir das características dos municípios de atuação dos médicos. Levou-se em consideração a região geográfica do município, bem como seu perfil de vulnerabilidade, de acordo a tipologia de classificação utilizada pelo Ministério da Saúde. O cálculo da amostra resultou numa amostra de 719 médicos. Os dados foram coletados por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC), durante os meses de janeiro e julho de 2015. Para a coleta dos dados dos egressos, foi construído um questionário eletrônico, dividido em quatro blocos: (i) dados de identificação; (ii) dados do trabalho; (iii) dados de formação profissional; (iv) dados opinativos sobre o Programa. Responderam ao estudo 502 médicos, o que representou 69,8% da amostra.

Resultados e Discussão

Todos os entrevistados da amostra eram brasileiros e em sua maioria (53,2%) do sexo masculino. Desses, a maior parte (82,6%) era constituída de jovens com até 30 anos de idade e recém-formados, visto que mais de 85% da amostra era composta por médicos que se graduaram nos três últimos anos anteriores à sua entrada no programa. No que diz respeito à natureza da instituição onde os médicos concluíram sua graduação, os dados coletados indicam maior prevalência das instituições públicas (57,8% dos casos). Entre aqueles que formaram em instituições privadas, 41,2% recebeu algum tipo de

bolsa ou financiamento. O maior atrativo à participação no PROVAB 2013 consistiu na garantia de bonificação de 10% na pontuação nos processos seletivos de residência médica: 81,9% dos entrevistados relataram esse fator como importante atrativo, muito superior à remuneração, destacada, por 37,5% dos respondentes. A existência de um plano de carreira, vínculo trabalhista estável e condições de trabalho adequadas foram apontados por mais de 90% dos entrevistados como fatores que levariam à fixação dos médicos em áreas remotas ou desassistidas.

Considerações Finais

A garantia de bonificação de 10% na pontuação nos processos seletivos de residência médica mostrou-se como o principal atrativo para a participação no PROVAB 2013 e foi também o principal motivo que levaria os egressos a recomendar o programa. Como fatores que levariam à fixação em áreas remotas ou desassistidas, mais de 90% dos entrevistados apontaram a existência de um plano de carreira, um vínculo trabalhista estável e uma estrutura física adequada do local de trabalho, o que corrobora a ideia de que apenas a remuneração não é suficiente para a fixação de médicos nessas localidades. O PROVAB se mostrou uma importante estratégia de atração de médicos em áreas remotas ou desassistidas. Entretanto, para a fixação destes profissionais nos municípios onde estão atuando, são necessárias políticas que combinem diversos fatores, como aqueles apontados neste estudo.

Favoriser l'offre de services de santé et de services sociaux aux communautés d'expression anglaise du Québec via un incitatif financier : une mesure efficace ?

Marie-Pierre Gagnon, Amélie Lampron, Université Laval, Canada

OBJECTIFS

Implanter un mécanisme de suivi formel auprès des récipiendaires du Programme de bourses de leadership communautaire en santé et en services sociaux et évaluer son efficacité sur la rétention des professionnels de la santé qui en sont boursiers.

CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROBLÈME

Suite à la régionalisation des services de santé et des changements démographiques survenus au cours des dernières années, le Québec enregistre une pénurie de professionnels de la santé dans les communautés minoritaires d'expression anglaise. Sur la base de ce constat, le Projet de formation et maintien en poste des professionnels de la santé de l'Université McGill s'est mobilisé et a décidé, en 2011, de mettre sur pied un programme de bourses destinées aux étudiants dans le domaine de la santé. Ce programme a pour principal objectif d'assurer le maintien en poste des professionnels de la santé aptes à fournir des services de santé et des services sociaux dans leur langue aux personnes d'expression anglaise qui résident dans les régions du Québec visées par le programme de bourses. Les boursiers doivent notamment s'engager à travailler dans une de ces régions pour un minimum d'un an après leur graduation et ce, pour chaque bourse reçue.

THÉORIES, MÉTHODES, MODÈLES ET MATÉRIELS EMPLOYÉS

En 2014, les responsables du programme de bourses ont émis un mandat d'évaluation de leur programme afin d'en évaluer l'efficacité. Pour ce faire, des outils de collecte de données ont été développés sous forme de formulaires transmis en ligne aux récipiendaires, lors de chaque semestre scolaire. Les boursiers diplômés sont, quant à eux, suivis six mois et un an après leur graduation. Le projet d'évaluation est soutenu par la collaboration des réseaux communautaires impliqués dans le programme de bourses qui agissent à titre d'intermédiaires entre l'équipe d'évaluation et les récipiendaires. Un projet pilote a d'abord été initié afin de valider avec les responsables du programme de bourses et les réseaux communautaires leurs besoins ainsi que les modalités du processus de suivi mis en œuvre par l'équipe d'évaluation. Les formulaires développés contiennent donc à la fois des questions à choix multiples et des questions à développement ayant pour objectif de documenter certaines variables évaluées. Sur la base des données recueillies bi-annuellement, des analyses statistiques descriptives sont réalisées. Ces données permettent de dresser un portrait de la trajectoire des récipiendaires pré et post-graduation, tout en s'intéressant à leurs intentions à moyen terme à l'égard du travail dans une des régions désignées.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Depuis sa mise sur pied en 2011, le programme de bourses compte 115 récipiendaires. Parmi ceux-ci, 60 sont actuellement diplômés et 8 occupent un emploi dans une des régions du Québec désignées par le programme de bourses. Une mise à jour des données est prévue en mai 2017 et inclura les données relatives aux récipiendaires de la période 2011-2014, lesquels n'ont pas encore été suivis à ce jour. Cette mise à jour permettra de chiffrer plus exactement le nombre de diplômés qui occupent un emploi dans une région désignée, mais également d'évaluer l'impact des stages réalisés dans la région d'origine des récipiendaires sur leur rétention dans cette même région, une fois qu'ils ont gradué.

APPORTS/INTÉRÊTS DE LA COMMUNICATION PAR RAPPORT AUX PRATIQUES

S'assurer que des services de santé soient offerts dans la langue maternelle des patients témoigne d'un engagement des organisations de santé publique envers la qualité des soins offerts à la population. Les données probantes abondent d'ailleurs en ce sens, justifiant qu'une personne se sent plus en confiance et mieux prise en charge lorsqu'elle peut exprimer ses maux dans sa propre langue. Une meilleure communication entre patients et professionnels de la santé est un facteur clé vers l'accès à des soins et services de santé de meilleure qualité.

Internações por condições sensíveis à atenção primária: prevalência e gastos no estado de Minas Gerais – Brasil.

Estela Márcia Saraiva Campos, Luiza Furtado e Silva et Alfredo Chaoubah, Universidade Federal de Juiz de Fora/Minas Gerais, Brasil

Objetivos da investigação

Analisar prevalência e gastos com internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) em Minas Gerais (MG).

Contexto e a Descrição do problema

Um dos indicadores utilizado para avaliação da efetividade da APS é o de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), ao se compreender a importância da APS para o enfrentamento das iniquidades em saúde, relevante avaliar sua efetividade a partir da prevalência e dos gastos com ICSAP no SUS.

Materiais e Métodos

Estudo ecológico. Analisou a prevalência e os gastos por ICSAP no estado de MG, anos de 2009 e 2014, na população infantil (0 a 12 anos) e idosa (acima de 60 anos). Seleccionadas as autorizações de internação hospitalar (AIH), pagas, do Sistema de Informação Hospitalar do SUS em internações por causas gerais (ICG) e ICSAP, com base na Lista Brasileira (MS, 2008), utilizou-se o programa STATA SE-8.1 e o algoritmo de Moreno et al. (2009). Estruturado banco de dados com as variáveis das AIH: sexo, idade, município de internação e residência, valor total pago, data da internação, tempo de internação em dias e código do diagnóstico principal CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). As variáveis de estrutura de serviços (número de médicos/1000 hab. e número de leitos SUS/1000 hab.), coletadas do SCNES/DATASUS e demográficas (população residente total e estratificada por faixa etária – IBGE). Para a cobertura pela ESF dados obtidos no sítio do Departamento de Atenção Básica/MS (dezembro 2009 e 2014). Calculada a taxa de ICSAP/1000 habitantes para os CIDs mais prevalentes, estratificados pelos grupos etários. A medida de dependência linear entre as variáveis de estrutura e as ICSAP foi realizada pela correlação de Pearson, assumindo-se como associação estatisticamente significativa o valor de $p \leq 0,05$. Foram utilizados os programas EXCEL versão 14.0 e SPSS versão 15.0.

Resultados e a Discussão

Nos anos de 2009 e 2014 ocorreram em MG 1.144.296 e 1.244.358 internações respectivamente, gasto total de R\$1.159.958.411,42 em 2009 e R\$1.658.455.780,78 em 2014. Aumento da taxa de ICG (8%) e dos gastos médio por dia com ICG (40,7%) e, redução da taxa ICSAP (5,5%) e aumento dos gastos médio por dia (20,9%). Na população infantil, gasto total com ICSAP representou 11,6% em 2009 e 8,4% em 2014 e redução da taxa de ICSAP (6,7%). Cinco principais causas se mantiveram nos anos de análise, aumento das taxas para as Gastroenterites (4,6%), Doenças Pulmonares (40,6%) e Infecções de

Rim e Trato Urinário (9,5%). Maior frequência foi do sexo masculino. A população idosa representou 51,5% do gasto total com ICSAP em 2009 e 56,5% em 2014, houve aumento no gasto médio por dia (21,9%) e redução da taxa de ICSAP (3,7%). Quatro causas de ICSAP mais prevalentes em 2009 e 2014 se mantiveram. Aumento de 11,7% para a Angina Pectoris e de 0,3% para as Doenças Cerebrovasculares e redução de 17,1% para Insuficiência Cardíaca e de 6,9% para as Doenças Pulmonares. As mulheres internaram mais. Associação estatisticamente significativa apenas entre as ICSAP e a cobertura de ESF ($p < 0,05$ em 2009 e $p < 0,01$ em 2014) com tendência negativa. Estudos evidenciaram queda das ICSAP no Brasil entre os anos de 1998 a 2012, variação de 15% a 22,5% (Castro et al., 2015; Viacava et al., 2012). A região Sudeste mostrou menores valores de ICSAP com 19,4% em 2010 (Viacava et al., 2012). Em MG, no período de 2003 a 2012, houve redução das ICSAP (Maciel, Caldeira e Diniz 2014). Redução da taxa de ICSAP em MG de 20,75/1000 habitantes em 2000 para 14,92/1000 habitantes em 2010 (Rodrigues-Bastos et al., 2014). Apesar de não ser possível comparar estudos internacionais, listas de CSAP refletem contextos, causas prevalentes ICSAP encontradas nos estudos brasileiros ocorrem em países desenvolvidos, como o aumento das ICSAP por Infecções de Rim e Trato Urinário, Pneumonias, Gastroenterites e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Bardsley et al. (2012). Estudos nacionais citados demonstraram resultados positivos entre a cobertura pela ESF e a redução das ICSAP. Entre 1998 a 2012 aumento nacional de 700% na cobertura pela ESF, crescimento de médicos por mil habitantes (16%) e redução de 20% de leitos totais no país (CASTRO et al., 2015), os achados corroboram com o estudo. MG apresentou aumento da cobertura ESF de cerca de 23% entre 2003 e 2012 (Maciel, Caldeira e Diniz, 2014). A ocorrência em média 24% das ICSAP nos finais de semana permite inferir que a busca por serviços de APS nos finais de semana é inviabilizada pela organização dos processos de trabalho neste nível de atenção, cujo funcionamento se dá em dias úteis e em horário de funcionamento restrito, não incluindo períodos noturnos.

Contribuições

Analisar os gastos por ICSAP e as condições mais prevalentes poderá auxiliar a gestão no enfrentamento dos problemas com a rede de atenção, com vistas à melhoria da efetividade da APS.

Vieillissement actif.

Patricia Chico Aldama, Instituto Nacional de Pediatría, México

Horaire : 15:15

Pause Café

Horaire: 15:45 - 17:15

Session 10

Salle 1

Thème : Instruments de gestion / outils de mesure de la qualité

Président: Jessica Jacques, Belgique

Le pilotage d'une institution de soins à travers les indicateurs de performance.

Benoît Degotte, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Belgique

Utilisation d'un outil quotidien pour assurer la performance hospitalière.

Fabian Dehanne, Benoît Libert et Maximilien Gourdin, CHU UCL Namur, Belgique

Contexte et problématique

Les responsables politiques exigent des institutions de soins qu'elles soient performantes (loi coordonnée 2002), puisque le financement hospitalier se réfère entre autre à la manière dont les hôpitaux respectent les moyennes nationales par groupe de pathologie (Diagnostic Related Group) et nombre d'admissions. Après la codification des données médico-administratives (ICD09 jusque 2014), la constitution des groupes de pathologie (DRG) permet de déterminer l'activité justifiée des hôpitaux. (performance dans la gestion de la durée de séjour).

En juillet 2011 (exercice 2008), la réforme induisait une perte de 7% des lits justifiés pour la Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth selon les modalités de financement 2002 . La direction générale décide

d'implémenter un plan stratégique pour redresser le secteur, nécessitant, entre autre la création d'un partenariat médico-économique avec les médecins.

Objectif: mise à disposition d'un outil de gestion opérationnelle des séjours hospitaliers pour les soignants;

Indépendamment de tous ce qui été mené dans la clinique, un des objectifs stratégiques consistait à développer un dialogue permanent entre la cellule "Résumé Clinique Minimum" et le corps médical afin de leur démontrer les bénéfices hypothétiques à retirer de cet échange et notamment l'amélioration du financement.

Conscient qu'il était difficile d'interpeller les médecins en ce qui concerne les séjours clôturés, nous préconisons d'interagir avec eux sur les séjours en cours d'hospitalisation. Par cet angle d'attaque, le médecin est alors le plus prompt à s'investir efficacement pour l'optimisation de la durée d'hospitalisation (et tous les autres indicateurs). L'analyse de nos pertes en matière de justification a révélé le point commun de nombreux de séjours en matière d'injustification: la durée de séjour supérieure à 15 jours.

Résultats: Au regard de ces constats, la cellule RCM construit alors un premier tableau opérationnel qui reprend tous les séjours ayant une durée de séjour supérieure à 14 jours. Quotidiennement, la cellule RCM actualise la codification de tous les séjours selon les informations apportées par le médecin, l'équipe nursing et l'assistante sociale. Le médecin en charge du patient visualise directement et de façon prospective et quotidienne tous ses séjours en cours d'hospitalisation et interagit avec les moyennes nationales proposées, toutes spécifiques aux DRG et à la sévérité du séjour.

Cet outil informatique qui apparaît dans l'environnement médical à l'ouverture de la session du médecin du dossier informatisé du patient, est un support idéal pour conseiller les équipes de terrain (médecins, assistants, assistantes sociales,...) dans la gestion des durées de séjour en les invitant à rechercher et inclure des éléments qui améliorent le codage du séjour. Parallèlement, les staffs hebdomadaires de la cellule RCM visent à dresser des bilans et conseiller les médecins sur les démarches à accomplir pour une gestion efficace des séjours. Un commentaire est ensuite notifié par la cellule RCM à l'attention du médecin référent pour lui permettre de visualiser le conseil qu'il ressort de l'évaluation. Via cet outil, le **médecin visualise un ensemble de données opérationnelles des séjours en cours d'hospitalisation**: les moyennes nationales en terme de durée de séjour, les moyennes nationales des forfaits pharmacie, les infections non présentes à l'admission, les escarres non présents à l'admission, la gestion des formulaires de prolongation de séjour envoyés aux mutuelles.

Ces outils "maison" uniques, montrent des résultats à plusieurs niveaux tant au niveau du financement via la justification des séjours (+24 lits en 3 ans), que dans l'ouverture au dialogue avec les médecins. Dialogue, participant à la réduction des difficultés de communication entre le gestionnaire et le médecin. Ces résultats n'auraient pas pu voir le jour sans l'intégration d'autres composantes du plan stratégique comme la communication, les multiples séances de sensibilisation, les nombreuses prises de contacts par téléphone. Investissement en temps, en énergie indispensables, puisqu'à présent les médecins sont devenus demandeurs et utilisateurs de ces informations en intégrant les composantes financières dans leurs modalités de fonctionnement, et en sollicitant régulièrement les équipes RCM pour affiner la gestion des séjours (contacts téléphoniques réguliers, plages de consultations systématiquement bloquées pour échanger avec la cellule RCM,...). L'évaluation du taux d'utilisation de l'outil montre une différence dans l'utilisation des données par les équipes médicales. Le département de Médecine est très réactifs et très demandeurs des informations du RCM alors que le département de Chirurgie montre un plus faible engagement (voir %). Ces freins rencontrés avec la population chirurgicale, nous amène à présent, à réaliser une carte d'identité sociale pour comprendre cette population et identifier les leviers d'actions sur lesquels nous pourrions agir à l'avenir.

Avec l'arrivée d'un modèle de Pay for Performance (Pay for quality en Belgique) et les coûts que représentent la mauvaise qualité, l'inefficience, nous sommes persuadé que ces prémices sont indispensables pour permettre à la population médicale et les directions respectives de se préparer à cette réforme (réforme du financement hospitalier du 28 avril 2015).

Feedback de 5 années d'utilisation d'un tableau de bord prospectif comme outil de gestion du département infirmier du CHU de Charleroi.

Résumé

Mesurer la performance est vital pour la gestion d'un département infirmier. Suivre uniquement les mesures financières n'est pas suffisant, le temps de réaction serait trop lent, ne permettant pas de réagir suffisamment rapidement.

Par cet article, nous souhaitons montrer la valeur ajoutée par la mise en œuvre d'un tableau de bord prospectif (TBP) au sein du département infirmier et présenter sa contribution à l'amélioration de la performance organisationnelle des unités de soins.

Le projet s'est déroulé en plusieurs phases.

Le TBP comprend quatre axes. Pour chacun d'entre eux différentes dimensions sont monitorées à l'aide d'indicateurs. La BSC est représentée par la figure suivante.



Le TBP permet de régler les fluctuations en temps réel, il donne les outils aux infirmiers chefs d'unité pour leur gestion mensuelle. La démarche favorise la motivation des équipes, les valorisent en leur donnant la maîtrise sur la qualité de leur travail. Les indicateurs suivis nous permettent de suivre l'évolution de nos résultats et instaurer ainsi un cycle d'amélioration continue de la qualité pour nos patients.

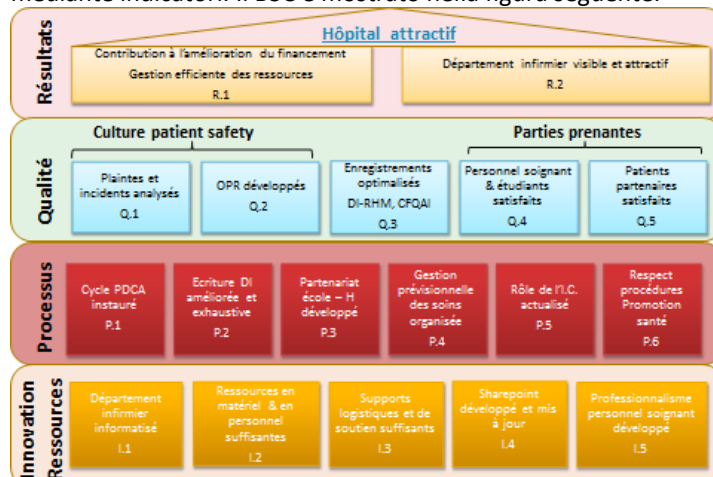
Riassunto

Misurare le prestazioni è di vitale importanza per la gestione di un reparto di infermieristica. Seguire solo le misure finanziarie non è sufficiente, il tempo di risposta è troppo lento e non permette di reagire abbastanza velocemente.

Per questo articolo, vogliamo mostrare il valore aggiunto per l'attuazione di una scheda di valutazione bilanciata (BSC) all'interno del reparto infermieristica e presentare il suo contributo al miglioramento delle prestazioni organizzative delle nostre unità di cura.

Il progetto è stato realizzato in diverse fasi.

Una BSC include quattro orientamenti. Al interno dei quali, le diverse dimensioni vengono controllate mediante indicatori. Il BSC è mostrato nella figura seguente.



Il BSC offre la possibilità di risolvere le fluttuazioni in tempo reale, fornisce gli strumenti ai capi per la gestione mensile. L'approccio promuove la motivazione del personale, che apprezzano il controllo sulla qualità del loro lavoro. Gli indicatori di controllo permettono di monitorare i nostri risultati e creare così un ciclo continuo di miglioramento della qualità dei nostri pazienti.

Session 11

Salle 2

Thème : La qualité pour tous: l'accessibilité des systèmes de santé

Président: Carmen Tereanu. Romania / Italia

A (tri) dimensão ambiente-saúde-sociedade em comunidades ribeirinhas, na Bacia do Rio São Francisco em Sergipe/Brasil.

Luiz Eduardo Oliveira, Deyse Mirelle Souza Santos, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Liziane Paixão Silva Oliveira, Diego Freitas Rodrigue et Andréia Poschi Barbosa Torales, Universidade Tiradentes, Brasil

Contexto e descrição do problema

As comunidades que vivem às margens da Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco, no nordeste brasileiro, mais precisamente no Estado de Sergipe, retiram do rio muito mais que o sustento alimentar. O “Velho Chico”, como é carinhosamente conhecido, é um rio muito grande que tem 2.700 km de extensão e passa por 06 estados e 505 cidades (CBHRS, 2016). Este mesmo rio que oferece geração de energia, também costuma ser utilizado para pesca, irrigação, navegação, turismo, abastecimento urbano, como também apresenta uma grande diversidade cultural. Mesmo conhecido como o rio da unidade nacional tem sofrido com uma má utilização, políticas públicas que não tem sido implementadas e uma forte degradação ambiental, provocando, além de um processo migratório, o adoecimento dessas comunidades.

O rio parece significar uma fonte de identidade com o meio ambiente, trazendo às comunidades um cenário que possibilita reflexos no campo da saúde. O presente estudo procurou investigar a percepção que as comunidades ribeirinhas têm em relação ao ambiente, à saúde e sobre suas próprias sociedades. Este três vernáculos, agindo de maneira interdisciplinar e com conotações específicas nas mais diversas áreas do conhecimento, necessita de uma interação quando se refere ao ser humano, mesmo aqueles que vivem em comunidades ribeirinhas ou comunidades tradicionais como os indígenas e os quilombolas.

Objetivo

A partir desta interação, ambiente-saúde-sociedade, e numa percepção micro, porém com repercussões macro, e de um olhar sobre populações em estado de vulnerabilidade no baixo São Francisco sergipano, este trabalho pretende, com postura crítica e interdisciplinar, analisar as relações entre saúde, sociedade e ambiente, àquelas populações, no contexto do velho rio São Francisco, que atualmente é obrigado a arcar com novas responsabilidades para a qual não se encontra preparado, a exemplo da obrigação de ter que ter pra dar, mesmo sem condições, águas para outras partes do país.

Metodologia

Como metodologia foram utilizadas as anotações de diário de campo em comunidades quilombolas objeto de pesquisa do projeto já aprovado pelo Conselho de Ética da Universidade Tiradentes/Plataforma Brasil, sob o parecer 1.685.357 e de visitas realizadas em comunidades indígenas ribeirinhas em Sergipe. Trata-se de um relato de casos objeto das percepções das populações que precisam existir enquanto seres humanos, em seus ambientes e passíveis de direitos, entre eles o da saúde.

A existência de um direito escrito que possibilite às comunidades ribeirinhas, entre as quais os descendentes dos quilombos, o acesso à terra, à saúde e à educação não se materializa tão somente pela sua previsibilidade em marcos legais, mesmo que constitucionais, mas com as políticas públicas que lhe garantam efetividade e exercício destes direitos, observando o aspecto econômico, o ambiente no qual essas comunidades estão inseridas e a compreensão macro do conceito de vulnerabilidade social (BRASIL,

1988). Pertencer a um grupo que durante décadas foi submetido às mais diversas intempéries não garante, através de qualquer política, um resgate da autoestima e tão pouco proporciona o exercício da cidadania e o gozo dos direitos fundamentais, que teoricamente estão disponibilizados a todos os cidadãos brasileiros. O Rio São Francisco representa para estas comunidades, muito mais que um local bonito, no qual são realizadas atividades de transporte, pesca, comunicação, diversão. Ele, o velho rio, representa a própria existência. O rio que deveria trazer às comunidades ribeirinhas saúde, em uma concepção de bem-estar físico e mental, parece trazer às mesmas comunidades, enfermidades, tensões e angústias.

A pesquisa possibilitou, através da percepção dos ribeirinhos, averiguar que a má qualidade da água foi citada nas comunidades pesquisadas, tanto por razão da escassez, em virtude da diminuição da vazão, como também pela presença de sal e contaminantes que, segundo os relatos, tem provocado a morte de algumas espécies de pescados e causando insegurança alimentar. Também foi possível colher as análises dos profissionais de saúde que trabalham na região e que relataram o aumento das doenças crônicas, como as diarreias e as parasitoses. Os ribeirinhos mesmo confirmando os relatos dos profissionais de saúde, continuam a utilizar as águas deste rio, seja para diversão, turismo, transporte, na agricultura e pecuária, ou mesmo para beber.

Contribuição

O presente estudo pretende contribuir para um aprofundamento nas discussões que envolvem o destino do Rio São Francisco, da nascente à foz, que em seu trajeto estabelece relações de identidade com as populações ribeirinhas. O contexto no qual vivem milhões de pessoas dependentes diretas do rio e outros tantos milhares de pessoas dependente indiretas de suas águas, sugere uma desinformação generalizada por parte dos gestores e da sociedade, do que vem a ser o ambiente, a sociedade e a saúde.

Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis.

Hudson Pacífico da Silva, Ana Luiza d'Ávila Viana, Universidade de São Paulo et Université de Montréal, Brasil et Québec

Contexto e descrição do problema

O Brasil enfrenta uma crise econômica das mais profundas e duradouras de sua história recente, com efeitos negativos sobre o mercado de trabalho, a renda familiar e a mobilidade social. As medidas de austeridade fiscal implementadas pelo governo apresentam resultados igualmente negativos sobre a situação de saúde da população e o sistema de saúde.

Objetivo

Diante desse cenário, como o Sistema Único de Saúde (SUS) poderia contribuir para mitigar os efeitos da recessão da economia brasileira sobre as classes populares e médias? Oferecer respostas a essa pergunta é o objetivo do presente trabalho. Métodos: Ensaio de natureza mista, com dados quantitativos e qualitativos provenientes de revisão da literatura e indicadores disponíveis nas bases de dados do Ministério da Saúde do Brasil. Adotou-se o referencial teórico da Economia Política da Saúde, que possibilita discutir a saúde como direito, como bem econômico e como espaço de acumulação de capital. A estratégia.

Resultados e discussão

(1) existe uma correlação forte, positiva e bidirecional entre saúde e desenvolvimento nos países em diferentes momentos históricos, de modo que melhorias na situação de saúde promovem crescimento econômico – e vice-versa; (2) as políticas neoliberais de (re)valorização da sociedade mercantil trouxeram mudanças importantes nos sistemas de proteção social em boa parte dos países ocidentais, com efeitos negativos sobre *ethos* público baseado na solidariedade; (3) ao melhorar as condições de saúde da população, promover a geração de riquezas e reduzir a desigualdade de renda, o SUS pode ser um poderoso instrumento anticíclico para atenuar os efeitos da crise econômica e resgatar o lento processo de construção do Estado social.

Contribuição/interesse

Em tempos de crise do capitalismo em escala mundial, é necessário quebrar o paradigma de que os gastos públicos com saúde representam custos a serem controlados/evitados e centrar o debate

noreforço mútuo entre saúde e desenvolvimento, que pode ensinar um círculo virtuoso no qual a expansão do SUS possibilita mais saúde, mais crescimento econômico e mais igualdade social.

Fortalezas y debilidades de la accesibilidad a la atención sanitaria en las redes de servicios de salud para población sin seguridad social de Veracruz y Xalapa.

Vianey González Rojas, Angélica Ivonne Cisneros Luján, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México

Objetivo

Analizar la accesibilidad a la atención sanitaria para la población sin seguridad social a través de la percepción de los médicos de atención primaria (AP) y especializada (AE), y de los usuarios de las redes de servicios de salud de Xalapa y Veracruz.

Contexto y descripción del problema

La fragmentación de los servicios de salud genera dificultades de acceso a la atención médica, pobre calidad técnica, discontinuidad de la atención e ineficiencias en el uso de los recursos escasos; estas condiciones aunadas a las consecuencias de la transición demográfica y epidemiológica en el país, que colocan a las enfermedades crónicas como prioritarias, han ocasionado que las políticas públicas en salud en la actualidad, plasmadas en documentos rectores y en el nuevo Modelo de Atención Integral (MAI) en México, se encuentren encaminadas en buscar la provisión de servicios de salud integrados que mejoren el acceso a los servicios y la calidad de la atención.

Metodología

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en dos redes de servicios de salud para población sin seguridad social, mediante la aplicación de un cuestionario para médicos de AP y AE (COORDENA-MX), con al menos tres meses de antigüedad en el puesto y que tuvieran contacto con el otro nivel de atención; así como un cuestionario para usuarios con enfermedades crónicas (CCAENA-MX) que consultaron dos niveles asistenciales en los últimos seis meses (previos a la aplicación del instrumento) por el mismo motivo de salud. El tamaño de la muestra definitiva fue de 185 médicos en la red Xalapa y 180 en la red Veracruz; así como 392 usuarios en Xalapa y 397 en Veracruz. Se realizó un análisis descriptivo de datos, con SPSS 23.

Resultados

En la red Xalapa la muestra estuvo conformada por un 47% de médicos de AP y un 53% de AE, predominando la edad de 40 a 59 años. En la red Veracruz el 39% fueron médicos de AP y el 61% de AE, predominando una edad mayor a 50 años, en ambas redes fueron hombres en su mayoría (>60%) con una experiencia laboral superior a 3 años. Respecto a los usuarios, en ambas redes la muestra se constituyó mayormente por mujeres (75%), la media de edad fue de 57 años, predominaron los usuarios sin estudios en Xalapa (45%) y en menor porcentaje en Veracruz (40%); las enfermedades crónicas más prevalentes en la población de usuarios encuestados de ambas redes fue la diabetes mellitus tipo 2 (49%) e hipertensión arterial (45%). El 97% cuenta con Seguro Popular. La transición predominante entre niveles fue el envío de los usuarios de AP a AE, en donde la accesibilidad fue considerada como deficiente, ya que el 63% de los médicos de AP y AE de la red Xalapa, así como el 53% de los médicos de AP y AE de la red Veracruz, consideraron que siempre o muchas veces el usuario debe esperar mucho tiempo hasta el día de la consulta después de haber sido referido. En la transición inversa, de AE a AP, los médicos de AP no identifican problemas de accesibilidad (Xalapa 79%; Veracruz 77%). Respecto a la percepción de accesibilidad por parte de los usuarios, se encontró que en ambas redes existe mayor problema de acceso a la AE que a la AP ($p<0.05$), encontrando tiempos de espera elevados para acceder a la consulta con el médico especialista, que van desde más de dos semanas hasta más de 2 meses (Xalapa 63%; Veracruz 73%), sin embargo, estos tiempos de espera no fueron concebidos por la mayoría de los usuarios como un problema de acceso (Xalapa 85%; Veracruz 97%); a pesar de ello, existen diferencias estadísticamente significativas entre redes, siendo en Xalapa donde se percibió mayormente como problema ($p<0.05$). Los usuarios de ambas redes identificaron múltiples barreras de acceso a la atención médica, relacionadas principalmente con el olvido de las citas (31%), falta de recursos económicos para acudir a la consulta (10%), y debido a que sus ocupaciones laborales (10%) o

familiares (10%) les impiden acudir; las inasistencias a sus consultas son percibidas como factores que pueden afectar su estado de salud.

Discusión

La accesibilidad es uno de los principales componentes que tanto usuarios como profesionales de salud identifican como un indicador de calidad en la atención; diversos estudios convergen en que los tiempos prolongados de espera (diferimiento de citas) para acceder a la atención médica, principalmente de especialidad, así como las barreras de acceso tanto individuales como del sistema, son uno de los problemas prioritarios que representan un reto creciente para los sistemas de salud que buscan la integración de la atención y servicios eficientes.

L'assicurazione privata e il SSN italiano: falsi amici, collaboratori o estranei?

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

Session 12

Salle 3

Thème : O trabalho do farmacêutico na atenção primária e suas implicações na qualidade dos serviços de saúde (Le pharmacien travaillant dans les soins primaires et conséquences sur la qualité des services de santé)

Président: Magda Scherer, Brasil

O farmacêutico na assistência farmacêutica básica do Brasil: da coordenação à dispensação de medicamentos.

Marselle Nobre de Carvalho, Escola Nacional dos Farmacêuticos et Federação Nacional dos Farmacêuticos, Brasil

Objetivo

Analisar o trabalho farmacêutico no âmbito da assistência farmacêutica da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contexto e descrição

No Brasil, em meio a implantação e a organização do SUS, ocorreram também mudanças no financiamento e acesso aos medicamentos essenciais, como, por exemplo, a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1999, e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004, a criação do bloco de financiamento específico – *fortemente ameaçado no governo brasileiro atual*, e a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No cotidiano dos serviços de saúde do SUS existem duas funções importantes: a gestão e a gerência. Essas funções geralmente se confundem porque, além das dimensões técnicas e administrativas, a política está fortemente presente nas atividades de ambas. Na assistência farmacêutica, a gestão é entendida como um conjunto de ações técnico-operacionais delimitadas ao produto, quando muito ao fornecimento e abastecimento das unidades de saúde, com forte viés burocrático e centrado na logística dos medicamentos.

Método

Trata-se de estudo baseado na hermenêutica-dialética habermasiana. Os dados primários foram coletados no período de julho a dezembro de 2014 durante a execução da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) - Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, coordenada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Resultados e discussão

A participação do farmacêutico na composição da força de trabalho na atenção primária do SUS cresceu e se consolidou na gestão da assistência farmacêutica mas ainda é pequena nas unidades de dispensação, localizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A maioria dos municípios (90,7%) tem farmacêutico na função de coordenação, enquanto que os postos de trabalho nas UBS são

majoritariamente ocupados por técnicos e ou auxiliares de enfermagem (43,0%), seguidos dos farmacêuticos (33,3%). Na coordenação, a maioria dos trabalhos farmacêuticos desempenha funções técnico-gerenciais, entre as quais se destacam participação na elaboração de relações de medicamentos essenciais (73,6%) e no planejamento de ações (76,7%). Entre as funções desempenhadas pelos farmacêuticos nas UBS, a maioria dos entrevistados (90,4%) realiza dispensação de medicamentos, seguida de supervisão (86,8%) e atividades com a equipe de saúde da unidade (52,7%), e menos de 30% realiza outras funções. Quanto às atividades reconhecidas pelos farmacêuticos, a orientação farmacêutica (37,8%) e atenção farmacêutica (36,3%) foram as mais destacadas. Sem desconsiderar a importância de outros fatores, como a publicação da PNM e PNAF e implantação do programa QualifarSUS, cabe destacar o NASF como uma estratégia interessante utilizada para o provimento de farmacêuticos no setor público e possível responsável pelo número de farmacêuticos nas unidades de dispensação das UBS. Apesar do trabalho farmacêutico prescrito pelo NASF contemplar uma gama de atividades, para além da dispensação e acompanhamento farmacoterapêutico, tais como visitas domiciliares, discussões de caso e elaboração de projetos terapêuticos singulares, os farmacêuticos nas unidades de saúde acabam realizando, na maior parte do tempo, atividades técnico-gerenciais relacionadas ao abastecimento de medicamentos. Quando a rotina do abastecimento permite algum contato com o usuário dos serviços de saúde, a dispensação de medicamentos é função hegemônica e a orientação farmacêutica é a atividade mais reconhecida no processo de trabalho do farmacêutico.

Contribuição e interesse de comunicação em relação ao estado da arte e às práticas

A participação do farmacêutico na composição da força de trabalho em saúde da atenção primária do sistema de saúde brasileiro se expandiu em função, de um lado, do evidente investimento em atividades relacionadas abastecimento e acesso da população aos medicamentos e, de outro, das políticas de fomento à implementação de equipes multiprofissionais nos serviços de saúde. Embora se apresentem como estratégia de inclusão nas equipes de saúde, essas políticas não se mostraram suficientes à ampliação do número de farmacêuticos nas unidades de dispensação, cuja função é prestar cuidados diretos aos usuários e, por meio destes, realizar trabalho em equipe, o que difere enormemente do exercício de funções técnico-gerenciais do medicamento. Além disso, o farmacêutico deve compreender o seu trabalho no contexto da gestão do cuidado em saúde, seja na coordenação da assistência farmacêutica ou na execução de funções e atividades nas unidades de saúde, e, portanto, precisa ressignificar o seu trabalho, deslocando a centralidade do produto para o usuário, a família e a comunidade.

O trabalho do farmacêutico na Atenção Primária no Brasil: desafios e potencialidades.

Magda Scherer, Luana Chaves Barberato, Rayane Campos Lacourt. Universidade de Brasília, Brasil

Para o fortalecimento das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), estratégia central no sistema de saúde brasileiro, investimentos têm sido feitos na organização do processo de trabalho por meio de equipes multiprofissionais com abordagem interdisciplinar e intersetorial, onde se inclui o farmacêutico. Com o objetivo de analisar a inserção do trabalho desse profissional na APS, buscou-se, através de revisão da literatura, identificar experiências, potencialidades, dificuldades e desafios para a prática do farmacêutico nesse âmbito de atuação. Foram pesquisadas as bases de dados BVS, SciELO, LILACS e MEDLINE (via Pubmed), período de 1998 a 2016, não sendo possível as The Cochrane Library e EMBASE. Dos 157 artigos encontrados, apenas 9 tratavam do trabalho do farmacêutico: com predomínio de estudos qualitativos, a partir de 2007, poucas experiências relatadas, atenção à inserção na equipe, ao trabalho focado no usuário, sobretudo idosos, bem como na formação profissional e difusão das ações farmacêuticas. Apesar da produção incipiente, resultados relacionam-se com mudanças institucionais e normativas no cenário nacional. Para além das dificuldades e do relato de experiências, que retratam o presente, os pesquisadores apontam potencialidades para a prática profissional, com o olhar para o futuro em construção. A compreensão do trabalho do farmacêutico pode instrumentalizar o agir profissional, podendo contribuir dessa forma para a qualificação da assistência farmacêutica.

Diagnóstico situacional da assistência farmacêutica básica em centros de saúde da Região Leste do Distrito Federal.

Laís Bié Pinto Bandeira, Noemia Urruth Leão Tavares, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Dayde Lane Mendonça da Silva, Universidade de Brasília, Brasil

Este trabalho tem como objetivo descrever o diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Básica da Região de Saúde Leste do Distrito Federal (DF). A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica faz parte das políticas públicas de saúde no Brasil e tem por objetivo garantir o acesso e uso racional de medicamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental a adoção de mecanismos que propiciem a avaliação e acompanhamento das ações e serviços ofertados. Foi realizado um estudo transversal descritivo, com coleta de dados em três Centros de Saúde (CS) da Região de Saúde Leste do DF, por meio da aplicação de questionário ao responsável administrativo de cada unidade de saúde, visando a obtenção de informações gerais sobre os profissionais e os serviços disponíveis à população, e ao farmacêutico responsável pela farmácia da unidade, abordando questões sobre a infraestrutura e os serviços gerenciais e assistenciais desenvolvidos na farmácia. Dos CS investigados, um adota a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial, enquanto os outros dois oferecem o modelo tradicional de assistência à saúde. A área total das farmácias está de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, no entanto, uma das farmácias possui espaços de armazenamento e dispensação compartilhados e nenhuma das farmácias possui área exclusiva para as atividades administrativas e/ou assistenciais. Em relação à área exclusiva para atendimento aos usuários das farmácias, em duas delas os mesmos aguardam em áreas de circulação comuns para atendimento. Em nenhuma das farmácias há incidência de luz solar sobre os medicamentos, porém há o comprometimento do controle de temperatura e umidade. No local de armazenamento dos medicamentos não há termômetro, higrômetro e ar condicionado, além da presença de caixas de medicamentos em contato com o chão e as paredes. O armazenamento de medicamentos termolábeis e controlados é feito apropriadamente em todas as farmácias. A área de dispensação possui um modelo estrutural que não favorece a interação do farmacêutico com o usuário. As três farmácias possuem farmacêutico como responsável técnico, mas em apenas uma o mesmo permanece durante todo o horário de funcionamento. A programação de medicamento nas farmácias é realizada mensalmente pelas próprias farmacêuticas, com base em dois diferentes métodos. No momento da entrevista, observou-se disponibilidade de grande parte do elenco de medicamentos essenciais previstos para as três unidades (63%; 74%; 83%), mas por outro lado, possivelmente devido problemas no controle de estoque e na programação de medicamentos, verificou-se desperdício de medicamentos vencidos. A dispensação é uma das atividades mais relevantes para o acesso qualificado aos medicamentos, porém nas unidades estudadas os medicamentos são entregues aos usuários, principalmente por técnicos, que raramente fornecem informações sobre o uso e o armazenamento apropriados. Somente em uma das unidades foi referido o desenvolvimento de serviços clínicos pelo farmacêutico, enquanto nas outras unidades os profissionais se restringem às atividades de gerenciamento e logística. O arranjo situacional da AF na Região de Saúde Leste do DF aponta para a necessidade de reestruturação dos processos de gestão, dos espaços físicos, da operacionalidade dos serviços, da formação permanente de recursos humanos e da construção de parcerias com os gestores locais e profissionais das equipes de saúde. Ressalta-se a necessidade de uma mudança de paradigma em relação aos serviços farmacêuticos desenvolvidos com foco nos usuários e não somente na gestão dos medicamentos ofertados à população.

[O trabalho do farmacêutico no Distrito Federal- Brasil: como se inserem?](#)

Luana Chaves Barberato, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Universidade de Brasília, Brasil

O contexto de complexidade do processo saúde-doença-cuidado e de busca pela efetivação da atenção à saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde exigem o fortalecimento da atenção primária de saúde (APS) e a organização do processo de trabalho por meio de equipes multiprofissionais com abordagem interdisciplinar e intersetorial. Políticas recentes incorporam novas profissões nas equipes de APS, onde se inclui o farmacêutico. No Distrito Federal (DF), são inúmeros os desafios a serem enfrentados em relação à Assistência Farmacêutica, desde a seleção de medicamentos até o acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários. Esse contexto demanda a construção de uma identidade profissional na qual o farmacêutico deverá atuar com uma abordagem voltada para o cuidado, segundo as diretrizes da atenção à saúde. Estudos que busquem analisar a prática do farmacêutico são relevantes, na medida em que podem contribuir para o desenvolvimento de parâmetros que auxiliem o aprimoramento e direcionamento desse profissional na APS, bem como fomentar processos de educação permanente. Sendo assim, este trabalho tem por objetivo analisar o

trabalho do farmacêutico na APS do Distrito Federal face às prescrições das políticas nacionais de saúde de maneira a oferecer subsídios para qualificar a atuação desse profissional. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado de agosto de 2016 a maio de 2017. Os participantes foram farmacêuticos que trabalham na APS do DF. Inicialmente houve convite por e-mail para participar da pesquisa, seguido de envio de um questionário para conhecer o perfil dos profissionais. Do total de 51 farmacêuticos 18 responderam ao questionário e 5, por amostragem intencional, foram incluídos na fase de observação do trabalho e entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados foi utilizado a Análise Temática de Conteúdo. Os recursos disponíveis no software Atlas.ti (*Qualitative Research and Solutions*), versão 7.1.8, serviram como ferramenta para sistematizar e categorizar os dados e subsidiar a análise qualitativa. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e conta com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF). Como resultados observou-se a singularidade de cada realidade com relação à estrutura física para o trabalho, apoio técnico disponível e apoio da gerência das unidades. Além disso, as características individuais de cada profissional, associada a sua experiência profissional e de vida influenciam o trabalho realizado. O fazer profissional é constantemente normalizado e renormalizado, principalmente numa realidade de mudanças no direcionamento da APS no DF. Foi observado que os farmacêuticos reservam a maior parte do tempo de trabalho para atividades de gestão do medicamento, restando pouco ou nenhum espaço para o cuidado farmacêutico. Pelo contexto temporal de realização deste trabalho, considera-se que os achados contribuem para uma reflexão sobre o papel do farmacêutico na APS do DF, além de possibilitar mudanças com relação às suas atribuições, competências e espaços ocupacionais.

Session 13

Salle 4

Thème : Educação e promoção da saúde (L'éducation et la promotion de la santé)

Président: Ana Maria Malik, Brasil

Promoção da saúde para a prevenção das doenças bucais nas comunidades quilombolas de Laranjeiras-SE: uma proposta integrada do escolar e famílias.

Luiz Eduardo Oliveira, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Jamille Alves Araújo Rosa, Simone Alves, Guedes Garcez et. Camila Vieira Guimarães, Universidade Tiradentes, Universidade de Pernambuco, Brasil

Objetivos de investigação

Promover a saúde para prevenção de doenças bucais com propostas integrativas dos escolares e suas famílias da comunidade quilombola do povoado da Mussuca em Laranjeiras –SE.

O contexto e a descrição do problema

Ao se referir à saúde da população negra, é necessário considerar as condições especiais de vulnerabilidade vivenciadas por este grupo populacional (BEZERRA et al., 2013). As disparidades étnico-raciais vêm adquirindo relevância crescente em saúde coletiva e, particularmente, em Odontologia. Essa constatação é factível entre a população quilombola, cujo acesso a serviços de saúde bucal na ESF está aquém das suas necessidades, ainda que, legalmente, essa minoria étnica esteja amparada em suas demandas por assistência à saúde, pela Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004, que define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde, no âmbito da estratégia Saúde da Família, e estabelece a ampliação em 50% do repasse financeiro às equipes ESF em áreas de remanescentes de quilombos (SOUZA et al, 2012).

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

Foi realizada caminhada para reconhecimento da área do povoado, com visita às residências, onde ocorreram as atividades de levantamento epidemiológico bucal e entrevista. A comunidade quilombola foi informada através da educação em saúde bucal, sobre os aspectos saudáveis e quanto aos aspectos patológicos da cavidade oral, para possibilitar o reconhecimento de qualquer alteração da saúde bucal, para esta atividade foram utilizados imagens, rodas de conversas dinâmicas e brincadeiras, com o

objetivo de incentivar para a autoanálise tal como o autocuidado. E ensinando a realizar o autoexame do Câncer bucal e medidas de higiene bucal. Ocorreram práticas de educação e saúde na unidade de saúde da família do povoado, onde estão cadastrados os quilombolas, quando foram expostas algumas práticas alternativas e complementares a fim de sensibilizar a comunidade quanto aos aspectos de saúde bucal, alimentação saudável e utilização de métodos alternativos de higiene, encenado através de diálogo, dinâmicos e brincadeiras. Houve várias ações de construção de ambiente saudável para prevenção e controle dos fatores de risco de doenças bucais, através de metodologias ativas. Além da interação dos moradores da comunidade quilombola, reconhecimento da área e visita a comunidade com as ações educativas de promoção e prevenção em saúde bucal. E desta forma, foi promovido uma discussão de práticas alternativas, integrativas e complementares.

Os resultados e a discussão

A modernidade exige do profissional de saúde saber investigar a forma como a comunidade constrói suas representações de mundo, as quais interferem diretamente nas práticas relacionadas à saúde que, por sua vez, ou reafirmam as representações ou as transformam. A forma com que as pessoas produzem práticas relacionadas à saúde está diretamente ligada a seu cotidiano e às relações que constroem entre si e com o ambiente que as cerca. O conhecimento e o respeito às noções de saúde que cada comunidade possui são necessários, uma vez que muitas vezes estas não concordam com os paradigmas da medicina ocidental, mas regem a vida das comunidades e possuem sua própria eficácia. Ao agir com esta consciência, a nação verá de fato o controle social do SUS e, conseqüentemente, um melhor resultado em suas abordagens do aspecto inclusive (NARVAI, 2006; KAPLAN, BENNETT, 2003; RODRIGUES, CARLINI, 2004; FALCÃO, 2002).

A saúde bucal é um importante aspecto da saúde das pessoas e de seu bem estar. Boa Saúde Bucal significa melhor convivência social, comunicabilidade, melhores condições de mastigação, que proporcionam prazer na degustação de diversos tipos de alimentos, autoconfiança social. A maioria dos problemas bucais é passível de prevenção através de métodos há muito investigados. Quando a saúde bucal está comprometida, o sofrimento ocasionado pelas doenças bucais pode comprometer diversos setores da vida. Os desconfortos, dores e noites mal dormidas causadas por diversas patologias bucais, tais como Cárie Dentária, Doença Periodontal, Fluorose Dentária e Câncer Bucal, afetam a saúde sistêmica e a frequência às atividades escolares e laborativas, ou seja, a qualidade de vida fica comprometida ocasionando muitas despesas para a sociedade (WATT, 2005). Inquéritos assim requerem uma capacidade de compreensão dos gestores para o fato de que essas ações, por sua natureza, geram benefícios mais universais e abstratos quando comparados com os da assistência (ANDRADE, NARVAI, 2013).

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

As atividades desenvolvidas na comunidade, tiveram foco na educação e saúde onde possibilitou a comunidade a ter consciência das suas condições de saúde bucal e da qualidade de vida. As atividades educativo-preventivo estabeleceram promoção, manutenção e motivação a saúde bucal e para doenças crônicas não transmissíveis.

[Educação em saúde na perspectiva salutogênica no ProEsaSul: práticas de literacia para a saúde e em saúde bucal para escolas em Rio do Sul, SC.](#)

Darclé Cardoso, Roselita Sebold, Daniela Lemos Carcereri, Luciana Barbosa, Universidade Regional de Blumenau – FURB – Santa Catarina, Brasil

O relato de experiência aqui apresentado, se trata de um trabalho intersetorial realizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio do Sul, SC, Brasil, entre os setores Saúde e Educação desde o ano de 1991. A Educação em Saúde considerada como um dos eixos da Promoção da Saúde, aqui abordada no seu conceito moderno, considera a saúde como um recurso para a vida e um importante determinante de qualidade de vida, das quais incluem a alimentação, nutrição, educação, habitação, saneamento, trabalho, ambientes saudáveis e apoio social para as famílias e indivíduos. Considera ainda os cinco eixos e ações de suas estratégias, dos quais são: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes sustentáveis, reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e fortalecimento de ações comunitárias. Nessa perspectiva a teoria da Salutogênese acredita que os fatores que promovem a saúde são diferentes daqueles que influenciam no risco de

doenças específicas. O foco do conceito é a busca das origens da saúde (SABOGA, 2014), ao contrário da perspectiva dicotomizada entre saúde e doença (KELLY et al, 2005). Os componentes-chaves da teoria salutogênica incluem a orientação em direção à solução de problemas e a capacidade de usar os recursos disponíveis. A teoria considera que as doenças e os estressores não são externos à condição humana e que quanto mais forte o senso de coerência dos indivíduos e dos grupos, melhor eles conseguem lidar com tais condições e, portanto, manter a própria saúde (ANTONOWSKY, 1993). O senso de coerência é uma ideia universal que transpassa questões de gênero, classe social, região e cultura. Consiste em uma determinação global no sentido de sentir a vida estruturada, manejável e com sentido emocional. Quanto maior o senso de coerência, melhor os indivíduos são capazes de enfrentar as dificuldades da vida e, portanto, manter a própria saúde. Além do senso de coerência são importantes os recursos que as pessoas utilizam para enfrentar as situações adversas, tais como: recursos financeiros, conhecimento, inteligência, experiência, auto-estima, comportamento saudável, apoio social, tradições, religião, artes, envolvimento em atividades prazerosas e orientação preventiva em saúde, entre outros. O sentido de coerência, como um determinante pessoal, está relacionado com o grau de literacia para a saúde do indivíduo, ou seja, a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimentos favoráveis à promoção da saúde. O senso de coerência pode ser moldado e/ou modificado a partir de intervenções de promoção da saúde, conduzindo os indivíduos em direção ao polo da saúde (NARVAI et al, 2006). A partir dessa perspectiva foi realizada por odontólogas, nutricionista e professoras uma intervenção junto ao PSE (Programa Saúde na Escola), com intuito de desenvolver suas ações, das quais constam a prevenção e promoção da saúde por meio de educação em saúde numa escola pública, do ensino fundamental anos iniciais, sendo um piloto para posteriormente desenvolverem ações semelhantes de acordo com cada realidade escolar. O objetivo principal do projeto piloto foi desenvolver uma sequência de práticas pedagógicas salutogênicas em escolares de uma escola pública. As estratégias foram abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para a implementação da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território, de acordo com o PSE. O planejamento constou de práticas educativas que transpõem o modelo tradicional sobre os hábitos e estilos de vida individuais, numa abordagem salutogênica desenvolvida por Antonovsky (1993) que tem sido utilizada no desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde no que se refere a estratégias de educação em saúde que tenham o objetivo de promover o empoderamento de indivíduos e comunidades tais como as de âmbito escolar. Diante dos referenciais de avaliação foram aplicadas atividades pedagógicas com base nas teorias da salutogênese e Literacia para a Saúde a fim de avaliar práticas pedagógicas condizentes com o processo de Promoção da Saúde. As atividades propostas tiveram o intuito de avaliar o conhecimento sobre saúde dos estudantes por meio de desenhos e escritos; desenvolver o conceito de salutogênese utilizando recortes, colagens e palavras; fazer leitura de livros paradidáticos de histórias e poemas na temática; desenvolver histórias coletivas e poesias de forma individual; promover as habilidades de leitura e escrita como função social e recriar uma história coletiva com ilustrações a fim de avaliar o processo desenvolvido. Os alunos apresentavam conhecimentos distintos sobre saúde que transpõe o modelo biomédico nos primeiros e segundos anos, fato não observado no grupo de terceiro ano, após conversa sobre o conceito de salutogênese houve uma ampliação do conceito, foi reforçado com leituras informais e leitura em pares, houve uma intervenção com a nutricionista com aspectos de promoção da saúde e nutrição ao final eles produziram uma história coletiva resumindo os aspectos principais com ênfase na salutogênese. Considera-se que os professores são os agentes de literacia para a saúde, pois com a sua parceria os conceitos se traduzem em transformações aplicáveis a vida real.

[Representaciones sociales de la dieta en pacientes con diabetes mellitus: caso Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de México.](#)

Donovan Casas Patiño, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Luiz Eduardo Oliveira, Georgina Contreras Landgrave, Andreia Poschi Torales, Alejandra Rodríguez Torres et Maria de los Ángeles Maya Martínez, UAEM/UNIT-Tirandetes, México

[La investigación en diabetes en México: Asimetrías en la asignación de recursos e impactos cognitivos, institucionales y sanitarios.](#)

Soledad Rojas-Rajs, José Miguel Natera et Carolina Tetelboin, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México

Objetivo de la investigación

Analizar la asignación de recursos públicos de Ciencia y Tecnología destinados a la investigación sobre diabetes en México en un período de 12 años (2002-2014).

Contexto y descripción del problema

La diabetes en México es un grave problema de salud pública: es el sexto país con más población con diabetes a nivel mundial y el de mayor mortalidad proporcional por diabetes de América Latina (14% de las muertes totales). La diabetes es una de las primeras causas de muerte y discapacidad prematura con un alto costo para el sistema de salud mexicano.

Para combatir este grave problema se ha destacado la importancia de realizar investigación en salud, dado que el conocimiento producido en las investigaciones es fundamental para mejorar el campo sanitario: puede fortalecer las capacidades del sistema de salud y la calidad y eficiencia de la atención médica; proponer y crear nuevas soluciones; y es un insumo necesario para orientar políticas públicas.

En México se han acumulado capacidades científicas sobre diabetes y sus complicaciones, existe una amplia producción de conocimientos derivada de investigación científica y tecnológica de alto nivel que se realiza en universidades, Institutos Nacionales de Salud (INS), Centros Públicos de investigación (CPI) y laboratorios de la industria farmacéutica.

Sin embargo, la investigación en salud, a menudo no se materializa en mejoras concretas en los servicios de salud.

Teoría, método, modelo y material utilizados

Dado que el financiamiento público en México determina en gran medida qué se investiga, así como las perspectivas de transferencia y aplicación de los resultados, consideramos que su análisis permite observar la puesta en práctica de políticas públicas y de determinadas visiones (marcos cognitivos) sobre los problemas de salud, específicamente la diabetes.

Fueron clasificados 303 proyectos de investigación nacional sobre diabetes financiados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), según tipo de investigación, tema y aplicación. Con estos datos se elaboró un modelo econométrico que relaciona el financiamiento de la investigación con las características de los proyectos y de las instituciones que los desarrollan, para comprender qué tipo de investigación se financia, qué instituciones y cuál es la relación de esta investigación con el sistema de salud en México.

Resultados y discusión

Se encontró una importante concentración del financiamiento en investigación biomédica básica, así como en un reducido número de instituciones y localidades geográficas. Pocos proyectos se orientaron hacia aplicaciones prácticas y la investigación sobre sistemas de salud recibe un financiamiento significativamente menor que la biomédica básica, la epidemiológica o la clínica.

La concentración de recursos en investigación biomédica básica, o en un pequeño número de instituciones y regiones, inhibe posibles innovaciones en salud pública, particularmente en el campo de los sistemas de salud, así como el desarrollo de capacidades científicas en instituciones y regiones periféricas. Además, la concentración de los recursos en investigación biomédica básica, retrasa la posibilidad de trasladar los resultados a soluciones concretas para combatir la diabetes en México; y se aleja de la dimensión social de la enfermedad y el estudio de sus procesos de determinación, así como de la articulación entre el impacto de la diabetes en México y la calidad del sistema de atención.

Temas que se quieran discutir a lo largo de la sesión de la presentación

Cuáles son los impactos cognitivos, institucionales y sanitarios de las asimetrías en la asignación de recursos y cómo estos se relacionan con la calidad del sistema de salud.

Session 14

Salle 5

Thème : La participation du patient dans le processus de soins (2)

Président: Caroline Doppagne, Belgique

Satisfação de usuarios da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no nordeste do Brasil.

Maria Lúcia Magalhães Bosi, Carlos André Moura Arruda, Universidade Federal do Ceará, Brasil

A satisfação dos usuários é hoje reconhecida como resultado per se da assistência, com importantes impactos nos sistemas de saúde. Contudo, há ainda importantes lacunas na literatura acerca desse objeto, tanto no que concerne ao plano teórico-metodológico, como à disponibilidade de estudos empíricos, na diversidade dos territórios. Este estudo, componente de uma linha de pesquisa mais ampla voltada à avaliação da qualidade de programas e serviços, ilustra a incorporação do enfoque qualitativo no âmbito da avaliação qualitativa em saúde, tendo como foco a satisfação dos usuários relativa às dimensões integralidade e humanização do cuidado em saúde, no espaço da Atenção Primária à Saúde (APS) da rede pública de serviços, no município de Fortaleza. Trata-se de um município situado no Nordeste do Brasil, com cerca de 2.400.000 habitantes. Vale salientar que a integralidade mais que uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, compõe uma “*imagem objetivo*” (Mattos, 2006), cujo principal propósito é distinguir o que se almeja construir, do que existe. Considerando que tal imagem objetivo é polissêmica, a definição de integralidade não pode ter uma resposta unívoca porque podemos abortar alguns dos seus sentidos. Ante tais assertivas, corroboramos a formulação feita por Pinheiro e Guizardi (2006) quando concebem a integralidade como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, no plano individual (construção da integralidade no ato da atenção individual), como também no plano sistêmico de atenção à saúde (garantia da integralidade das ações na rede de serviços) nos quais se inscrevem aspectos objetivos e subjetivos. Realizamos um estudo qualitativo, orientado pela vertente crítico-interpretativa, envolvendo uma amostra teórica, composta por 43 usuários de unidades de saúde distribuídas pelo município. O fechamento amostral se deu pelo critério de saturação teórica (Fontanella et al, 2011). A técnica utilizada foi a entrevista não diretiva, associada à observação livre registrada em diário de campo. O material discursivo foi analisado sob a vertente hermenêutico-crítica. Os resultados evidenciam a satisfação referente à expansão da cobertura, melhorando o acesso, ainda que persistam desafios, sobretudo às especialidades médicas. Contudo, os usuários demonstraram insatisfação no tocante não somente à falta de especialistas mas a outras barreiras de acesso, bem como à pouca integração entre serviços, comprometendo um cuidado integral e em rede. Podemos assinalar que este estudo nos revela também a *unanimidade* na busca por uma prática profissional, seja do médico ou dos demais profissionais da saúde que atuam nos CSF participantes desta investigação, mais humanizada, acolhedora, isto é, onde a escuta, o toque, o diálogo, o olhar e a sensibilidade se façam presentes nas relações. Desvela, ainda, o desafio de assegurarmos, na prática, o princípio da integralidade, numa perspectiva complexa e multidimensional. O que aqui mostramos aponta para a importância do diálogo como meio de fortalecimento profissional e pessoal dos sujeitos, isto é, aponta para a urgência de se cultivar a arte de dialogar nas práticas assistenciais no âmbito da saúde pública. Desvela, ainda, quão profícuo é para os projetos que visam a avaliar programas, políticas e serviços públicos, inserir a ótica do usuário, tendo em vista o seu potencial e capacidade de vocalizar limites e potencialidades que, sobremaneira, transversalizam tais esferas, e permanecem silenciados nos modelos tradicionais de pesquisa, nos quais a subjetividade não se insere. Reafirma-se, portanto, a relevância do enfoque qualitativo em estudos sobre a satisfação dos usuários, bem como a inserção desse componente em avaliações da qualidade - na dimensão subjetiva, não mensurável - dos sistemas de saúde.

Augmenter la Littératie numérique des patients dans la vie courante et par l'utilisation des médias et de la bureautique.

Patricia Defrère, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège, Belgique

Théorie ADS, ressentis de la période de travail dans les Unités de Soins - Caractéristiques du ressenti “normal” d’une période de travail.

Jean-Pierre Escaffre, F. Quidu, M. Personnic, M. Ezan, A-C. Forget, A. Megret, Dominique Filippa, A.R.G.3.S - EHESP, France

Impliquer les patients et le public dans l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé : Mise à jour d'une revue systématique.

Marie-Pierre Gagnon, Thomas G. Poder, Mylène Tantchou Dipankui, Julie-Payne-Gagnon, Université Laval, Canada

OBJECTIFS

Effectuer la mise à jour d'une revue systématique portant sur les expériences internationales de participation des patients et du public aux activités d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ETMIS).

CONTEXTE ET DESCRIPTION DU PROBLÈME

L'importance de la participation des patients et du public dans les décisions concernant les soins et services de santé est bien reconnue, notamment dans le domaine de l'ETMIS. Pour les décideurs, les gestionnaires et les producteurs d'ETMIS, la question n'est plus de savoir s'il faut impliquer les patients et le public, mais plutôt de savoir quand (à quelles étapes du processus ?), qui (quel type de patient ou public ?), comment (quelles stratégies et méthodes utiliser ?) et d'en évaluer les impacts. Ainsi, une synthèse des expériences récentes concernant l'implication des patients et du public pourra fournir des informations pertinentes aux utilisateurs de connaissances.

THÉORIES, MÉTHODES, MODÈLES ET MATÉRIELS EMPLOYÉS

La mise à jour d'une revue systématique de la littérature scientifique portant sur les expériences de participation des patients et du public aux activités d'ETMIS a été réalisée. La recherche s'est effectuée dans huit bases de données, à partir des mêmes mots-clés que pour la revue originale, et a couvert les années 2009 à 2016. À partir des titres et résumés des articles identifiés, une première sélection a été effectuée par un réviseur et vérifiée par un autre. Ensuite, les articles correspondant aux critères d'inclusion ont été évalués par deux réviseurs de façon indépendante. Pour chaque étude incluse, deux réviseurs ont compilé indépendamment les résultats dans une grille d'extraction prédéfinie. Les désaccords ont été discutés et un troisième réviseur a agi comme arbitre au besoin. Les résultats ont été analysés en s'inspirant du cadre d'évaluation de l'implication des patients et du public en ETMIS développé par notre équipe. Les caractéristiques des participants, du contexte et de la technologie évaluée ont été documentées, de même que les méthodes utilisées pour impliquer les patients ou le public. Les facteurs facilitant ou limitant cette implication ainsi que ses impacts, notamment sur les pratiques, les coûts et les perceptions des acteurs impliqués en ETMIS, ont été considérés.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Sur un total de 4762 articles scientifiques identifiés par la stratégie de recherche, 23 ont été retenus après vérification des titres et des résumés. Après lecture complète de ces articles, 21 ont été conservés, lesquels présentent 20 études uniques (deux articles présentent des résultats liés à une même étude). Nos résultats font la synthèse des types de publics ou de patients impliqués, des degrés d'implication (information ou communication, consultation, participation) et des activités d'implication retrouvés dans la littérature. Nous discutons également de l'évaluation des activités d'implication des patients et du public en ETMIS et rapportons les principaux impacts identifiés dans la littérature.

APPORT

L'analyse des expériences internationales de participation des patients et du public en ETMIS permet de renseigner les décideurs et les producteurs d'ETMIS sur les bonnes pratiques dans ce domaine. Ces connaissances seront partagées lors d'un atelier rassemblant des membres de la communauté de pratique en ETMI au Québec afin de faciliter l'application de connaissances issues de la recherche adaptées à leur contexte.

Posters Jeudi 7/9 13 :45 – 15 :15

[Grupo Terapêutico Esbanjando Saúde: a hora é agora.](#)

Júlia Maria Dos Anjos, Prefeitura Municipal de Vidal Ramos – Secretaria Municipal de Saúde, Brasil

Este trabalho é um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. O NASF vem por em prática o compromisso da integração de Alimentação e Nutrição com o setor da Saúde. São ações de Alimentação e Nutrição propostas pelo NASF: conhecer e estimular o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente, capacitar a equipe de saúde da família e participar de ações vinculadas aos

programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais; elaborar em conjunto com as equipes de saúde da família rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com os protocolos de atenção básica (MATTOS; NEVES, 2009). De modo geral, o público atendido na Secretaria Municipal de Saúde de Vidal Ramos está acima do peso. Além disso, o paciente apresenta suas particularidades culturais, comportamentais e sociais. Com o enfoque para este perfil e, aliado à oferta de serviços oferecidos pelo NASF, foi criado o Grupo de Sobrepeso. O Grupo é uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O objetivo do Grupo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes com sobrepeso através da realização de oficinas terapêuticas. A realização das oficinas proporciona: auxílio aos indivíduos com sobrepeso e obesidade a reduzir sua massa corporal gradativamente; prevenir e controlar as comorbidades; promover a autonomia de escolha, o senso crítico e a corresponsabilização através de orientação nutricional; incentivar hábitos saudáveis e realizar troca de saberes e apoio psicológico visando à promoção da saúde.

Metodologia

Os pacientes são avaliados pelos profissionais: médico, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Ocorrem 20 encontros semanais (em cada semestre) com duração aproximada de 90 minutos e em torno de 15 participantes, onde são abordados vários temas como, por exemplo: reeducação alimentar, dietas da moda, mitos, medicamentos, gastropastia, hábitos culturais, dificuldade em aderir a dietas, ansiedade, depressão, além de ser espaço para compartilhar experiências. Todos os participantes são convidados a realizar tarefas de casa, principalmente praticar atividade física, desde que não tenham restrições médicas.

Resultados e Discussão

Dos 15 participantes do último Grupo Esbanjando Saúde, todos do sexo feminino, 86,67% dos indivíduos eram obesos e 13,33% se mostravam com sobrepeso. E em relação aos exames laboratoriais realizados na triagem de inícios das atividades com o grupo foram obtidos dados significativamente ruins, como colesterol alto, glicemia e triglicérides alterados. Estudo tem mostrado que a obesidade ocorre predominantemente em pessoas do sexo feminino em que sua incidência aumenta com a idade. Isso foi comprovado na análise de uma amostra de 1000 habitantes na cidade de Jaú. A faixa etária de 30 a 40 anos apresentou mais frequência de excesso de peso (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2002). Avaliando o perfil de obesos em um ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, (PORTO et al., 2002), mostrou que apenas 12,4% dos pacientes perderam 10% ou mais de peso inicial em longo prazo com dieta hipocalórica e atividade física. Outro estudo que avaliou o uso da internet para o tratamento do excesso de peso, mostrou perda de 5 a 10% do peso em relação ao peso inicial no período de 12 meses (COSTA et al., 2005). Após a intervenção nutricional, psicológica, fisioterapeuta e médica, nos 20 encontros, obteve-se um resultado significativo de emagrecimento. 100% dos participantes emagreceram algum peso com um total do grupo de 44,800kg a menos. Em relação aos exames laboratoriais 93,34% tiveram um melhoramento significativo. E também significativa diminuição na circunferência da cintura. Atualmente sabe-se que é a localização abdominal da gordura (obesidade central) que se mostra mais associada a distúrbios metabólicos e risco cardiovascular. Medidas regionais de obesidade, entre elas a circunferência abdominal, é capaz de fornecer estimativa de gordura abdominal, que, por sua vez, esta correlacionada a quantidade de tecido adiposo visceral (LERARIO et al., 2002).

Considerações Finais

Por meio da Clínica ampliada e o projeto terapêutico singular para os casos necessários podemos verificar que os resultados alcançados com o Grupo foram positivos quando se refere a diminuição de peso, diminuição das medidas antropométricas e melhora nos exames laboratoriais. O trabalho da equipe nas oficinas procurou promover a autonomia de escolha, ao passo que os assuntos são abordados, propiciando criar senso crítico e a corresponsabilização por parte de todos os envolvidos. Por fim, pode-se afirmar que ainda há muito a melhorar. Contudo a equipe do núcleo de apoio à saúde da família está em constante processo de aprendizagem e busca sempre lutar pela saúde da população, superando dificuldades, com criatividade e disposição dos profissionais de saúde, em direção a uma atenção à saúde integral, equânime e universal.

Implémentation de l'échelle HR20 : outil de prévention de la violence en psychiatrie.

Lydia Bossio, Luigia Damanti, Hôpital Vincent Van Gog, Belgique

Mise en place d'indicateurs de pilotage du Système de reapprovisionnement des unités de soins par plein-vidé: évaluation de la pertinence de l'efficacité.

Etienne Nédellec, AnnePont, Nicolas Martelli, Louis Dubret et Bernadette Coret-Houbart, Hospitalier Robert Ballanger, Hôpital Européen Georges Pompidou

La sécurisation et l'amélioration de la performance du circuit des dispositifs médicaux stériles (DMS) constituent des enjeux importants pour les établissements de soins. Suite au déploiement du système de réapprovisionnement des unités de soins en DMS et solutés massifs par plein-vidé (ou *Kanban*), des indicateurs a été mis en place afin de le piloter. Ces derniers sont synthétisés sous forme de tableaux de bord pour chaque unité de soins comprenant d'une part les indicateurs de qualité d'utilisation du système et d'autre part ceux de performance. À chaque indicateur ont été associées une valeur seuil ainsi qu'une mesure corrective en cas de dérive.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité et la pertinence de l'utilisation de ces indicateurs pour le pilotage du système de réapprovisionnement des unités de soins.

Les indicateurs de performance comprennent le nombre de jours de couverture du stock, le taux de références réapprovisionnées ainsi que le taux de rupture de stock. La mesure corrective qui leur est associée est la révision des dotations. Les indicateurs qualité comprennent le taux de fiches de commande non-sorties lors du réapprovisionnement, le taux de prélèvements dans le bac de réserve et le taux de satisfaction des utilisateurs. La mesure corrective rattachée est la formation du personnel. Ces indicateurs de qualité et de performance ont été suivis pendant 18 mois de mai 2015 à octobre 2016 au regard des seuils fixés. Une étude statistique comparative a également été menée pour rendre compte de l'efficacité et de la pertinence des mesures correctives. Elle compare les taux moyens de chaque indicateur avant/après mise en œuvre de ces mesures.

Sur 18 mois on observe une amélioration significative de la performance avec une diminution du nombre de jours de couverture du stock (de 63,8 jours en mai 2015 à 34 jours en octobre 2016), une augmentation du taux de références réapprovisionnées (de 39,8% en mai 2015 à 49,5% en octobre 2016) tout en conservant un taux de ruptures de stock stable (inférieur à 5%). La révision des dotations permet également d'améliorer significativement la performance globale du système. Par ailleurs, excepté pour les ruptures de stocks, les seuils optimums n'ont pas été atteints.

Concernant les indicateurs de qualité d'utilisation, ils restent inférieurs aux seuils préalablement fixés. Les sessions de formation des utilisateurs lors de dérives constatées quant à l'utilisation du système impactent significativement les pratiques (diminution statistiquement significative des taux de non-conformités après formation). Cependant cet effet est transitoire et ne dure en moyenne qu'un mois. Le taux de satisfaction du personnel des unités de soins reste excellent (le fonctionnement du système est jugé bon à très bon par 98% des utilisateurs) et ne varie pas après révision des dotations.

L'utilisation en routine de ces indicateurs au travers de tableaux de bord permet ainsi un ajustement des dotations aux consommations des unités de soins et une amélioration continue de la performance du système. On constate également une amélioration des pratiques des utilisateurs liée aux formations successives. Afin de perfectionner ce système, une nouvelle méthode de calcul des dotations a également été mise en place.

Navegação de pacientes para melhorar o acesso aos cuidados de câncer de mama no Rio de Janeiro, Brasil.

Sandra Gioia, Alexandra Bukowski, Yanin Chavarri-Guerra, Enrique Soto-Perez-de-Celis, Jessica St. Louis, Eduardo Paulino, Angelica Nogueira-Rodrigues, Paul E. Goss, Instituto Nacional de Câncer (INCA) - Brasil

O atraso no tratamento do câncer de mama leva a estágios mais avançados na apresentação e pior sobrevida. O intervalo de atraso do sistema de saúde - o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento - é significativamente maior em países de média e baixa renda, em comparação com países de alta renda. Por exemplo, enquanto em países de alta renda relatam um intervalo para início do tratamento de 10 a 42 dias para pacientes com câncer de mama, o intervalo médio relatado em estudos no Brasil mostram que uma paciente com câncer de mama leva em média 6-7 meses para receber um diagnóstico definitivo após sua primeira consulta com um médico. Um estudo do Rio de Janeiro, Brasil, constatou que o tempo médio desde a primeira consulta até o diagnóstico foi de 6,5 meses, e que 80% dos doentes apresentaram um atraso do sistema de saúde de mais de três meses.

Em países de média e baixa renda, os longos atrasos para diagnóstico e tratamento frequentemente levam a progressão clínica da doença: nos EUA, 60% dos cânceres de mama são diagnosticados numa fase inicial da doença, enquanto no Brasil, isto é verdade para apenas 20% dos diagnósticos. Em um estudo com 87.969 mulheres brasileiras com câncer de mama, 53,5% foram consideradas como tendo estágio avançado (estadio $\geq$ IIB) e, em outra coorte de estudo, 78,8% das mulheres tinham estadio II-IV. Mesmo dentro do Brasil, as estatísticas de estadiamento e sobrevida variam de acordo com características sócio demográficas, como o tipo de seguro de saúde. Cerca de 75% dos brasileiros recebem cobertura exclusivamente pelo sistema público de saúde (SUS) e, as mulheres neste sistema se apresentam com a doença mais avançada do que as mulheres no setor privado, e as pacientes do setor público têm piores sobrevidas livre de doença e global (que pode ser parcialmente atribuída à maior demora e estágios avançados no momento do diagnóstico).

O impacto negativo dos atrasos no prognóstico de pacientes com câncer dentro do setor público é tão relevante que o Ministério da Saúde no Brasil promulgou a Lei No. 12.732/12 ou a "Lei dos 60 dias". Esta lei estabelece que o tratamento para qualquer tipo de câncer para os pacientes do sistema público de saúde deve começar no prazo de 60 dias a partir do diagnóstico definitivo. Enquanto esta lei é um esforço importante e bem-intencionado para começar a reduzir os atrasos do sistema de saúde, a vigilância de sua implementação tem sido deficiente. Para controlar a aplicação da lei, o Ministério da Saúde criou o banco de dados de câncer (SISCAN). No entanto, uma pesquisa por representantes de 59 instituições de saúde pública em todo o Brasil mostrou que o SISCAN está sendo usado em apenas um quarto dos municípios brasileiros, e que apenas cerca de 1% do total de casos de câncer foram registrados no sistema a partir de julho de 2014, quase dois anos após o anúncio do direito. Além disso, um estudo de 2015 coletou dados de 239 hospitais em todo o Brasil e mostrou que quase 40% das pacientes com câncer de mama não conseguiram iniciar o tratamento dentro do período de 60 dias no Brasil e 70% no Rio de Janeiro.

O Programa de Navegação de Paciente (PNP) é projetado para resolver as disparidades de saúde e reduzir os obstáculos ao tratamento do câncer em tempo oportuno. Os Navegadores de Pacientes (NP) são profissionais de saúde treinados que facilitam a tramitação de pacientes no sistema de cuidados de saúde, ajudando-os a superar as barreiras institucionais, socioeconômicas e pessoais para o acesso. Fornecem serviços como agendamento de compromissos de diagnóstico e de acompanhamento, facilitando encaminhamentos do sistema de saúde, e coordenam a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. Os NP ajudam os pacientes a receber cuidados médicos em tempo hábil e a reduzir os atrasos nos cuidados e taxas de perda de seguimento.

O objetivo deste Programa de Navegação do Paciente (PNP) no Rio de Janeiro, Brasil, é promover a adesão à "Lei dos 60 Dias", que estabelece que "todos os pacientes com câncer dentro do sistema público devem iniciar o tratamento dentro de 60 dias a partir do diagnóstico de câncer".

Assim, os objetivos são:

- 1) estabelecer a viabilidade do PNP neste contexto, e
- 2) assegurar que pelo menos 70% dos pacientes recrutados com câncer de mama comecem o tratamento dentro do período de 60 dias, auxiliando nas referências hospitalares, fazendo consultas e acompanhando a paciente para garantir que ela iniciou o tratamento.

O Programa terá início em maio deste ano e se propõe a ser uma ferramenta de tecnologia leve e inovadora no SUS para melhorar o acesso ao tratamento oportuno do câncer de mama no Brasil.

Reavaliando a Prática Diária e Pensando em Aprimoramento - Experiências de Educação Continuada em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.

Estevão Cubas Rolim, Bruna Bianco Hummel, Letícia Mendes Côrtes, Luísa Ferraço de Paula, Caio Oliveira Rocha, Lucas Bezerra Shiratori et Dayana Natalia Trifoni, Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), Brasil

Epidemiologia e planejamento em saúde: reflexões sobre custos e qualidade da atenção.

Anna Larice Meneses Galvão, Olinda Do Carmo Luiz, Faculdade de Medicina da USP, Brasil

Contexto e a descrição do problema

Maior custo na atenção à saúde, por si só, não é sinônimo de melhor qualidade da atenção. Dependendo de características outras que não o seu valor econômico, a incorporação de tecnologias excessivamente caras pode significar piores condições de saúde, já que, entre outros aspectos, seu financiamento implica no redirecionamento de recursos voltados para intervenções de maior relevância social; seus resultados podem não apresentar impacto nos indicadores de saúde e na redução da desigualdade; ou ainda a técnica pode resultar em problemas iatrogênicos sérios.

Reduzir os custos sem comprometer a qualidade da intervenção em saúde é um dos maiores desafios para a saúde pública. Um dos campos de conhecimento com potencial para o enfrentamento desse desafio é a epidemiologia. Ela contribui para a definição dos problemas prioritários para a intervenção; para o conhecimento das causas e determinantes dos agravos; na avaliação da eficácia, eficiência e efetividade de tecnologias diagnósticas e terapêuticas; na avaliação de políticas e programas e no efeito das intervenções sobre os indicadores de saúde e as condições de vida da população. É importante ressaltar que na articulação da epidemiologia com as políticas de saúde, o objetivo final é qualidade de saúde da população, sendo a contenção de custos necessariamente subordinada à esta intencionalidade.

São evidentes os crescentes números das desigualdades em saúde. A maioria dos problemas resultam da forma como a sociedade se organiza e na distribuição dos recursos sociais. Historicamente construída, a desigualdade social está relacionada com a dificuldade de acesso. Ela não deve ser abordada somente na sua dimensão individual, mas fundamentalmente deve-se levar em conta seus aspectos sociais e estruturais quando da elaboração de políticas coerentes com a qualidade de saúde da população. Dentre os fatores estruturais destacam-se os aspectos organizacionais, comunitários, culturais, econômicos e ambientais. Acesso à educação, emprego, renda, segurança, serviços de saúde, habitação são outras dimensões sociais envolvidas na origem das desigualdades em saúde. Reconhecer a existência de grupos sociais com diferentes condições de acesso é o primeiro passo para que o planejamento nos serviços de saúde tenha como finalidade a equidade, entendendo-a não apenas como o conjunto de medidas capazes de garantir acesso à atenção à saúde, mas como princípio de justiça social, universalidade e integralidade da atenção.

Apesar do reconhecimento da importância da epidemiologia para o enfrentamento da desigualdade de saúde, pouco se tem debatido na literatura científica sobre os métodos, técnicas e teorias que embasam a interface entre a epidemiologia e os serviços de saúde.

Objetivo

Sistematizar o conhecimento científico recente sobre a interface entre a epidemiologia e o planejamento e organização dos serviços de saúde.

Materiais e métodos

Pesquisa de natureza bibliográfica utilizando os termos de busca: *social determinants of health, public health, Health service and epidemiology*. Análise: temática e estrutural. A análise temática agrupa as categorias e os conceitos operatórios mais frequentes. A análise estrutural permite extrair os nexos e as relações entre conceitos, tendo a articulação do conteúdo com fatores que determinam suas características. Excluíram-se os textos sobre planejamento e gestão que não tematizavam a epidemiologia e aqueles estritamente metodológicos.

Resultados

Após a eliminação dos artigos duplicados e a retirada de estudos segundo os critérios de exclusão foram identificados 36 artigos.

Observou-se que ao longo do tempo as discussões teóricas se adaptaram aos novos desafios sociais, especialmente relativos à globalização, ao avanço das tecnologias e às desigualdades sociais. A maioria das pesquisas aborda estratégias de controle de doenças específicas, poucas discutem as causas estruturais subjacentes às desigualdades de saúde e embora ressaltem a necessidade de ênfase nos determinantes sociais, os estudos pouco avançam no detalhamento de estratégias técnicas e políticas na articulação entre a epidemiologia e a elaboração de políticas sociais, ressaltando apenas a atualização de debates sobre a formação profissional de epidemiologistas.

Conclusão

O conhecimento científico sobre o enfrentamento das desigualdades e a problematização dos custos não norteiam a operacionalização de técnicas e instrumentos. As formulações sobre monitoramento dos fatores sociais em relação as políticas públicas ainda não permitem uma abordagem mais holística na intervenção. A articulação teórica e metodológica entre a epidemiologia e planejamento é frágil, pautada por afirmações genéricas que não indicam concretamente o estabelecimento de rumos para a organização dos serviços.

Evaluation de l'impact TCMS mise à joursystèmes de reconstruction iterative.

Leonardo Devito, Arianna Gambini, Alberto Mari, Luigi La Riccia, Federica Marchetti et Giovanni Mazzoni, Università politecnica delle marche-Ancona, Italia

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, grâce à l'évolution technologique nous disposons de scanner TC qui nous permettent d'acquérir des images de très grande qualité dans des temps tout autant réduits. Les nouvelles technologies donc ne se fixent pas sur line forte augmentation de la qualité mais sont dans l'obligation vers la recherche d'un système qui permet line réduction de la dose donnée par examen, conservant cet élève standard qualificatif d'images. Dans ce travail, vient analysé le software de reconstruction iterative propriétaire "GE" appelé "ASiR", une possible réponse algébrique à ce problème dosimétrique.

OBJECTIF

Le but de l'étude, est l'analyse de l'amélioration effective, du point de vue dosimétrique, des différents protocoles TC à parité de paramètres dans deux scanners: "Lightspeed 16 GE" e "VCT 64 GE". En divisant les protocoles présents dans les deux machines. Selon des subdivisions anatomiques d'intérêt, seront analysées les variations de CTDI et "DLP". En outre le modèle de la société hospitalière "Ospedali riuniti" D'Ancona, sera prise en modèle pour analyser la variation d'homogénéisation des protocoles à la suite d'un important ajournement software et en parte hardware.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour la vérification de la variation de dose, ont été analysé des données spécifiques des examens TC dans deux scanner: "Lightspeed 16 GE" e "VCT 64 GE", en deux périodes de temps : une, antécédente à l'installation di "ASiR", juin 2015-juin2016 et une successive, juillet 2016-octobre 2016. On a analysé des données indicatives pour une analyse de la dose. Conçédée: principale apport bénéfique pronosticare de l'insertion de ASiR. Tout d'abord ont été recueillies les valeurs des CTDI et DLP extraites des différentes séquences et protocoles présents et utilisés dans les deux scanner. Ces deux valeurs nous permettent respectivement de vérifier la dose spécifique dans le point et le volume, n'étant pas suffisants pour une analyse correcte de dose, on est passé à analyser les données techniques de la machine pendant les examens. Ainsi, on a analysé les valeurs des Kv, des mAs grands at moyens, des valeurs numériques de dimension des paquets, Pitch et vitesse de rotation dans les examens volumétriques.

Les données ont été obtenues avec l'utilisation du software de recueil General Electric "Dosewatch", recueillies en tableaux et elles ont été obtenues avec mediane et déviation standard des valeurs intéressées. A partir de là, on est passé à une analyse plus spécifique en confrontant les valeurs obtenues dans les deux périodes temporelles pour constater une effective décroissance ou augmentation de la dose livrée.

Les donnés obtenues ont été contenues dans des tableaux à histogramme, regroupant les séquences dans des subdivisions anatomiques selon le nombre des examens. Ainsi donc ont été analyses

séparément la subdivision de l'encéphale, du thorax, de l'abdomen, du thorax-abdomen, des examens cardio et angio TC.

Les données obtenues ont été aussi utilisées pour effectuer une statistique sur le processus d'ajournement d'un équipement TC, sur la façon de la variation du nombre de protocoles et son influence sur l'optimisation du scanner. Pour effectuer cette dernière statistique, on a entre autre utilisé la valeur TNI (nombre total d'irradiation).

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

L'analyse des données a analysé une importante décroissance des valeurs de dose livrée par examen. Les valeurs se sont abaissées avec un pourcentage moyen de 15% avec des flèches dans certains examens squelettiques et cardiaques jusqu'à 60% et une réduction minimum dans des examens déjà optimisés comme des examens pédiatriques.

La fonctionnalité de la reconstruction itérative est bien évidente dans chaque examen compris dans la statistique mais pas dans tous les cas, la dose résulte diminuée dans le même pourcentage. Il est évident que la diminution de la dose est étroitement opérateur-dépendant, puisque une utilisation correcte du système conduit inévitablement à une réduction de la dose, mais une mauvaise utilisation des optimisations disponibles, s'avère non seulement peu efficace mais conduit dans certains cas à une augmentation de la dose. On peut donc affirmer qu'une utilisation correcte des systèmes après l'insertion de l'application ASiR conduit à une réduction de dose des valeurs de près de 15% dans chaque secteur.

[L'accreditamento sanitario. Storia ed evoluzione dello strumento in Italia: dati e tendenze nella Regione Marche.](#)

Berardino Cristino, Università Politecnica delle Marche, Italia

Abstract e obiettivi della ricerca

In questo poster vengono sintetizzati i risultati ottenuti dall'analisi del quadro normativo nell'ambito delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie in Italia a partire dal D.L. 502 del 1992 e dei dati della Regione Marche relativi alle richieste di accreditamento e autorizzazione.

L'obiettivo principale della ricerca è stato quello di osservare se e come l'evoluzione della normativa abbia modificato il significato dell'accreditamento sanitario anche in ragione delle mutate esigenze dei pazienti, o se tali modifiche normative siano state dettate esclusivamente da ragioni economiche (es. riduzione dei costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale).

Descrizione del problema e del contesto

Il progetto di ricerca ha preso avvio a seguito della lettura di alcuni dati relativi alle richieste di accreditamento nella Regione Marche. La numerosità di tali richieste pone domande anzitutto sulle tendenze nazionali in materia e, in secondo luogo, sulla considerazione dell'accreditamento quale strumento di supporto al raggiungimento degli obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale oppure come strumento di concorrenza delle strutture sanitarie private a quelle pubbliche.

Teorie, metodi e materiali utilizzati

La tipologia di ricerca svolta è stata condotta utilizzando un approccio giuridico ed economico. Accanto all'analisi della normativa nazionale in materia di accreditamento sanitario, sono stati analizzati i dati delle richieste di accreditamento nella Regione Marche e gli obiettivi del Sistema Sanitario Regionale.

Risultati

L'analisi svolta ha permesso di mettere in evidenza alcune questioni principali:

- Aumento elevato delle richieste di accreditamento nella Regione Marche;
- Obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale raggiungibili attraverso l'accreditamento di strutture sanitarie private;
- Maggiore attenzione ai pazienti nei percorsi di cura nelle strutture sanitarie private accreditate;
- Accreditamento come uno degli elementi fondamentali per garantire buone performance delle cure mediche, adeguatezza delle cure, miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie pubbliche.

Contributo/interesse rispetto allo stato dell'arte

Il tema della ricerca svolta ha inteso rappresentare l'opportunità di focalizzare l'attenzione sullo strumento normativo dell'accreditamento, introdotto in Italia nel 1992. Il dibattito pubblico negli ambiti sanitari è spesso incentrato su specifici aspetti, come liste di attesa, qualità delle cure, performance, percorsi di cura. Con l'analisi svolta si è cercato di mettere in evidenza come lo strumento dell'accreditamento rappresenti uno degli elementi essenziali, il minimo comun denominatore, sul quale poter misurare ed analizzare gli aspetti specifici sopra richiamati: il punto di partenza.

Inoltre, l'aumento di richieste di accreditamento pone l'attenzione sulle tendenze sanitarie in Italia, e non solo, su rischi/opportunità di processi di privatizzazione in sanità ed apre scenari di dibattito sulle garanzie di essenzialità del servizio sanitario nazionale quale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 della Costituzione).

Prevenire il declino cognitivo con un robot.

Berardino Cristino, Barbara Kulaga, Edoardo Piunti et Sonia Silvestri, Università Politecnica delle Marche, Italia

In data 8-9 Aprile, si è svolto #hackaging- il benessere non ha età, una maratona delle idee, con lo scopo di ideare una soluzione tecnologica per gli anziani. La manifestazione è stata organizzata da IBM, FONDAZIONE MARCHE ed ISSNAF; alla fine delle giornate, una giuria di esperti ha premiato le idee migliori.

Il progetto GAMAGING è arrivato al terzo posto, vincendo un assegno di mille euro, la possibilità di utilizzare gratuitamente la piattaforma Bluemix, la stessa con la quale durante la maratona è stato programmato il robot (Tjbot) messo a disposizione da IBM Italia e la possibilità di trovare l'appoggio di Fondazione Marche qualora si decidesse di portare avanti l'idea e presentare un business plan di successo.

Con la soluzione proposta ci si pone l'obiettivo di contrastare il declino cognitivo attraverso l'accostamento, negli ultimi anni della carriera lavorativa, di Tjbot agli individui che presentano i primi segnali di demenza senile od Alzheimer.

Sul posto di lavoro, Tjbot, attraverso la sua funzione di Visual Recognition, è in grado di riconoscere la stanchezza oculare, consigliando all'occorrenza pause, offrendo la possibilità di ordinare un pasto pronto sano ed equilibrato dalla piattaforma Eat&Out-BIOMEDFOOD (spin-off UNIVPM) e ricordando, attraverso la risoluzione di giochi allenamento, username e password. Per gli individui in età più avanzata, Tjbot connesso alla rete WiFi domestica, alla TV anziché al pc, permette grazie alla geolocalizzazione di sfidare nei giochi allenamento gli utenti nelle vicinanze, di comunicare con loro e di incontrarli al fine di combattere non solo il declino cognitivo ma anche l'isolamento. Può essere connesso ai sensori di domotica dell'abitazione per consentire il monitoraggio dell'anziano.

Obiettivi della ricerca:

L'obiettivo principale è quello di contribuire a spostare l'ottica di intervento del Sistema Sanitario Nazionale ex-ante (prevenzione) anziché ex-post (cura della malattia) al fine di ridurre la spesa sanitaria nazionale.

Gli obiettivi specifici del progetto consistono nel:

- Contrastare il naturale declino cognitivo (fisico e mentale);
- Mantenere l'utente socialmente attivo, in contatto con altri utenti grazie alla creazione di una Gamaging Community;
- Sensibilizzare l'individuo a rispettare una dieta equilibrata e personalizzata, grazie alla possibilità di ordinare un pasto pronto, sano e bilanciato.

Contesto e descrizione problema:

Il Fondo Monetario Internazionale ha pubblicato uno studio nel 2016 che evidenzia:

- l'aumento della quota di lavoratori nella fascia di età compresa fra i 55 e i 64 anni
- quota in aumento di circa un terzo, dal 15 al 20% del totale, fenomeno che si tradurrebbe in una perdita fra il 2 e il 4% in termini di produttività. Lo studio sottolinea come il picco di produttività si collochi fra i 40 e i 50 anni, per poi scendere rapidamente man mano che ci si avvicina alla pensione.

Inoltre, secondo l'Alzheimer's Disease International i malati di demenza arriveranno a 75,62 milioni nel 2030, 135,45 milioni nel 2050.

La notevole mole di dati epidemiologici nella presentazione del Professore Martin Prince, Institute of Psychiatry, King's College, Londra, evidenzia alcuni dati critici. Prince cita, tra le altre fonti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità: 1 malato ogni 4 secondi, 7.7 milioni di nuovi casi nel mondo ogni anno. Vengono evidenziate criticità in Asia, Africa sub-sahariana, in Colombia, dove obesità e diabete sono sempre più diffusi e favoriscono declino cognitivo e demenza.

Teorie, metodi, modelli e materiali utilizzati:

La tipologia di ricerca svolta è stata condotta utilizzando un approccio prevalentemente medico, affiancato ad un'analisi giuridica, tecnica ed ingegneristica. In particolare, teorie mediche sono state combinate con Internet Of Things (IOT) solution, integrate nel robot 'TjBot' che utilizza piattaforma IBM Bluemix ed è gestito dalla sua CPU interna Raspberry PI3.

Risultati e la discussione:

Visto che si individuano due possibili tipologie di utilizzatori (lavoratori in età pre-pensionabile, anziani con patologie già manifeste), si distinguono i risultati attesi per le aziende che metteranno a disposizione il device ai propri dipendenti e per gli utenti anziani.

Risultati attesi:

- Per le aziende:
 - o Contrasto al calo di produttività delle persone negli ultimi anni di lavoro dovuto all'invecchiamento;
 - o Diminuzione del tasso di assenteismo per malattia dovuto all'insorgenza di sindrome metabolica legata a cattiva alimentazione;
 - o Incentivare il rispetto della normativa 81/2008 (sicurezza sul lavoro);
- Per gli utenti:
 - o Monitoraggio del declino cognitivo per i pazienti con riconosciuta demenza senile;
 - o Stimolazione delle funzioni cognitive e motorie;
 - o Contrasto all'isolamento sociale
 - o Sensibilizzazione ad una dieta nutrizionalmente equilibrata

Contributo /interesse in rapporto allo stato dell'arte:

Non esiste attualmente una soluzione integrata (Programma software + TJBOT + App + Sensori + Dispositivi di monitoraggio) in risposta alla problematica analizzata.

[La gestione delle strutture sanitarie durante e subito dopo eventi di calamità naturali.](#)

Frida Paolella, Regione Marche, Italia

[Idade, Escolaridade; renda e cor da pele como preditores para o baixo letramento funcional em saúde.](#)

Angélica Atala Lombelo-Campos, Felipe Silva Neves, Kristiane de Castro Dias, Maximiliano Ribeiro Guerra, Gulnar Azevedo e Silva, Maria Teresa Bustamante Teixeira, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

Objetivos

Estimar a prevalência e investigar a associação entre Letramento Funcional em Saúde (LFS) e fatores sociodemográficos.

Métodos

Estudo de corte transversal, realizado em 2015-2016, em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família localizadas no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A amostra foi composta por 479 mulheres, excluindo-se gestantes, virgens e histerectomizadas. O LFS foi avaliado a partir do "Brief Test of Functional Health Literacy in Adults" (B-TOFHLA) e as variáveis independentes foram selecionadas de modo que representassem os perfis sociodemográfico e comportamental das mulheres avaliadas. As análises estatísticas foram efetuadas no *software* STATA utilizando-se os respectivos testes: Qui-

Quadrado de Pearson, Razão de Prevalência (RP); regressão de Poisson com variância robusta e Intervalo de Confiança (IC) de 95,0%.

Resultados

53,5% das mulheres apresentavam baixo LFS. Por meio do modelo de regressão de Poisson, foi constatado que a idade superior a 40 anos (RP = 1,41; IC 95%,0: 1,27 – 1,57), o grau de instrução inferior ao ensino médio completo (RP = 1,26; IC 95,0%: 1,15 – 1,38), a baixa renda (RP = 1,13; IC 95,0% 1,04 – 1,23) e a autodeclaração da cor parda ou negra (RP = 1,06; IC 95,0%: 1,01 – 1,12) associaram-se ao baixo LFS.

Discussão

O baixo LFS foi encontrado em 53,5% das mulheres avaliadas. Considerando os estudos realizados no Brasil, que utilizaram o B-TOFHLA para avaliar o LFS, esta prevalência é semelhante ao resultado obtido por Passamai em Fortaleza (53,8%), ao avaliar usuários da Atenção Primária à Saúde. Em relação aos pacientes recrutados no nível secundário de atenção, Sampaio et al. e Santos; Portella encontraram prevalências superiores de baixo LFS (65,9% e 73,7%, respectivamente) em pacientes diabéticos, residentes na região nordeste do país. Ao avaliar pacientes recrutados no nível terciário de atenção, Carthery-Goulart et al., Apolinário et al. e Apolinário et al. encontraram prevalências de baixo LFS inferiores (23,4%, 31,7% e 31,7%, respectivamente) em pacientes hospitalizados no município de São Paulo. O nível de LFS identificado nos estudos já conduzidos no Brasil apresentou grande amplitude, variando de 31,7% a 73,7%, de forma que a menor prevalência foi encontrada em São Paulo e maior prevalência em Belém, o que pode refletir a disparidade nacional de acesso à educação e distribuição heterogênea da escolaridade no país. À medida que a idade avança, a capacidade de realizar tarefas cognitivas que exigem processamento de informação diminui. Os adultos mais velhos tendem a ter mais dificuldade em completar tarefas que exigem raciocínio ou inferências das informações que lhes são apresentadas, o que sugere maiores níveis de baixo LFS na população com idade elevada. Por outro lado, as mulheres mais velhas apresentam menor escolaridade quando comparada às mulheres mais jovens. Isso pode ser justificado devido à transição educacional ocorrida no Brasil, em que os investimentos públicos progressivos no setor da educação aumentou o acesso da população à escola e melhorou o nível educacional da população brasileira. Apesar da relação escolaridade e LFS já ter sido demonstrada é importante considerar que o indicador anos completos de estudos pode não refletir o nível de alfabetização, pois significa meramente os anos de estudos cursados ao longo da vida. Já o nível de LFS traduz a capacidade do indivíduo em adquirir conhecimentos e de lidar com demandas sociais, principalmente no contexto da saúde. Além disso, o nível educacional não garante um LFS adequado, pois pacientes com nível educacional elevado podem ter dificuldades com terminologias e procedimentos relativos à saúde. A renda é o indicador de status social que mede diretamente o nível de vida material dos indivíduos e está interligado com outros indicadores como emprego, tipo de trabalho e acesso a serviços de promoção da saúde. Indivíduos com baixo nível socioeconômico usualmente tem maior dificuldade em acessar serviços e receber informações de saúde, o que reflete em piores desfechos clínicos e dos níveis de LFS. Pode-se dizer que a raça reflete a confluência de fatores biológicos, geográficos, culturais, econômicos, políticos e legais. As barreiras geradas pelas desigualdades raciais são determinantes para o acesso e utilização dos serviços de saúde. Apesar do Brasil contar com um sistema de saúde público, universal, igualitário e equânime e ter avançado nas políticas de promoção à igualdade racial, tais desigualdades raciais ainda persistem nas estruturas sociais, no acesso aos serviços de saúde, gerando reflexos nas condições de vida das mulheres negras, com destaque para o processo, diferenciado, de saúde-doença e acesso aos serviços de saúde, que impacta diretamente no nível de LFS. A influência da idade, grau de instrução, situação socioeconômica e cor da pele reforça o princípio de que o LFS é composto por estruturas sociais mais complexas do que as descritas apenas pela educação. Indivíduos mais velhos, de baixa renda, que não concluíram o ensino médio ou que pertencem à grupos étnicos minoritários tem maior probabilidade em apresentar baixo LFS. É importante ressaltar que a prevalência de baixo LFS encontrada neste estudo, apesar de alta, pode não traduzir a prevalência real, pois trata-se de uma amostra previamente sensibilizada e orientada quanto a necessidade de mudança do estilo de vida e promoção da saúde.

Conclusões

O baixo LFS associou-se à idade elevada, ao baixo grau de instrução, à baixa renda e à autodeclaração da cor parda ou negra. No Brasil, as investigações sobre o Letramento Funcional em Saúde (LFS) são recentes e esse tema permanece sendo pouco explorado na literatura. Os dados aqui apresentados estimaram uma baixa prevalência do LFS em mulheres de Minas Gerais, fato que reforça a necessidade de adequar o discurso utilizado nos atendimentos ao nível de compreensão das pacientes.

A construção do processo de avaliação do ensino *latu sensu* na FIOCRUZ

Tânia Celeste Matos Nunes, Terezinha de Lisieux Quesado Fagundes et Alex Bicca Corrêa, FIOCRUZ - MS, Brasil

Responsabilidad social universitaria: una reflexión para el combate a la violencia del anciano – ageism.

Donovan Casas Patiño, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Luiz Eduardo Oliveira, Georgina Contreras Landgrave, Andreia Poschi Torales et Alejandra Rodriguez Torres, UAEM/UNIT-Tirandetes, México

Poesia na Cidade: Inspiração para construção da qualidade do cuidado em saúde.

Maria Lúcia Magalhães Bosi, Isabela Magalhães Bosi, Universidade Federal do Ceará, Brasil

Se concebermos, consoante o pensar complexo (Morin, 2003) a inseparabilidade entre ser humano e mundo, que o mundo que construímos nos constrói simultaneamente (Merleau-Ponty, 1999), podemos vislumbrar intervenções urbanas como possíveis agentes de humanização da cidade e das práticas que nela se desenvolvem. O ambiente atua como determinante social em saúde e, no que concerne à humanização do cuidado, pode acionar novas formas de conexão entre a população e os serviços de saúde, ampliando o alcance das ações. Nesse escopo diferentes formas de expressão estética podem ser apropriadas ou inspirar não somente ações educativas, mas vias de construção de acolhimento e diálogo entre os atores, dentre eles, profissionais e usuários dos serviços e programas de saúde. Desafia-nos, sobretudo, a inserção de segmentos grosso modo pouco contemplados ou mesmo excluídos nos espaços institucionalizados e em dispositivos integrantes da rede de atenção, a exemplo de usuários de drogas, população LGBT, cujas necessidades são ainda pouco conhecidas e consideradas na planificação de ações na rede de atenção. Como ilustração do que propomos, tomamos aqui para análise um dentre vários projetos de intervenção urbano-poética, este realizado na cidade de Fortaleza (Ceará), entre outubro de 2013 e janeiro de 2015. O projeto consistiu, resumidamente, em envelopes distribuídos em espaços públicos da cidade, contendo textos íntimos da escritora Isabela Bosi, idealizadora da intervenção. Mais de 200 cartas foram distribuídas anonimamente, afixadas em postes, bancos de rua, pontos de ônibus, nos mais diversos locais. Sem remetente ou destinatário, apenas a frase "pra você" figurava carimbada no envelope. Junto a cada texto, a autora colocava o endereço da página do Facebook, criada especialmente para o projeto -- uma abertura para uma possível troca, caso a pessoa que encontrasse o envelope desejasse esse contato. Depoimentos postados no Facebook agradeciam e solicitavam explicitamente que mais cartas fossem deixadas no mesmo lugar ou vinham de pessoas que não encontraram as cartas, mas que desejavam muito encontrá-las. Esse material evidencia o impacto da intervenção e a conexão contruída entre a idealizadora e a população. O projeto ganhou repercussões expressivas, virando pauta de matérias em jornais na cidade, em revistas e mesmo programas televisivos de alcance nacional. Nesses espaços, reiterava-se esse mesmo desejo de encontrar uma dessas mensagens. Observar esse projeto e a surpreendente reação por ele gerada, ainda que inscrito e direcionado em âmbito distinto do que se considera "área da saúde", nos inspirou na direção de pensar sobre as potencialidades de intervenções urbanas, ainda que sem a mesma natureza urbano-poética ou literária, em práticas voltadas à qualidade da saúde, sobretudo nas dimensões humanização e integralidade do cuidado, princípios que se inserem no ideário do sistema único de saúde brasileiro (SUS). Pensamos, sobretudo, nas metrópoles, marcadas pela vida veloz, pelo fluxo impessoal de comunicação, pelo individualismo, medo e, não raro pelo desamparo e solidão, conhecidos determinantes sociais de tantas enfermidades, notadamente em saúde mental, mas não apenas nessa esfera. Intervenções como o "Pra você", com o apoio da mídia, redes sociais e da gestão pública, poderiam ser apropriadas, superando os formatos tradicionais das ações, em especial as educativas, grosso modo, restritas ao repasse de informações sem ressonância na dimensão afetiva da população, enferma ou sadia. Mais que isso, poderiam inovar no sentido da humanização em saúde, ao restituir a

subjetividade às práticas e possibilitar um resgate da dimensão estética fundamental a ações promotoras ou de assistência à saúde, reforçando a qualidade do cuidado, ainda negligenciada na planificação de intervenções no setor. Por fim, acreditamos ser possível inseri-las como componente na avaliação qualitativa de serviços, ainda carente de instrumentos capazes de recuperar a diversidade de discursos e representações sobre saúde de forma mais genuína, espontânea e evocativa.

[La pratique des audits croisés basés sur le principe Plan-Do-Check-Act : partage d'expérience.](#)

Anitha Batamuriza-Almasi¹⁻², Marie Delgaudine², Christel Trentin², Haziz Ben Ramdane², Dominique Loroy², Fabienne Draux¹, Christophe Fontaine¹, François Burhin¹, 1CH EpiCURA, 2CAIC (MWQ).

Vendredi 8/09/2017

Horaire : 08:00 – 08:30 – Accueil et inscription

Horaire : 08:30 - 09:30

Session plénière 2

Evaluer la qualité

Intervenants : La performance du système de santé belge (Belgique). *Mr Christian Léonard, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé*

Les coûts de non-qualité selon la théorie socio-économique. Applications à l'hôpital (France). *Pr. Véronique Zardet, Université Jean Moulin*

La qualité des soins dans les systèmes de santé : le point de vue de la Mutualité (Belgique). *Mr. Jean-Pascal Labille, UNMS*

Horaire: 09:30 – 10 :45

Session 15

Salle 1

Thème : Adecuación de los cuidados a las necesidades (Adéquation des soins aux besoins (2))

Président: Ana Maria Malik, Brasil

[Diagnóstico das condições bucais de usuários de substâncias psicoativas dos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas em Sergipe.](#)

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Jamille Alves Araújo Rosa, Willian Alves de Oliveira, Jéssica de Oliveira Santos, Ivo Valdez Pereira de Melo et Daniel Gomes de Menezes Valença, Universidade Tiradentes, Brasil

Objetivos de investigação

Analisar as necessidades de saúde bucal em usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas do município de Aracaju, bem como possíveis diferenças quanto ao padrão de consumo dessas substâncias.

O contexto e a descrição do problema

No município de Aracaju/SE há um número crescente de usuários de SPA, com prevalência daqueles que consomem crack. Entre 2007 e 2009 houve um aumento de 55% de pessoas usuárias dessa substância assistidos pelo CAPS AD do respectivo município. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de

um estudo que avalie as possíveis associações entre estas questões, visto que, são escassas as pesquisas realizadas nos CAPS AD que correlacionem a saúde bucal e o consumo de substâncias psicoativas.

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

Estudo do tipo levantamento de dados ("survey interseccional"), com abordagem analítica quantitativa, com dados primários. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética Pesquisa Plataforma Brasil no. 50598615.6.0000.5371. Foi realizada em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas localizados no estado de Sergipe, nordeste brasileiro. A amostra corresponde aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, no período de novembro de 2015 a dezembro de 2016, sendo selecionados de forma aleatória sistemática obedecendo ao cálculo de estimativa de sujeitos. Os critérios de inclusão corresponderam a serem maiores de 18 anos de idade, em uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, que possuíam plano terapêutico singular (PTS), e o de excluídos da amostra, os sujeitos foram os que apresentaram possíveis sintomas de intoxicação por substâncias psicoativas e/ou alterações das faculdades cognitivas que impossibilitassem responder aos questionários e a realização dos exames bucais. Para a sistematização da coleta de dados foi organizado por etapa. Na primeira etapa houve treinamento para pesquisa de dados dos sujeitos participantes nos prontuários e realização do exame bucal; visita aos CAPS AD, explicado os objetivos da pesquisa a coordenação e a equipe de técnicos de referência. Na etapa seguinte foram selecionados os usuários participantes da pesquisa. As características clínicas dos usuários relacionadas ao início, tipo de substância consumida, tempo de envolvimento, frequência, e tempo de acompanhamento no CAPS AD foram investigadas por meio dos prontuários no local da pesquisa. A análise das condições bucais foi realizada por meio de fichas clínicas padronizadas pré - testada em outro estudo para população adulta e contendo índices de avaliação da cárie dentária CPO-D e índice de condição e necessidade de tratamento e da Doença Periodontal CPI e lesões bucais, segundo os critérios de diagnóstico preconizados pela OMS e utilizados no Projeto SB-2010. Foram utilizadas ferramentas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde como espátula e espelho bucais (para auxílio de visualização do palato mole, unidades dentárias, funcionalidade lingual), luvas (para inspeção intra-oral) e lanterna.

Os resultados e a discussão

O presente estudo conta com 157 sujeitos participantes todos brasileiros, com idades entre 18 e 79 anos $m = 42,16$; $DP = (1,15)$, sendo 27 (17,2%) mulheres e 130 (82,8%) homens. Observa-se que houve predominância de usuários do sexo masculino que frequentam o CPAS, com baixo grau de escolaridade tendo apenas 7 (4,5%) ensino superior incompleto, alto índice de desempregados 61 (38,9%), com renda familiar de 53 (33,8%) com um salário mínimo. O padrão de consumo das substâncias psicoativas entre usuários dos CAPS ad Primavera, tiveram início de uso entre 6 a 60 anos ($m = 14$; $DP = 0,475$), sendo que as substâncias psicoativas consumidas são tabaco e álcool que se apresentam como drogas lícitas e maconha, cocaína, crack e inalantes são drogas ilícitas. Os resultados também apontaram que os sujeitos participantes possuem índice CPO-D igual a 3, com desvio padrão (DP) igual a 6,91415 e moda igual a 18,00, significando que o índice mais prevalente é o Perdido. Dos componentes que compõem este índice é preocupante a média dos dentes cariados ($M = 3,2727$; $DP = 2,73108$) e a de dentes perdidos ($M = 9,1591$; $DP = 7,07417$) maiores do que a média dos dentes restaurados ($M = 1,70415$; $DP = 3,22471$). O percentual de edêntulos é alto, principalmente quando se refere ao arco inferior (84,1%) que aliado a necessidade de prótese para o arco superior (79,5%) e inferior (84,1%) reflete necessidade de tratamento odontológico no CAPS –AD Aracaju.

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

Os resultados desta pesquisa apontaram que os sujeitos participantes possuem prevalência média moderada de cárie dentária, com alto índice de edentulismo, com necessidades de tratamento que oneram a rede de atenção à Saúde, o que pode configurar uma lacuna nas políticas de acesso aos serviços de atenção básica e secundária de saúde bucal para população quilombola.

[Preparo para a planificação na UBS Itapoã: Diagnóstico de território e ajustes de planos terapêuticos para hipertensão e diabetes em população de Baixa Renda de Cidade satélite do DF.](#)

Estevão Cubas Rolim, Bruna Bianco Hummel, Letícia Mendes Côrtes, Luísa Ferraço de Paula, Caio Oliveira Rocha, Lucas Bezerra Shiratori et Dayana Natalia Trifoni, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) et Universidade de Brasília (UnB), Brasil

Atendimento médico à população geriátrica em uma unidade básica de Saúde - perfil demográfico, comorbidades e uso de benzodiazepínicos.

Estevão Cubas Rolim, Bruna Bianco Hummel, Letícia Mendes Côrtes, Luísa Ferraço de Paula, Caio Oliveira Rocha, Lucas Bezerra Shiratori et Dayana Natalia Trifoni. Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) et Universidade de Brasília (UnB)

UBS ITAPOÃ DF - Modelos de atendimento em consulta individual seguindo faixa etária - parâmetros pré-estruturados com foco em prevenção e assistência.

Estevão Cubas Rolim, Bruna Bianco Hummel, Letícia Mendes Côrtes, Luísa Ferraço de Paula, Caio Oliveira Rocha, Lucas Bezerra Shiratori et Dayana Natalia Trifoni. Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) et Universidade de Brasília (UnB), Brasil

Session 16

Salle 2

Thème : Formação, Território e Assistência à Saúde Mental: dilemas para os Sistemas de Saúde em diferentes contextos (La formation, la planification et les soins de santé mentale)

Président: Edna Maria Goulart Joazeiro, Brasil

Resumo

A sessão busca compartilhar conhecimentos e experiências sobre as múltiplas dimensões da formação e do trabalho no campo da Saúde Mental nos Sistemas de Saúde em diferentes contextos. Visa ainda criar um espaço privilegiado para refletir sobre as dimensões do território e a sua relação com o conhecimento, as tecnologias de atenção a saúde e as propostas intersetoriais na formação e no cuidado à Saúde Mental, buscando compreender as reservas de alternativas indispensáveis ao fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e a cidadania. Serão aceitos trabalhos que se proponham a abordar a temática, incluindo a questão do trabalho coletivo em saúde, a intersetorialidade das políticas, formação e a assistência no campo da Saúde Mental, bem como o desenvolvimento de competências, as condições, a organização e a gestão do trabalho, as redes de atenção à saúde e as políticas públicas relacionadas ao trabalho e a formação nesse campo de conhecimento./

Riassunto

La session vise à partager les connaissances et les expériences sur les multiples dimensions de la formation et de travail dans le domaine de la santé mentale dans les systèmes de santé dans différents contextes. Il vise également à créer un espace privilégié pour réfléchir sur les dimensions du territoire et sa relation avec les connaissances, les technologies de la santé et des propositions intersectorielles dans la formation et les soins dans la santé mentale, en essayant de comprendre les réserves d'alternatives indispensable au renforcement des Réseau de soins de la santé et à la citoyenneté. Ils seront acceptés les documents qui proposent d'aborder la question, y compris la question du travail collectif en matière de santé, les politiques intersectorielles, la formation et l'assistance dans le domaine de la santé mentale, ainsi que le développement des compétences, les conditions, l'organisation et la gestion travail, réseaux de soins de santé et les politiques publiques liées au travail et à la formation dans ce domaine de la connaissance.

FORMAÇÃO E TRABALHO NO TERRITÓRIO: a dimensão assistencial, formativa e gestonária do trabalho na Saúde Mental.

Edna Maria Goulart Joazeiro, Lucia Cristina dos Santos Rosa, Docentes do Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil e João Paulo Macedo, Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, Brasil

Resumo

O estudo analisa os desafios que estão presentes no processo de formação de profissionais para o trabalho na assistência à população usuária do Sistema público de Saúde, O SUS. Nele enfatizaremos o campo da atenção à Saúde Mental. Enquanto docentes que atuam na Graduação e na Pós-graduação

em dois Campus da Universidade Federal do Piauí, nos dois maiores municípios do Estado, um na cidade de Teresina, capital do Estado e o outro na cidade de Parnaíba localizada na região do litoral, optamos por analisar a realidade do funcionamento e a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em diferentes contextos. Ancorados nas fontes de dados secundárias relativas aos 224 municípios do Estado do Piauí, situado na Região Nordeste do Brasil, buscou-se correlacionar as dimensões territoriais, as vulnerabilidades e as fragilidades presentes nestes territórios e a efetiva disponibilidade da Rede de Atenção Psicossocial da Saúde Mental disponível neste Estado da Federação, com vistas a compreender os impactos dessa configuração socioterritorial (SANTOS; KOGA) para o processo de formação e de intervenção na e para a Saúde Mental no SUS.

A análise buscou compreender a dinâmica de disponibilidade de Dispositivos Substitutivos para o atendimento à população SUS dependente com transtorno mental no referido Estado. Um olhar atento à dinâmica sócio territorial correlacionado à presença de dispositivos para o tratamento dessa população revela a distribuição desigual destes serviços. O Estado do Piauí tem uma área de 251.577,738 Km² (IBGE), sendo o território piauiense maior que o do Reino Unido, que possui 242.514 km². A cidade de Teresina é a capital, conta com 1.391,981 km² e uma população estimada de 844.245 habitantes (IBGE). Nesta região do país, a população com transtorno mental, tem enfrentado uma restrição histórica ao acesso ao direito a bens materiais e culturais com impactos na sociabilidade primária e secundária (CASTEL, 1998), impactos estes que atingem as formas de objetivação da vida e a subjetividade. No estudo tomamos por parâmetro a distribuição da Rede de Atenção Psicossocial implantada (RAPS) nos 224 municípios do Piauí, bem como as múltiplas expressões da questão social que incidem no processo de cuidado dessa população gerando inúmeras dificuldades para a produção do cuidado, além de criar obstáculos para o processo de formação e para a intervenção no campo da Saúde Mental na realidade piauiense.

Mediante essa análise, podemos verificar que no referido Estado se estruturam três principais configurações de municípios : i) dois municípios de grande porte, a saber, Teresina e Parnaíba, com 814.230 e 145.705 habitantes respectivamente. Sendo que o primeiro conta com a maior oferta de serviço na RAPS: sendo 04 CAPS modalidade II, 01 CAPS Álcool e outras drogas (AD); 01 CAPS Infanto-juvenil e um CAPS Modalidade III, com disponibilidade de leitos para as situações de crise. O segundo, dispõe de uma rede menor, contudo, nele esta presente: 01 CAPS modalidade II e um CAPS AD Regional; ii) O Estado conta com 03 municípios de porte médio (entre 50.000 a 100.000 habitantes) que dispõe de 02 CAPS II, 02 CAPS AD e 01 CAPS AD Regional; iii) os municípios de Campo Maior e São Raimundo Nonato, apesar de serem municípios de porte pequeno II (entre 20.000 a 50.000 habitantes) dispõe de infraestrutura de Saúde Mental composta por 01 CAPS II em cada um dos municípios; iv) os demais dezesseis municípios Pequeno 2 e os treze municípios de porte Pequeno 1 (com menos de 20.000 habitantes) dispõe cada qual de um único CAPS tipo I por município; v) Cumpre destacar que os 188 municípios com porte Pequeno I, ou seja, 83,98% dos municípios do Estado, não dispõe de serviços de CAPS nos seus territórios.

A descrição da rede objetivou revelar que há uma diversidade na oferta de serviço de Saúde Mental e uma marcada escassez de serviços públicos especializados de Saúde Mental em 84% dos municípios do Estado, fato que evidencia a necessidade de qualificar o fluxo do processo assistencial na Saúde Mental nesta grande região, ao mesmo tempo torna necessário investir fortemente em processos consistentes de Educação Permanente no âmbito destes municípios.

Diante dos desafios materializados nos principais objetivos e metas do plano de Ação Global para Saúde Mental (WHO, Atlas 2014 de la Santé Mentale) cumpre assinalar que é fundamental que as Universidades e os Serviços de Saúde se envolvam ativamente no processo de produção de lógicas de cuidado transversais que potencializem as ações no âmbito do SUS, envolvendo de modo sistemático e resolutivo as diversas políticas sociais para o enfrentamento dessa realidade, além de investir na formação de profissionais para intervir neste cenário marcado pela heterogeneidade de estrutura epidemiológica (POSSAS), escassez de recursos, desigualdade na disponibilidade e na composição da RAPS. Pressupõe ainda a necessidade de apreender as marcas históricas inerentes a seu processo de constituição, compreender as reservas de alternativas presentes em cada cenário, ou seja, requer que o profissional seja capaz de apreender as categorias analíticas do campo dos agravos à Saúde, as terapêuticas consolidadas e ter abertura para as reservas de alternativas que se abrem na direção de um modelo de cuidado comunitário, que está em processo de construção. Os desafios são enormes, mas diante deste cenário, entendemos ser este um dos compromissos prioritários a serem assumidos

pelas universidades públicas, que precisa se aliar aos Serviços na busca de ensinar estudantes, docentes, profissionais e gestores a desvendar a trama de conceitos da Saúde Mental, além de sensibilizar e de instrumentalizar os trabalhadores da saúde, de outras políticas sociais e do campo sócio jurídico, com vista a atender as demandas prementes da população usuária de seus serviços. Urge investir na capacidade de aprender e de ensinar a conferir qualidades sinérgicas à rede de atenção psicossocial, reconhecendo no território as suas fragilidades, e sua potência com vistas ao fortalecimento do SUS e do cuidado da e na Saúde Mental. Julgamos que a potência nascerá do mútuo desvendamento das fragilidades, impotências e da criatividade inventiva que atribua um novo significado ao direito à liberdade, à diferença, enfim, à cidadania.

Résumé

Cette étude analyse les défis à relever lors du processus de formation des professionnels du Système de Santé publique, le SUS, au travail de soin aux usagers. Celle-ci se concentrera sur le champ d'action du système de Santé Mentale. Elle concerne les professionnels qui interviennent dans l'enseignement supérieur sur deux *Campus* de l'Université du Piauí, situés dans les plus grandes municipalités de l'Etat, l'un étant situé dans la ville de Teresina, capitale de l'Etat, et l'autre dans la ville de Parnaíba localisée sur le littoral. Nous avons choisi de faire une analyse de la réalité du fonctionnement et de la façon dont procède le Réseau de Soins Psychosocial (RAPS) selon différents contextes. En s'appuyant sur des sources secondaires de 224 villes de l'Etat du Piauí, situé dans le Nordeste du Brésil, l'intention est de mettre en relation les dimensions territoriales, les vulnérabilités et les fragilités propres à ces territoires, ainsi que la disponibilité concrète du Réseau de Soins Psychosocial de Santé Mentale présent sur cet Etat de la Fédération Brésilienne. L'objectif est de comprendre les impacts de cette configuration socio-territoriale (SANTOS ; KOGA) dans le processus de formation et d'intervention **dans** le système de soins de Santé Mentale du SUS.

L'analyse porte sur la compréhension du processus de disponibilité, sur l'Etat, des Dispositifs Substitutifs (CAPS) des soins à la population SUS-dépendante qui souffre d'un trouble mental. L'observation portant sur la dynamique socio-territoriale et sa mise en relation avec les dispositifs existants qui traitent cette population, révèle une distribution inégale de ces services. Par exemple, selon IBGE, l'Etat du Piauí a une superficie de 251.577,738 km² de superficie, soit supérieure à celle du Royaume-Uni de 242.514 km². Dans la capitale, Teresina, de 1.391,981 km² de superficie, la population est estimée à 844,245 habitants. Historiquement, dans cette région du pays, les personnes ayant des troubles mentaux sont confrontées à un défaut d'accès aux droits de biens matériels et culturels, ce qui a pour conséquence un impact sur leur sociabilité primaire et secondaire (CASTEL, 1998). Ces impacts atteignent des formes d'objectivation de la vie et de leur propre subjectivité.

Pour cette étude, nous avons pris comme paramètre d'analyse, la distribution du Réseau de Soins Psychosocial (RAPS) implanté sur les 224 municipalités du Piauí ainsi que les multiples expressions de la vie sociale en relation avec le processus de soins de cette population. Dans la réalité, ceci engendre, dans l'Etat du Piauí, de nombreuses difficultés dans la production du soin, en plus des obstacles existants dans le processus de formation et dans le cadre des interventions en Santé Mentale.

Suite à cette analyse, nous avons pu vérifier que l'Etat mentionné est structuré en cinq configurations de municipalités : i) Deux grandes villes, à savoir Teresina et Parnaíba, avec 814.230 et 145.705 habitants respectivement. Le premier compte sur une meilleure offre du service RAPS : ayant 04 modalités II, 01 CAPS alcool et autres drogues (AD) ; 01 CAPS enfance et adolescents ainsi qu'un CAPS de modalité III, avec des lits en cas de situation de crise. Le second, dispose d'un réseau moins important : 01 CAPS modalité II et un CAPS AD Régional ; ii) L'Etat compte 03 villes moyennes (entre 50.000 à 100.000 habitants) lesquels disposent de 02 CAPS II, 02 CAPS AD et 01 CAPS AD Régional ; iii) Les municipalités de Campo Maior et São Raimundo Nonato, de taille inférieure II (de 20.000 à 50.000 habitantes) disposent d'une infrastructure de Santé Mentale composée par 01 CAPS II dans chacune des deux municipalités ; iv) Les autres, 16 villes de taille inférieure II ainsi que 13 de taille inférieure I (avec moins de 20.000 habitants), disposent chacune d'un seul CAPS de type I ; v) Il faut préciser que les 188 autres municipalités de taille inférieure I, soit 83,98 % des villes du Piauí, ne disposent pas de service CAPS sur leur territoire, comme cela devrait être selon l'Arrêté 3088/2011, établissant la RAPS, qui stipule que les municipalités avec une population égale ou supérieure à 20.000 habitants doivent créer un CAPS. Sur ces territoires, les soins destinés à cette population restent sous la responsabilité des Soins Primaires.

Décrire ce réseau nous a permis de mettre en évidence la grande diversité d'offres existantes du service de Santé Mentale ainsi qu'une carence des services publics spécialisés en Santé Mentale sur 84% des

municipalités de l'Etat du Piauí. Ces résultats montrent le besoin de qualifier le flux du processus d'assistance du système de Santé Mentale dans cette importante région. Par ailleurs, concernant les services de Soins Basiques de ces villes, l'investissement dans les processus de formation continue devient alors nécessaire, puisque les Soins Primaires ont pour mission d'accueillir les personnes relevant du service de Santé Mentale, là où il n'y a pas de CAPS, surtout afin de détecter les troubles mentaux et autres situations qui requièrent une action plus immédiate.

Face à ces défis, matérialisés dans les objectifs du plan d'Action Globale pour la Santé Mentale (WHO, Atlas 2014 de la Santé Mentale), il est important de signaler que les Universités, comme les Services de Santé, s'engagent activement dans le processus de production de logiques de soins transversaux qui potentialisent les actions dans le cadre du SUS. Ceci doit impliquer de façon systématique et décisive les diverses politiques publiques sociales qui font face à cette réalité, en plus d'investir dans la formation de professionnels afin d'intervenir sur ce contexte marqué par l'hétérogénéité des structures épidémiologiques (POSSAS), le manque de ressources et les inégalités dans la disponibilité et la composition du RAPS. Il convient de signaler que le RAPS est intersectoriel; il explicite les divers processus de soins et définit les attributions de chaque équipement. Dans la perspective d'un soin global, les territoires comptent sur le Système Unique d'Assistance Sociale (SUAS), qui est également destiné aux populations vulnérables, population qui tend à être la même que le SUS. Ceci implique donc le besoin d'une action intégrée qui puisse potentialiser l'inter-sectorialité des politiques sociales. Ce qui présuppose le besoin de connaître les repères historiques inhérents au processus de constitution de la Santé Publique, comprendre les alternatives existantes et présentes dans chaque contexte. Cela demande que le professionnel puisse approfondir ses connaissances sur les catégories analytiques du domaine de la Santé, sur les thérapies consolidées et qu'il puisse avoir accès aux alternatives concernant un modèle de soins communautaire, actuellement en construction. Les défis sont énormes, mais devant ce scénario, nous pensons que c'est un compromis prioritaire que les Universités Publiques doivent assumer en s'alliant aux Services de Santé. L'objectif serait d'identifier des étudiants, des enseignants, des professionnels et des cadres qui puissent communiquer sur les nouveaux concepts du système de Santé Mentale, en plus de sensibiliser et d'informer les professionnels de la Santé sur d'autres politiques sociales ainsi que sur le champ socio-juridique, afin de répondre aux demandes urgentes des usagers de ce type de service spécialisé. Il y a urgence à considérer un investissement dans la formation ciblant l'acquisition de compétences nécessaires pour vérifier les qualités synergiques du Réseau de Soins Psychosocial, en reconnaissant à la fois les fragilités sur le territoire, puis leurs potentialités en vue d'un renforcement du SUS et des soins **de** et **dans** la Santé Mentale. Nous pensons que le potentiel naîtra par la mise en évidence des fragilités, des faiblesses et par une capacité d'inventer afin d'attribuer une nouvelle signification au droit de liberté, à la différence, enfin, à la citoyenneté.

[A ergologia para análise de processos formativos e participativos na qualificação da rede de atenção Psicossocial no Distrito Federal, Brasil.](#)

Maria da Glória Lima, Maria Aparecida Gussi et Karime Afonseca Porto, Universidade de Brasília et Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil

Este estudo tem por objetivo descrever o uso de dispositivos participativos para a qualificação dos atores: gestores, profissionais e usuários da rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, a partir da aproximação conceitual da ergologia. O movimento de transformação da atenção em saúde mental teve como marco a Lei Federal 10.216/2001, com a proposição da criação de uma rede diversificada de dispositivos de cuidado de base comunitária, onde os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são considerados dispositivos estratégico e ordenador da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Nesse contexto político mais favorável, os profissionais tem buscado referenciais teóricos e dispositivos de cuidado para operar mudanças na abordagem psicossocial, em convergência com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e com as necessidades dos usuários e familiares. Esse movimento evidenciou a necessidade de investimento na formação dos trabalhadores e usuários, com espaços dialógicos, de trocas e de decisões coletivas na gestão do trabalho e na produção do cuidado em saúde mental. Nos últimos 5 anos verificou-se no Distrito Federal -DF, uma expansão e diversificação de serviços de saúde mental, que conta atualmente com 17 CAPS, destes 12 para atendimento da população adulta com transtornos mentais e/ou com dependência química e 5 para o público infanto-juvenil, o que o coloca com uma boa cobertura, segundo parâmetros do Ministério da Saúde. Certamente esta ampliação se traduziu em mais acesso e consistência, mas também, uma maior complexidade da rede. O Observatório

de Políticas de Atenção a Saúde Mental no Distrito Federal – Obsam, da Universidade de Brasília, criado em 2016 com apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, buscou entre suas ações, apoiar as necessidades de consolidação da rede de atenção psicossocial, com ênfase na formação e qualificação dos profissionais de saúde. Assim, o Obsam iniciou um projeto de pesquisa e extensão em novembro de 2016, com término previsto em julho de 2017, encontros presenciais, em sua maioria quinzenais, com a participação da representação dos seguintes atores de 15 CAPS e de uma Unidade de Acolhimento: gestores, trabalhadores de saúde e usuários. A metodologia usada em cada encontro de 8 horas, ocorre em três momentos: primeiro uma atividade grupal com cada segmento em separado, mediado por temas que perpassam pela reflexão da organização da atividade trabalho no CAPS, tais como: implicações subjetivas e institucionais da avaliação; processos participativos e a produção de indicadores; acolhimento; projetos terapêuticos individuais; apoio institucional; entre outros. Nos segmentos de gestores e trabalhadores uma reflexão e análise sobre a atividade trabalho na perspectiva sobre como eu faço e compreendo o trabalho, e no dos usuários a percepção sobre o trabalho desenvolvido no CAPS e como as necessidades deles eram atendidas. No segundo momento, os atores reunidos em um mesmo espaço mediados por especialistas externos aos atores, com larga experiência em gestão, formação e assistência na abordagem psicossocial, eram convidados a problematizar o tema, os conhecimentos envolvidos, ampliando o debate de normas e valores, com maior consciência do uso de si e a relação com o meio, as renormalizações feitas e as dramáticas do uso de si com vista a uma melhor qualidade do cuidado e de vida, tanto dos trabalhadores, como dos usuários. No terceiro momento, ainda em conjunto, os atores identificavam variáveis/critérios importantes envolvidos para qualificação do trabalho no CAPS. Intercalados aos encontros grupais temáticos. Havia o momento de dispersão, onde os atores eram estimulados a realizar atividades no CAPS vinculado, para lidar com o meio e a variabilidade do serviço, considerando a historicidade o protagonismo e a governabilidade envolvida para induzir mudanças comprometidas com um projeto social e ético. Em cada conjunto de três e/ou quatro encontros temáticos e de dispersão, o coletivo dos atores identificavam e construíam os indicadores e parâmetros avaliativos do funcionamento dos CAPS. Verificou-se com o decorrer do processo formativo participativo, que os atores foram desenvolvendo uma compreensão mais objetiva entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e se constituindo em coletivos de trabalho denominadas Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP), que buscam maior eficácia em dimensões concretas ao gerir essa experiência, com possibilidade de re(criar) o trabalho, com novas formas para lidar com a variabilidade do trabalho não contemplada no trabalho prescrito. As contribuições do processo formativo se percebem na maior autonomia dos atores gerir o trabalho, na fortalecimento associativo com a criação de uma Associação integrando usuários, trabalhadores e amigos da saúde mental, o fortalecimento da rede CAPS, com comunicações e ações mais cooperativas, articuladas e integradas e, por fim, a construção de indicadores e parâmetros de qualificação da gestão, assistência e articulação da rede de base territorial e intersetorial que serão submetidos a uma validação interna ao grupo de participantes e depois amplamente publicizados como uma diretriz avaliativa local e nacional dos CAPS.

Saúde Ministério Público e Atenção Primária em Saúde: novos caminhos e parcerias em Saúde Mental, crack, alcool e outras drogas.

Valéria Beghelli Ferreira, Alex Facciolo Pires et Gabriela Peixoto Ferreira, Centro Universitário Municipal de Franca et Departamento de Assistência Social de Pedregulho, Brasil

Segundo a Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Primária, Brasil (2012) as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar os modos de vida, olhando para o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Primária, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde, promovendo ações de saúde aos portadores de doenças mentais e usuários de drogas com a participação da sociedade, família, evitando internações desnecessárias. Propostas de implantação de serviços, fluxos de atendimentos na rede primária de saúde, são necessárias para esgotar as possibilidades de tratamento do usuário no próprio território, ampliando os graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, evitando o estigma e o isolamento das internações. De acordo com estudos, pesquisas do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes químicos da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2012), no caso da internação involuntária, apenas 2%

dos internados tem sucesso e 98% reincidem. Sendo assim, um serviço de Saúde, que ofereça atenção a Saúde Mental Coletiva, é idealmente um exemplo de possibilidades e oportunidades de interação e interconexão, dado a sua vocação para colocar-se em rede com as diversas instituições humanas. Observando-se por meio do número significativo de ações junto aos órgãos judiciais, em especial ao Ministério Público, pela internação involuntária, no município de Pedregulho, Estado de São Paulo, Brasil, e respaldada no novo modelo de redirecionamento assistencial em saúde mental (Lei 10.216/Brasil), é que se buscou uma inovada e qualificada parceria com o Ministério Público da Comarca de Pedregulho, São Paulo, para instituir um protocolo de atendimento para saúde mental e usuários de crack, álcool e outras drogas com apoio dos dispositivos de cuidado do sistema único de saúde. O trabalho teve por objetivo, constituir um protocolo de acompanhamento em Saúde Mental na Atenção Primária de Saúde do município de Pedregulho, São Paulo, em parceria com o Ministério Público Estadual de São Paulo a fim de possibilitar a construção de novos caminhos em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, fortalecer a intersectorialidade; promover a consolidação das redes de atenção psicossocial; consolidar a desinstitucionalização evitando o estigma e isolamento do usuário; possibilitar maior investimento na saúde coletiva com resolutividade das ações e fortalecer a corresponsabilidade do cuidado. O projeto foi proposto para o Município de Pedregulho localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo. O protocolo foi criado após 10 encontros quinzenais, com duração de 02 horas, de discussões entre profissionais de diversas áreas da equipe técnica de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pedregulho e Promotor de Justiça da Comarca local, com temas relacionados ao cuidado em saúde mental. Após estes encontros foi estabelecido o protocolo que depois de discutido foi aprovado em reunião com representantes de varias instituições municipais. O Protocolo foi definido com as seguintes etapas a serem seguidas: **Investigação social com a família e usuário:** realizado pela Assistente Social da saúde, identifica vulnerabilidades e possibilidades da família e usuário. **Reunião com a família:** equipe multidisciplinar (psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico e outro) realiza avaliação do caso, verifica possibilidades de atendimento e recursos existentes na rede e oferece suporte psicológico. **Discussão do caso:** a equipe realiza discussão do caso e possíveis encaminhamentos para a rede de apoio psicossocial e matriciamento às equipes da APS para aumentar a abrangência do cuidado. **Parecer técnico:** nova reunião com a família e usuário para estabelecer os atendimentos e necessários encaminhamentos. **Acompanhamento:** a família e o usuário serão acompanhados pelas equipes de saúde, mesmo quando encaminhados aos serviços especializados de referência. **Internação:** Somente necessária quando esgotadas todas as possibilidades de acompanhamento do usuário no território e deve ser por parecer técnico. O protocolo de saúde mental da rede primária de saúde de Pedregulho foi implantado no início de 2014. Após um ano foi feito um levantamento junto à secretaria municipal de saúde e nenhuma internação involuntária foi necessária. O protocolo vem sendo seguido pela equipe técnica da SMS e pelo Ministério Público do Município. Os casos atendidos são acompanhados pelas equipes da atenção primária e alguns pelos serviços ambulatoriais de atenção especializada. Diante desta articulação realizada entre o Ministério Público do Município e os diversos setores (Saúde, Assistência Social, Educação), houve uma diminuição significativa das internações com ganhos no vínculo familiar, social e afetivo dos usuários, otimizando os gastos públicos com ações de saúde coletiva, com atuação integrada e apoiada em saberes diferentes, responsabilização compartilhada entre Equipes de Saúde, Sociedade e Poder Público, elevada contribuição para a integralidade do cuidado e da clínica em Saúde Mental, além do aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde.

Parrainage par un pair et rétablissement chez des personnes souffrant de psychose.

Hubert Wallot, Télé-université du Québec, Canada

Objectif

Dans le cadre d'une innovation flanquée d'un protocole de recherche-action, mettre en place un processus d'entraide innovateur pour les personnes souffrant de troubles psychotiques en s'inspirant du modèle des Alcooliques Anonymes

Contexte

Il est double 1) il existe une tendance à utiliser de plus en plus des pairs aidants professionnels dans les équipes de soin, mais qui alors deviennent soumis à diverses contraintes dans leur proximité du client; 2) dans un contexte de diminution des ressources professionnelles disponibles en raison d'une

orientation gouvernementale de redressement budgétaire, il faut trouver des moyens économiques d'aider les clients souffrant de psychose pour accéder plus tôt à leur rétablissement.

Résultat

L'expérience donne des résultats intéressants sur le plan clinique, mais est trop jeune pour donner des résultats quantitatifs à l'aide d'outils de recherche

Apport/intérêt

L'expérience est une occasion de distinguer différentes formes d'aide par les pairs et d'offrir une démarche non dispenseuse de soutien dans la démarche vers le rétablissement de la santé mentale.

Théorie

Le concept de rétablissement, sa traduction en des étapes d'un plan d'intervention].

Abrégé/résumé

Le soutien des pairs (Solomon 2004) naquit vers 1900 avec l'avènement des AA (Alcooliques Anonymes) : programme aux 12 étapes avec des *meetings*, formule de parrainage, philosophie de relations non hiérarchiques, un modelage de rôle positif, un soutien affectif, un sens de la communauté. En 1975, l'équipe du CTR De Nemours mit sur pied un programme de parrainage inspiré, avec adaptation, du programme AA. Ce programme comporte ses *meetings*, ses «12 étapes» et sa formule de parrainage. À l'écoute des témoignages des participants, parrainés et parrains, le programme permet de: 1) donner un sens à leur vécu psychopathologique, 2) briser l'isolement, 3) favoriser la mise en action et accroître le bien-être, 4) développer l'espoir et augmenter l'estime de soi, et 5) avoir un rôle valorisant. Des outils de recherche sont mis en place pour documenter l'effet longitudinal. Plusieurs témoignages sont touchants. Ainsi, Micheline et Marie jouent du piano ensemble, Micheline, marraine, a réservé un local avec deux pianos. Maurice demande à parrainer quelqu'un à son tour parce qu'il dit avoir eu un «beau modèle» comme parrain et voudrait transmettre cet héritage. Yvan souhaite parrainer une deuxième personne, car il dit s'aider et se faire du bien en aidant un autre.

Session 17

Salle 3

Thème: Prévention et dépistage

Président: Carolina Tetelboin, México

[Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Minas Gerais, Brasil: avaliação a partir de dados do Sistema de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero.](#)

Maria Teresa Bustamante-Teixeira¹, Camila Soares Lima Corrêa², Luanna Couto Pereira³, Amanda de Souza Lima⁴, Mário Círio Nogueira⁵, Maximiliano Ribeiro Guerra⁶, Isabel Cristina Gonçalves Leite⁷, 1,6 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva. Juiz de Fora, MG, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, 2,5,7 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva. Juiz de Fora, MG, Brasil.

3,4 Universidade Federal de Juiz de Fora, Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde (NATES). Juiz de Fora-MG, Brasil. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Brasil

O presente estudo visa avaliar os resultados das ações de rastreamento do Câncer do Colo do Útero a partir da análise de indicadores relacionados às características da oferta de exames citopatológicos, à qualidade do exame, à ocorrência de alterações celulares nos exames e ao seguimento informado dos casos de lesão de alto grau, em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde. O controle da doença é assumido como uma prioridade do Ministério da Saúde brasileiro que instituiu, em 1998, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero e a criação do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Trata-se de um estudo descritivo com base em dados secundários do SISCOLO, referente a Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde, no período de 2006 a 2011. a população de Minas Gerais era de 19.728.701 habitantes, sendo 50,8% do sexo feminino e 4.846.569 (24,6%) mulheres de 25 a 59 anos. A população do estado era de 19.728.701 habitantes, em 2011, sendo 50,8% do sexo feminino. Apresenta 853 municípios e 13 macrorregiões de saúde, caracterizadas pela grande

disparidade socioeconômica. De 2006 a 2011, foram realizados 5.813.294 exames citopatológicos do colo do útero no estado. A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos manteve-se estável em Minas Gerais, porém sem alcançar a meta estadual pactuada. As macrorregiões Jequitinhonha, Nordeste e Norte, de menor nível socioeconômico, se destacaram com os altos valores de razão, ultrapassando a meta estadual, em 2007, 2010 e 2011. A maior parte dos exames foi realizada na população alvo do programa de rastreamento do câncer do colo útero e houve progressiva redução na proporção de citopatológicos do colo do útero sem citologia anterior. Em relação à periodicidade, cerca de metade dos exames foi realizada no período de até um ano. Quanto à qualidade do exame, o índice de positividade se destacou, sendo categorizado como baixo ao longo de todo o período. Além disso, observou-se baixo percentual de seguimento informado no estado. Os resultados evidenciam a necessidade de aprimoramento do programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Minas Gerais em relação à oferta de exames à população alvo dentro da periodicidade preconizada bem como à qualidade do exame e da informação de seguimento de mulheres com lesão de alto grau.

Fatores associados ao alto risco de apresentar alterações no exame papanicolaou.

Angélica Atala Lombelo-Campos, Felipe Silva Neves, Kristiane de Castro Dias Duque, Maximiliano Ribeiro Guerra, Gulnar Azevedo e Silva, Maria Teresa Bustamante Teixeira, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

Objetivos

Estimar a prevalência e os fatores associados ao risco de apresentar alterações no Papanicolaou.

Métodos

Estudo transversal, realizado em 2015-2016, em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais. A amostra foi composta por 479 mulheres, excluindo-se gestantes, virgens e histerectomizadas. O risco para um exame de Papanicolaou alterado foi calculado segundo critério desenvolvido por Vukovic e colaboradores, levando em conta quatro itens: primeira relação sexual antes dos 18 anos, mais de quatro parceiros sexuais ao longo da vida, histórico de doença sexualmente transmissível e mais de três partos. As análises foram efetuadas no *software* STATA® utilizando-se os testes: Qui-quadrado de Pearson; Razão de Prevalência (RP); regressão de Poisson com variância robusta e intervalo de confiança (IC) de 95,0%.

Resultados

30,0% das mulheres avaliadas apresentaram alto risco para um exame alterado. Por meio do modelo de regressão de Poisson, constatou-se que as mulheres com baixa renda (RP=1,12; IC: 1,04–1,21), percepção negativa da própria saúde (RP=1,13; IC: 1,06–1,20) e que faziam uso de tabaco (RP=1,14; IC: 1,05–1,23) ou álcool (RP=1,09; IC: 1,02–1,18) apresentaram alto risco para Papanicolaou alterado, ao passo que a idade elevada (RP=0,83; IC: 0,73–0,95) associou-se à diminuição desse risco. Discussão: Considerando que o índice utilizado baseia-se principalmente no comportamento sexual, fortemente influenciado por questões culturais de diferentes momentos históricos, as mulheres jovens tendem ao comportamento de risco, uma vez que relatam início da atividade sexual precoce, maior frequência de atividade sexual e maior rotatividade de parceiros quando comparada às mulheres mais velhas. Apesar da infecção pelo vírus HPV ser mais prevalente em mulheres jovens, o diagnóstico do câncer cervical ocorre predominantemente em faixas etárias superiores, pois depende da persistência da infecção pelo HPV em conjunto com outros fatores de risco para produzir lesões de alto grau. A condição socioeconômica é determinante para a saúde das populações, estando associada à prevalência dos fatores de risco, ao adoecimento, ao tratamento e à mortalidade. Em relação ao câncer cervical, o nível socioeconômico influencia no acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões pré-malignas antes da sua progressão. A associação entre o baixo nível socioeconômico e o alto risco de alterações no exame citopatológico reflete a iniquidade em saúde que presente em diversas regiões do país. Essas informações devem ser consideradas para planejar e implementar ações visem à redução da vulnerabilidade individual e social e que diminuam as desigualdades locais. Neste estudo, deve-se considerar que as participantes haviam sido orientadas quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero e importância da prevenção desta neoplasia na primeira onda do seguimento, o que poderia explicar tal associação, uma vez que, as mulheres que apresentam

maior probabilidade de alterações no exame citopatológico têm consciência de sua vulnerabilidade e, por isso, possuem autopercepção negativa de saúde. As substâncias químicas contidas no cigarro podem diminuir a resposta imonológica ao HPV, além de causar danos ao DNA de células infectadas pelo HPV. O hábito de fumar é cofator de interesse na carcinogênese cervical, e constitui um potencial alvo para a intervenção por meio de campanhas de combate ao tabagismo. O uso de álcool favorece a diminuição da capacidade em discernir os riscos associados ao comportamento sexual, além de reduzir a inibição social. Dessa forma, expõe a comportamentos de risco, que poderiam ser evitados.

Conclusões

As mulheres mais propensas à apresentarem alterações no exame Papanicolau são jovens, de baixa renda, com percepção negativa da própria saúde e que usavam tabaco ou álcool. Dessa forma, as ações preventivas direcionadas à esta neoplasia devem incluir a mudança comportamental, principalmente para a população de risco. A avaliação do risco de apresentar um exame citopatológico alterado é uma ferramenta simples e de baixo custo e pode ser útil para orientar a organização dos serviços de saúde, nortear profissionais de saúde a concentrar esforços para realizar testes de Papanicolau regularmente e estimular a modificação do estilo de vida, principalmente, em grupos populacionais com maior vulnerabilidade.

Estudo Qualitativo sobre uso da Profilaxia pré-exposição (PrEP) por Homens que fazem sexo com homens participantes de ensaio clínico fase I: Implicações para implementação.

*Márcia Stengel, Ana Paula Silva et Marília Greco, Universidade Federal de Minas Gerais**Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Brasil*

Introdução

A Profilaxia pré-exposição (PrEP), uma nova tecnologia de prevenção ao HIV/Aids consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas HIV negativas antes de exposição ao risco, como forma complementar ao uso do preservativo. Diante da implementação da Profilaxia pré-exposição (PrEP) no Brasil, foi conduzido Ensaio Clínico Fase 1aninhado em coorte de homens que fazem sexo com homens (HSH), HIV negativos, para avaliar aceitabilidade, segurança e adesão à PrEP. Os 40 participantes foram acompanhados por 4 meses e fizeram uso diário de Tenofovir e Lamivudina. Foram realizados grupos focais (GF) com o objetivo de avaliar a experiência do uso desses antirretrovirais para prevenção pré-exposição ao HIV entre os participantes. Também teve o objetivo de levantar questões e impasses para a implementação da estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS), que se constitui como o serviço público e gratuito de saúde no Brasil.

Métodos

Análise qualitativa. Foram realizados 04 GF com 40 participantes do ensaio clínico. O material discursivo foi organizado e classificado valorizando núcleos de sentido (Bardin, 2006). Indicadores da análise: (1)Motivação para participação no ensaio clínico; (2)PrEP e uso do preservativo; (3)Informações Necessárias; (4)Dificuldades/barreiras.

Resultados

Motivações: Solidariedade/altruísmo; confiança na equipe de pesquisa. O medo dos efeitos colaterais e insegurança quanto à eficácia da PrEP colocaram em dúvida a participação inicialmente. Com relação ao uso do preservativo, a análise não mostrou mudanças estatisticamente significativas durante o acompanhamento. No entanto, nos GF houve relatos de situações de risco ancoradas na crença de imunidade que a medicação proporcionaria, o que, segundo os participantes, poderia levar à banalização da prevenção com a implementação da tecnologia. Para a maioria, a PrEP foi vista como estratégia complementar de prevenção em situações de maior vulnerabilidade (e.g.: rompimento do preservativo). Para eles, informações claras garantiriam êxito na implantação da PrEP, uma vez que estas, quando mal elaboradas ou erroneamente veiculadas, influenciariam na adesão. Dificuldades relatadas: relaxamento/abandono do preservativo; medo dos efeitos colaterais e indisciplinado uso diário de medicamentos; estigma/preconceito associado ao uso de ARV. Possíveis entraves na rede pública de saúde quanto à distribuição/acesso, despreparo das equipes de saúde e monitoramento da adesão. Alertam sobre o deslocamento de esforços da assistência de pacientes com doenças crônicas e soropositivos para a prevenção de pessoas saudáveis.

Conclusão

Não houve relato de sexo desprotegido durante a participação no estudo, porém as narrativas dos grupos não descartaram a possibilidade de abandono do preservativo. Assim, o trabalho preventivo precisa ser intensificado, uma vez que a confiança no medicamento e a crença na imunidade daí advinda podem gerar a concepção equivocada da PrEP como estratégia isolada de prevenção. O medo dos efeitos colaterais, do estigma/preconceito e a indisciplina no uso dos medicamentos podem comprometer a efetiva adesão e devem ser considerados na implementação. É necessário desenvolver estratégias de informação/educação considerando os diversos contextos socioculturais de vulnerabilidade. Para adequada implementação no SUS será preciso uma organização logística capaz de oferecer garantias de abastecimento e acesso aos medicamentos, acompanhamento adequado e capacitação das equipes de saúde.

L'analyse des cas de proximité de décès maternel - une opportunité efficace d'améliorer la qualité des soins périnataux.

Dumitru Siscanu, Constantin Ețco, Gheorghe Paladi, Liliana Spânu, Eugenia Guțu, Elina Bejan, Ion Arteni, Iurie Dondiu, République de Moldovie

Session 18

Salle 4

Thème: Maisons de retraite médicalisées (MRM) : l'équilibre entre qualité et efficience

Président: Carlo De Pietro, Svizzera

Objectifs

1.

- Analyser le développement du secteur des maisons de retraite médicalisées (MRM) dans les pays ALASS ;
- Identifier les outils de contrôle de la qualité et des coûts par l'État/le tiers payant ;
- Identifier les systèmes et les outils pour favoriser une prise en charge continue parmi MRM et hôpital aigu, réhabilitation, médecins de famille, etc.

État de l'art

Le secteur des MRM a vécu une transformation profonde dans les dernières années.

Les facteurs qui expliquent cette transformation sont nombreux : vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la population poly-morbide, érosion de la structure familiale élargie traditionnelle, augmentation de la participation féminine au marché du travail, etc.

Ces facteurs ont mené à un développement quantitatif et qualitatif du secteur, ainsi que – dans plusieurs pays – à une concentration et « industrialisation » de l'offre (avec l'entrée de grandes entreprises/compagnies dans le secteur, avec l'émergence de réseaux ou groups qui gèrent beaucoup de MRM, etc.).

Cette dynamique, accompagnée par l'augmentation des coûts du secteur, ont poussé les pouvoirs publics à améliorer les systèmes et les outils de contrôle de la qualité et des coûts. La même dynamique a aussi intéressé les pays où les pouvoirs publics géraient directement les MRM, par exemple à travers le développement de systèmes de « quasi-marché » (c'est-à-dire de mise en concurrence des MRM).

Au même temps, les MRM se sont progressivement médicalisées et elles sont devenues des acteurs clés du système de santé local, avec relations intenses avec les hôpitaux, les médecins de ville, les services de transport médical, etc. Dans plusieurs pays les MRM ont aussi créé des lits médicalisés ou développé des structures à contenu médical plus poussé, qui servent comme structures stationnaires sous-aigues (qui reçoivent les patients sortis de l'hôpital aigu, avant leur rentrée au domicile ou l'admission dans une MRM traditionnelle).

Dans ce contexte, les systèmes et les outils pour promouvoir la continuité de la prise en charge deviennent des éléments clés pour le fonctionnement du système de santé.

La session organisée est conçue pour permettre la connaissance et la comparaison des expériences faites par les différents pays latins sur les systèmes et les outils adoptés pour:

- (i) la fonction de « *commissioning* » (programmation, financement/achat, contrôle) des pouvoirs publics, en relation surtout avec le contrôle de la qualité et des coûts ;
- (ii) favoriser une prise en charge continue entre les différents acteurs du système de santé.

Structure et contenu des présentations/communications

Idéalement, pour chaque pays les communications devraient avoir une première partie qui donne de façon très synthétique les informations suivantes :

- Nombre de lits en MRM et rapport sur la population âgée ;
- Propriété et concentration de la propriété des MRM ;
- Sources de financement des MRS en % ;
- Systèmes/outils principaux pour le contrôle des coûts et de la qualité des MRM ;
- Systèmes/outils principaux pour favoriser une prise en charge continue parmi MRM et hôpital aigu, réhabilitation, médecins de famille.

Après cette introduction au secteur des MRM dans le pays, les présentations peuvent continuer sur la dimension macro au niveau du système ou peuvent développer la dimension micro avec la description d'expériences spécifiques.

[Maisons de retraite médicalisées \(MRM\) : l'équilibre entre qualité et efficiency dans l'expérience espagnole.](#)

Joan Barrubés, Antares Consulting, España

[Maisons de retraite médicalisées \(MRM\) : l'équilibre entre qualité et efficiency dans l'expérience française.](#)

Véronique Zardet, ISEOR, France

Session 19

Salle 5

Thème: Responsabilité de la politique publique par rapport à la qualité des soins (1)

Président: Mónica De Angelis, Italia

[Retribuzione dei medici e qualità delle cure: una relazione clandestina.](#)

Andrea Trombin Valente, Piero Luraschi, Luca Merlini, Ente Ospedaliero Cantonale -EOC,Svizzera

[El Seguro Popular en México. Una política pública de salud. Una mirada a los beneficiarios.](#)

Alejandra Paulina Amezcua Guerrero, Universidad Nacional Autónoma de México,México

El Seguro Popular ha sido una de las grandes reformas del sector salud en los últimos años en México, bajo el Sistema de Protección Social en Salud y con la finalidad de brindar protección financiera y de salud a la población abierta sin protección de la seguridad social existente. El objetivo de la investigación fue responder a la pregunta central de investigación: ¿hasta qué punto el Seguro Popular es una herramienta para alcanzar la universalidad en la provisión de servicios de salud?, se partió desde una visión integral de la salud como un derecho humano universal, de ciudadanos, y sin ningún tipo de condicionamientos, mediante la observación de los perfiles de los beneficiarios del seguro utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la cual contiene información de una muestra de los usuarios de servicios, con representación nacional.

El planteamiento de la universalidad de los servicios de salud parte de que ésta depende del acceso efectivo y de la cobertura de los servicios en un sistema de salud de tipo nacional, por lo que al implementar el Seguro Popular a un sector de la población con los medios e infraestructura existentes,

la demanda de servicios y las características demográficas y socioeconómicas de la población llevan a una política pública focalizada, la cual desdibuja la protección universal a un solo grupo de personas.

Los resultados obtenidos mediante un análisis teórico y contextual del Sistema Nacional de Salud (el cual se compone de otros modelos de seguridad social) mostraron al Seguro Popular como un modelo de protección individual focalizado que funciona bajo un esquema tripartito de financiamiento y con una población objetivo: aquéllos no derechohabientes a la seguridad social, es decir beneficiarios de la política.

Para describir las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud en los beneficiarios/afiliados, se realizó un análisis descriptivo a partir de los registros administrativos de la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, donde se encontró que los afiliados al Seguro Popular son un sector vulnerable y en riesgo, especialmente las mujeres, niños y niñas que viven en zonas marginadas del país, con las infraestructuras de salud más débiles y a su vez beneficiarias de otros programas sociales.

Los hallazgos muestran la limitada cobertura de enfermedades frente a otros sistemas de seguridad social; la escasez de infraestructura y personal médico, y la baja demanda de utilización de los servicios por parte de los beneficiarios, al igual que las carencias de otros determinantes de la salud.

Las deficiencias operativas del Seguro Popular mostraron que éste se encuentra lejos de constituirse en una herramienta factible y realista para acceder a la universalidad de los servicios de salud, ya que a pesar de pretender reducir las inequidades sociales y sanitarias, los hallazgos de la investigación señalan resultados contrarios y ambiguos.

La presentación a lo largo de la sesión en este congreso se enfocará en los resultados obtenidos de la investigación, en los perfiles de los beneficiarios del Seguro Popular a lo largo de 8 años de implementación de la política.

[Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica \(PMAQ-AB\): Resultados e desafios do pagamento por desempenho as equipes de Atenção Básica no Brasil.](#)

Davilyn Santos Oliviera dos Anjos, Juliana Leal Ribeiro Cantalino, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Universidade de Brasília - UNB, Brasil

Horaire : 10 :45

Pause Café

Horaire: 11 :15 – 12 :45

Session 20

Salle 1

Thème: L'évaluation de la qualité (1)

Président: Philippe Kolh, Belgique

[La Evaluación Cualitativa, una propuesta emergente para evaluar la calidad y mejorar los servicios de salud.](#)

Luz María Tejada Tayabas, Joel Monarrez Espino et Mayra Itzel Huerta Baltazar, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Objetivo

Describir y discutir sobre el origen, trayectoria, características y fundamentos de la evaluación cualitativa, y sus aplicaciones en la valoración y mejoramiento de la calidad de programas y servicios de salud.

Método: Se llevó a cabo una revisión integradora para valorar la literatura disponible y relevante al tema de la evaluación cualitativa.

Resultados

En las dos últimas décadas, nuevos discursos de evaluación han surgido, a los que se les ha denominado enfoques emergentes de evaluación, los cuales se inscriben en los paradigmas de tipo interpretativo, crítico y participativo (Greene, 2000). La evaluación cualitativa (EC) es el principal modelo empleado en América Latina, plantea como propósito dar cuenta de problemas prácticos de la realidad y considera la perspectiva y experiencias de los actores involucrados en los fenómenos a evaluar (programas, intervenciones y acciones de los servicios de salud (Tejada, Castillo y Monarrez 2015). Busca la interpretación y la comprensión de las perspectivas de los actores y para ello se sustenta en un conjunto de posturas epistemológicas y métodos propios de la investigación cualitativa. La EC se realiza a través de un contacto directo y continuo en el campo para obtener una visión general de la cultura y contexto del objeto de estudio, lo que permite comprender las acciones, las intenciones y los significados de los actores sobre el/los fenómenos a evaluar (Shaw, 2003).

La EC es una forma de evaluar que concibe y aborda la realidad cualitativamente, que permite la obtención de información subjetiva y el análisis crítico de ésta, para dar cuenta de elementos de los procesos que no son cuantificables; y que ofrecerían, un amplio espectro de movimientos, estructuras, percepciones y acciones de los sujetos y de las relaciones entre las micro y macro realidades expresadas en los fenómenos a evaluar (Minayo y Neto, 1999).

Guba y Lincoln (1982) son unos de los principales autores representativos de la EC, plantean un modelo de evaluación relativista y constructivista. Dan particular énfasis al involucramiento de los actores implicados, pero no sólo para indagar, interpretar y comprender sus percepciones, sino para promover acciones para el cambio. Estos autores, con la propuesta de la evaluación de cuarta generación establecen un modelo para la evaluación de programas, que rompe con los enfoques verticales de arriba hacia abajo que se han mantenido en la evaluación. Proponen estrategias más horizontales, otorgándoles a todos los actores involucrados algún papel en la tarea evaluadora. Así mismo, establecen una metodología circular que posibilita que los hallazgos sean analizados, reflexionados y reconstruidos por los propios actores.

La EC es útil para hacer énfasis en el análisis de la perspectiva individual de los actores sobre el programa o acciones a evaluar, más aún cuando se involucran diferentes actores que son afectados de diversas formas, por lo que resulta necesario describir, analizar, interpretar y comparar las diversas perspectivas (Patton, 1990). La EC permite aclarar y comprender la dinámica interna del programa, sus éxitos, debilidades y sus procesos globales. Así como hacer evidentes los detalles de la implementación del programa expresados desde la perspectiva de los involucrados.

Consideraciones finales

El reconocimiento por la perspectiva del otro en las evaluaciones cualitativas se asocia al papel que tiene la subjetividad en la evaluación, particularmente en la EC destacan acertadamente la participación de los actores sociales en la valoración de los programas y servicios, la complejidad de aquello que se evalúa muestra las dificultades de los métodos cuantitativos para adentrarse en el estudio de la intersubjetividad, las vivencias, los significados y las interpretaciones de tales actores. Ello puede apreciarse en algunos trabajos publicados de Tejada y Cols (2015, 2012, 2010), que constituyen evaluaciones cualitativas, las cuales evidencian los aciertos y contradicciones de los servicios de salud en la atención a las personas enfermas, las conclusiones de sus autores muestran la propia perspectiva de los actores que viven cotidianamente la experiencia de la atención institucionalizada. Estos estudios muestran la relevancia que tiene este enfoque de evaluación, al ofrecer la posibilidad del uso y transferencia de los hallazgos en acciones concretas sobre el programa o servicio evaluado.

Quel est, pour toute organisation, la valeur d'un contrôle de qualité ?

Philippe Wieser et Simone Voldrich, Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, Suisse

Préambule

La généralisation de cette question, citée en titre de cette communication, en apparence simple, résulte d'un travail de recherche mené dans le cadre d'une collaboration avec une entreprise internationale spécialisée dans le domaine agro-alimentaire.

La problématique exprimée par la direction de cette entreprise était d'évaluer la pertinence d'un contrôle de qualité en matière de valeur pour l'entreprise.

L'approche générale a consisté à modéliser la valeur d'un contrôle de qualité en termes de risques et de performances sous contrainte d'une dimension coût dans un environnement de durabilité. Le modèle mathématique a été ensuite validé par une approche de simulation numérique appliquée avec succès à un cas concret.

L'objet de cette communication est de présenter la généralisation de cette approche à toute organisation et en particulier aux organisations de soins, locales et globales.

La qualité

La notion de qualité relève du tangible et de l'intangible. Le tangible par des normes, des standards, des contrôles physiques manuels ou automatiques mais également de l'intangible par une notion de perception de la qualité, par le client, première valeur de toute organisation publique ou privée, mais également par l'entreprise.

En effet, il est intéressant de constater trois approches distinctes et différentes de la perception de la qualité d'un produit ou d'un service. La qualité voulue par l'entreprise, la qualité perçue par le client et finalement la qualité réellement demandée par le client. Ces trois approches doivent impérativement se référer à démarche quantitative objective permettant de définir un concept stratégique de qualité.

Méthodologie et modèle

L'approche originale consiste à modéliser le contrôle de qualité par une « fonction objectif » intégrant les notions de risques et de performances, à optimiser sous la contrainte de coûts.

Cette approche permet ainsi de mesurer en termes de risques et de performances la valeur d'un contrôle ou d'un non-contrôle de qualité.

Les résultats théoriques ont été confirmés par une application à un cas industriel concret. La méthodologie théorique a été appliquée et validée par une modélisation à l'aide d'un outil de simulation numérique permettant de considérer l'approche dynamique et stochastique du processus.

Résultats et contribution

La résolution du problème théorique a été réalisée par une méthode recherche opérationnelle CPLEX. Les résultats théoriques ont été validés par une méthode de simulation numérique FlexSim. Ce travail original et novateur a permis de reconsidérer tout le concept de qualité du processus en optimisant la performance du système tout en réduisant les risques dans le cadre d'un budget fixé. La notion de durabilité est assurée par l'équi-distribution du risque associé aux contrôles tout au long de la chaîne de valeur du produit ou du service en évitant les seules contrôles finaux pénalisant, en termes de valeur, la non qualité globale.

La contribution montrera comment généraliser cette approche, en particulier dans une organisation complexe de soins. Il sera également abordé la notion connexe liée au Lean Management permettant de révéler la vraie complexité du système en éliminant la complication souvent développée par l'histoire et l'évolution de l'institution.

[Comment évaluer le coût du mésusage des antibiotiques : une revue de la littérature.](#)

Maria Laura Silva, Claire Cargnello, Catherine Dumartin et Marine Aulois-Griot, Université de Bordeaux, Laboratoire de Droit et Économie Pharmaceutiques, France

La notion de coûts évités est un facteur important dans la gestion des hôpitaux. Par conséquent, les gestionnaires hospitaliers cherchent à réduire les coûts tout en maintenant la qualité des soins.

En matière d'utilisation des antibiotiques, l'usage inapproprié est associé à la survenue d'événements indésirables individuels et collectifs notamment la résistance bactérienne aux antibiotiques.

La résistance aux antibiotiques serait responsable de 700 000 morts par an dans le monde dont 12 500 en France. Au coût humain, s'ajoute un coût monétaire supporté par la société, notamment en raison de la prolongation des séjours à l'hôpital, de l'augmentation des consultations et des soins, et les indemnités journalières.

Selon l'OMS, l'évaluation économique portant sur le coût de la résistance antimicrobienne, les

effets indésirables, les infections associés aux soins et les autres conséquences relatives au mésusage des antibiotiques, s'avère de faible qualité méthodologique. De plus, peu d'études ont été publiées en France, notamment sur le mésusage des antibiotiques.

Une standardisation des méthodes d'évaluation adaptées au système français reste donc à établir afin de tester l'hypothèse selon laquelle le mésusage des antibiotiques engendre un impact économique justifiant un investissement financier dans des mesures de prévention.

OBJECTIF

Développer une revue systématique de la littérature sur les méthodologies pragmatiques utilisées pour l'évaluation du coût du mésusage des antibiotiques à l'hôpital.

MÉTHODES : Les principales bases de données électroniques en santé et économie ont été interrogées (Pubmed, NosoBase, EconLit, HEED, et Cochrane Library), limitées entre février 2007 à février 2017, et utilisant une combinaison des mots clés liés au coût (*cost, expenditure*), au mésusage (*unnecessary, misuse, overuse, inappropriate, underuse*) et aux antibiotiques (*antibacterial agent*).

Les études ont été sélectionnées à partir de la lecture des titres et abstracts selon deux critères d'inclusion : (1) évaluation du coût lié au mésusage des antibiotiques à l'hôpital ou (2) évaluation du coût évité à travers l'application de nouvelles pratiques ou d'un programme de bon usage des antibiotiques à l'hôpital. La lecture du texte intégral des articles sélectionnés est en cours, pour identifier ceux à inclure dans l'analyse. Les études dont la méthodologie d'évaluation du coût n'est pas suffisamment détaillée sont écartées.

Un score a été élaboré afin d'évaluer la pertinence de chaque article inclus par rapport à notre objectif de recherche. Ce score prend notamment en compte la précision de la méthodologie liée à la mesure du coût (i.e. type de coût évalué, présentation de la source, méthode de calcul) et du mésusage (i.e. définition du caractère inapproprié, mesure des conséquences du mésusage) ainsi que la faisabilité de l'étude.

Les méthodes d'analyse des coûts seront décrites et groupées par type de mésusage (i.e. lié à la prescription, l'administration, l'étape diagnostique). Les résultats seront donc présentés pour chaque catégorie de mésusage et selon la pertinence des méthodes de calcul des coûts utilisées.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

L'interrogation des bases de données a permis d'identifier 519 articles. Après élimination des doublons (n=47), 367 articles ont été exclus pour non respect des critères d'inclusion. La lecture complète des études sélectionnées (n= 105) est en cours.

À ce jour, 18 articles ont été inclus dans notre analyse. Parmi toutes les questions étudiées, les plus fréquentes sont la comparaison en termes de coût et de mésusage selon (1) le test diagnostique utilisé (n=7), ou (2) l'efficacité de la mise en place d'une intervention (e.g. programme de bon usage des antibiotiques ; n=9).

Les évaluations du coût évité par l'utilisation d'un test diagnostique approprié prennent en compte exclusivement des coûts directs (e.g. le coût du test, le coût de l'hospitalisation et le coût éventuel d'une réadmission à l'hôpital). De même, les évaluations des coûts évités du fait d'une intervention se basent principalement sur le coût du traitement.

Dans la plupart des articles, le mésusage est mesuré à travers une comparaison des conséquences d'une prescription inappropriée en termes de consommation de soins supplémentaires (e.g. augmentation de la consommation d'antibiotiques, prolongation de la durée de l'hospitalisation, de la durée de traitement ; n=12).

Les coûts associés au mésusage des antibiotiques à l'hôpital sont généralement évalués avec des méthodes simples, pouvant être réalisées en contextes divers. Cependant, les publications soulignent la difficulté d'identifier les situations de mésusage, représentant un frein à la quantification des coûts associés.

Les résultats définitifs seront disponibles fin mai et inclus dans le texte entier de la communication et présentés lors de la communication orale au CALASS.

INTÉRÊT DE LA COMMUNICATION

- Sujet d'actualité en France : « Programme interministériel de lutte contre l'antibiorésistance » annoncé en novembre 2016.

- Élaboration d'une méthode pour l'évaluation des coûts associé à une situation de non-qualité : mésusage des antibiotiques.
- Possibilité de mise en application pratique des résultats de notre étude dans des établissements de santé de différents pays.

Plateforme pour l'Amélioration Continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des Patients.

Ana Luisa Van Innis, PAQS-Plateforme pour l'Amélioration Continue de la Qualité des soins et sécurité des patients, Belgique

Co-prescriptions inappropriées chez les sujets âgés en France et impact de recommandations publiées : étude à partir des données de l'Assurance Maladie Française.

Athénaïs Lair, Driss Berdaï, Pernelle Noize, Université de Bordeaux -CHU de Bordeaux, France

Objectif de la recherche

L'objet de ce travail est d'étudier l'évolution de la prévalence de co-prescriptions inappropriées chez les sujets âgés d'au moins 75 ans en France entre 2007 et 2015 à partir des données de remboursement de médicaments du régime général de l'Assurance Maladie. Secondairement, nous avons évalué pour certaines co-prescriptions inappropriées, l'impact de la publication de recommandations de bonnes pratiques sur leur prévalence en médecine ambulatoire.

Contexte et problématique

Depuis plusieurs années, la polymédication et les prescriptions médicamenteuses inappropriées ont été au centre de l'attention (effets indésirables évitables, altération de la qualité de vie, hospitalisations, surconsommation, etc.). Parmi l'ensemble des défauts de prescription existants, la non prise en compte d'une interaction entre plusieurs médicaments est particulièrement intéressante. La plupart des interactions médicamenteuses peuvent être à l'origine d'effets indésirables graves et leur risque augmente avec la polymédication. C'est pourquoi une attention particulière est nécessaire chez les sujets âgés en raison de leur fragilité, de la présence de comorbidités et du risque de polymédication accru. Pour l'étude de ces interactions médicamenteuses à l'étape cruciale de la prescription, nous avons choisi comme indicateur d'intérêt la co-prescription médicamenteuse inappropriée, définie comme la prescription pour un patient réalisée à une même date par un même prescripteur, d'au moins deux médicaments incompatibles qui peuvent générer des effets indésirables chez le patient.

Compte-tenu du vieillissement de la population, de la consommation importante de soins dans notre société et de l'évolution rapide de l'offre thérapeutique et des recommandations, il est supposé que les co-prescriptions inappropriées sont fréquentes et persistent dans le temps chez les personnes âgées malgré les efforts des autorités publiques. Or, une meilleure efficacité des prescriptions médicales est actuellement demandée aux prescripteurs. Cette problématique paraissant très peu explorée, la question de l'évolution au cours du temps de la prévalence de co-prescriptions inappropriées chez les sujets âgés en France, notamment en fonction de la publication de recommandations officielles, reste entière.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

Il s'agit d'une étude transversale répétée mensuellement entre janvier 2007 et décembre 2015, réalisée à partir de l'Echantillon Généraliste de Bénéficiaires. Les interactions médicamenteuses inappropriées ont été recensées à partir d'une revue de la littérature dans trois champs pharmaco-thérapeutiques (cardiologie, neurologie/psychiatrie et système digestif/métabolisme) puis sélectionnés par un comité d'experts. Six interactions médicamenteuses inappropriées ont été retenues comme indicateurs de co-prescription à analyser. Pour chaque indicateur, la prévalence de sujets âgés exposés au moins une fois a été calculée mensuellement ainsi que la prévalence d'ordonnances comportant la co-prescription. A partir des séries chronologiques obtenues, un modèle de régression segmenté (Interrupted Time Series) a permis d'évaluer l'impact de la publication de deux recommandations sur la prévalence de ces indicateurs.

Résultats

61483 sujets âgés ont été inclus. 30% des sujets étudiés ont été exposés à une co-prescription inappropriée selon nos indicateurs, ce qui correspond à 4,5% des ordonnances réalisées. Certaines

ordonnances comportaient plusieurs indicateurs de co-prescriptions inappropriées. Plus le nombre d'indicateurs coexistants sur la même ordonnance était élevé, plus l'effectif de sujets exposés diminuait. Les associations les plus fréquentes sur l'ensemble de la période d'étude étaient par ordre décroissant l'association d'un AINS et d'un IEC ou ARA2 (21,5% des sujets), l'association d'au moins deux anticholinergiques (5,5% des sujets) et l'association de metformine et d'un AINS (3,8%). Les autres indicateurs avaient une prévalence inférieure à 3%.

Sur la période étudiée, la prévalence de sujets exposés a diminué (tendance négative) pour tous les indicateurs, sauf pour l'association d'au moins trois antidiabétiques oraux. Seules deux interventions analysées ont entraîné un impact significatif sur la prévalence des indicateurs mais retardé dans le temps.

Discussion

Les faibles prévalences de sujets exposés retrouvés pour cinq des six indicateurs analysés ($\leq 5,5\%$) témoignent de pratiques professionnelles paraissant globalement conformes aux bonnes pratiques, qu'elles soient en lien ou non avec la publication des recommandations. Ces dernières semblent avoir un impact limité sur les indicateurs de co-prescriptions étudiées ce qui questionne sur les améliorations à mettre en œuvre. La comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études similaires est toutefois très limitée. Pour les indicateurs les plus fréquents, il paraît important d'observer leur récurrence dans le temps ainsi que leur impact.

Contribution/intérêt de la communication

Cette étude a permis de statuer sur une situation non explorée à ce jour concernant les co-prescriptions inappropriées chez les sujets âgés et d'évaluer la pénétration de recommandations dans les pratiques professionnelles, afin de pouvoir mettre en œuvre, si besoin, des mesures appropriées dans l'intérêt des patients et de la santé publique.

Session 21

Salle 2

Thème: Corruzione e anticorruzione in sanità: norme, controlli, management e organizzazione
(La corruption et la lutte contre la corruption dans la santé)

Président: Monica De Angelis, UNIVPM, Ancona. Italia

In questa sessione, si intendono presentare riflessioni e studi che riguardano le problematiche della corruzione in sanità in una prospettiva multidisciplinare. Nell'ambito di Alass è già attivo un gruppo di ricerca e alcuni dei suoi membri parteciperanno a tale sessione. Sono aperte altre adesioni.

Corruzione e misure anticorruzione in UK: una breve visione d'insieme.

Paul Forte, Balanced of Care Group, Gran Bretaña

Saúde e Prevenção da Corrupção: estudos de casos práticos nos ordenamentos jurídicos australiano e colombiano.

Andrea Betto, italia

Un moyen anti-corruption: la transparence administrative

Marta Cerioni, UNIVPM, Italia

Corrupção na Saúde no Brasil: desperdiçando os escassos recursos.

Luciana Carpaneis Reis, Brasil

Session 22

Salle 3

Thème: Le rôle des infirmières au Québec dans l'amélioration de la qualité et de la performance

Président: *Isabelle Brault, Québec*

Aperçu des différents types d'infirmières au Québec et des politiques favorisant leur étendue de la pratique.

Jolianne Bolduc, Roxane Borgès Da Silva, Université de Montréal, Canada

Objectifs

1) Faire une mise au point sur les différents types d'infirmières prévalents au Québec et les activités infirmières y étant associées, tout en les comparant avec d'autres pays, tels que les États-Unis et l'Europe. 2) Présenter les politiques mises en place afin de favoriser l'étendue de la pratique infirmière.

Contexte et problématique

La profession infirmière prend de plus en plus de place dans les soins de santé. D'un pays à l'autre, l'organisation de cette profession, de même que les activités qui y sont associées, sont différentes. Au Canada, le rôle et les activités infirmières varient d'une province à l'autre. Cela crée une difficulté dans la transférabilité des différentes études désirant améliorer la qualité et l'accessibilité des soins grâce aux activités infirmières. Dans ce contexte, il était important de faire une recension des écrits en lien avec les différents types d'infirmières au Québec et leurs activités, tout en les comparant avec certains pays, tel que l'Europe et les États-Unis. Le recensement des politiques mis en place au Québec afin de favoriser l'étendue de la pratique infirmière, définit comme étant ce que l'ensemble des membres d'une même profession peuvent réaliser comme activités professionnelles suite à leur formation (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1993), reste tout aussi important afin d'améliorer la qualité des soins.

Méthode

Une recherche dans les documents législatifs et ministériels a été faite dans le but de répondre au premier objectif de cette recherche.

Seuls les documents de plus de 2005 et expliquant les activités en lien avec chacun des types d'infirmières, de langue française et anglaise ont été consultés.

Une recherche des écrits a aussi été réalisée à partir des moteurs de recherches MEDLINE, Cochrane, CINAHL et PubMed en utilisant les mots clés suivants : *Nursing, Education, Baccalaureate, scope of practice, collective prescription, nurse prescriber et prescriptive authority*.

Les critères de sélection étaient les articles publiés entre les années 2000 et 2017, de langue française et anglaise. Une quinzaine d'articles scientifiques pertinents ont été sélectionnés et analysés.

Résultats

Les résultats de la recherche ont permis d'identifier les différents types d'infirmières œuvrant dans le système de santé québécois (infirmières : auxiliaires, techniciennes, cliniciennes et praticiennes spécialisées) ainsi que leurs activités associées. Cette recherche a aussi permis de mettre en lumière les distinctions existantes entre les différents pays, tels que le reste du Canada, les États-Unis et la France. Plusieurs articles ont démontré les avantages de favoriser l'étendue de pratique des infirmières par le biais des ordonnances collectives et de la prescription infirmière. Ces avantages se voient autant au niveau de l'accessibilité aux soins qu'au niveau de la qualité de soins.

Discussion

Au terme de cette recherche, un bilan des arguments en faveur et en défaveur de la double formation de l'infirmière au Québec sera présenté. Plusieurs articles d'autres pays ont démontré les avantages d'avoir un grand ratio d'infirmière ayant un diplôme d'études universitaire. Ces avantages se voient principalement au niveau de l'effet sur la qualité des soins reçus. Il est donc important de prendre en compte les différents niveaux de formation infirmière dans les recherches.

Pour terminer, les avantages du choix du Québec à encourager les ordonnances collectives et la prescription infirmière dans le but d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins seront montrés.

Contributions et intérêt

Cette étude a permis de dresser un portrait global sur les différents types d'infirmières au Québec et leurs activités professionnelles. La comparaison de ce portrait avec celui d'autres pays a permis de montrer l'importance de tenir compte des différents types d'infirmières dans les recherches portant sur

les infirmières. Cette revue de littérature a aussi permis de mettre à l'évidence deux politiques mises en place au Québec afin de favoriser l'étendue de la pratique infirmière, les ordonnances collectives et depuis récemment, la prescription infirmière.

La prescription infirmière au Québec : un outil pour améliorer l'efficacité des services de santé.

Roxane Borgès Da Silva, Isabelle Brault, Carl-Ardy Dubois, Aude Motulsky et Alexandre Prud'homme, Université de Montréal, Canada

Contexte

Le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* est entré en vigueur au Québec le 11 janvier 2016. Ce règlement permet aux infirmières de réaliser certaines prescriptions de médicaments et d'analyses de laboratoire dans trois domaines: les soins de plaies, les soins de santé courants (e.g. : nausée chez une femme enceinte, infection fongique chez le bébé) et la santé publique (e.g. : ITSS, cessation tabagique). Il vise principalement les infirmières travaillant dans des milieux qui offrent des soins de proximité (santé communautaire, soins de longue durée, certaines unités de soins des hôpitaux). Après avoir suivi une formation en ligne de deux heures, les infirmières reçoivent leur attestation de prescrire. Ces nouvelles activités permises aux infirmières ont pour objectif de répondre aux besoins des patients en réduisant les délais de soins tout en améliorant la qualité des soins. Les Directions des soins infirmiers (DSI) des établissements publics de santé sont responsables du plan de déploiement de la *prescription infirmière*.

En décembre 2016, près d'un an après l'entrée en vigueur du règlement, le nombre d'attestations de prescription octroyé se situe en deçà des attentes. Sur les 10 000 infirmières visées par le règlement, seulement 3 047 infirmières avaient reçu l'attestation leur permettant de prescrire. De plus, parmi celles-ci, seulement 229 ont réalisé au moins une activité de prescription.

Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les facteurs favorisant et limitant le déploiement de la prescription infirmière dans les établissements de santé. Spécifiquement, l'étude répondait à 2 objectifs :

1. identifier les facteurs qui incitent les infirmières à demander ou non l'attestation de prescription;
2. identifier les facteurs facilitant et limitant l'utilisation du droit de prescrire;

Méthodes

Un devis quasi-expérimental a été utilisé pour comparer 1) les infirmières ayant leur attestation de prescription et celles ne l'ayant pas demandé et ensuite, 2) les infirmières ayant prescrit au moins une fois et celles n'ayant pas prescrit. Deux enquêtes ont été menées conjointement. Le premier questionnaire, en ligne, s'adressait à toutes les infirmières travaillant dans les services ambulatoires du Québec. Le second s'adressait aux 34 Directions de soins infirmiers (DSI) chargées du déploiement de la prescription infirmière sur leur territoire. Les données des deux enquêtes ont été jumelées à partir des informations obtenues sur le milieu de pratique et la région où travaillent les infirmières. Des analyses bivariées et des régressions logistiques multiniveaux (niveau 1 : infirmières ; niveau 2 : DSI) ont permis de répondre à nos objectifs. Afin d'isoler les effets des variables indépendantes, certaines variables socio-démographiques ont été incluses dans les modèles de régression. Les données ont été pondérées pour être représentatives du genre, de l'âge et de la région de l'ensemble des infirmières du Québec visées par le règlement.

Résultats

Au total, 2011 infirmières ont complété le premier questionnaire (696 ayant l'attestation et 1315 n'ayant pas l'attestation). L'engagement et le soutien des gestionnaires de l'organisation est le principal facteur influençant le choix des infirmières d'obtenir leur attestation de prescription. Quelques considérations de nature professionnelle sont également associées au choix de demander l'attestation de prescription. La volonté d'une infirmière d'avoir plus d'autonomie au travail et la confiance qu'elle a en ses compétences influencent également leur choix. Dans les régions où les DSI ont mis en place des interventions pour améliorer le déploiement, on observe une plus grande proportion d'infirmières titulaires de l'attestation.

La participation à d'autres processus de prescription (ordonnances collectives), l'absence de rémunération et la surcharge de travail font partie des raisons évoquées par les infirmières pour ne pas demander l'attestation.

Conclusion

Le règlement de la prescription infirmière s'inscrit dans une logique de transferts des tâches entre les professionnels pour améliorer l'accessibilité aux services ambulatoires. Plusieurs recommandations émergent de notre étude dont entre autres, un plan de déploiement plus uniforme des DSI et une sensibilisation des professionnels au travail d'équipe.

Prescription infirmière au Québec : Qu'en pensent les infirmières ?

Andrée-Anne Desjardins, Isabelle Brault et Johanne Goudreau, Université de Montréal, Canada

Évaluation des liens entre la composition des équipes de soins infirmiers et la qualité et sécurité des soins dans les unités de soins critiques.

Jolianne Bolduc, Roxane Borgès Da Silva, Johanne Goudreau, Université de Montréal, Canada

L'objectif

Principal de cette étude était d'analyser l'association entre les différentes compositions des équipes de soins infirmiers et la qualité et sécurité des soins dans les unités de soins critiques.

Contexte et problématique

Les systèmes de santé doivent s'adapter au vieillissement de la population et à l'augmentation de la complexité des soins. Afin de répondre à ces changements, divers pays comme le Brésil, la France et l'Irlande ont rehaussé la formation minimale en exigeant un diplôme universitaire pour exercer comme infirmière (SIDIEF, 2010). Au Canada, la seule province n'exigeant pas ce niveau est le Québec, où un diplôme d'études collégiales est suffisant pour exercer la profession infirmière. Depuis 2007, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) réclame que le diplôme universitaire devienne obligatoire pour la profession infirmière. Les unités de soins critiques sont des unités où la complexité des soins requis par les patients nécessite que les infirmières aient les connaissances et les compétences appropriées pour y travailler de façon sécuritaire et optimale. Dans ce contexte, il était important d'aller évaluer le lien entre les différentes compositions des équipes de soins infirmiers et la qualité et sécurité des soins offerts dans l'ensemble d'un réseau territoriaux de services de santé et de services sociaux au Québec, regroupant quatre centres hospitaliers.

Cadre de référence

Le cadre de référence de Clarke et Donaldson (2008) a été choisi. Il a servi de base pour établir des liens entre les différents types de variables à l'étude.

Méthode

Un devis corrélationnel explicatif transversal a été utilisé pour examiner la relation entre la composition des équipes de soins infirmiers (nombre d'infirmières cliniciennes, techniciennes, auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) et la qualité et sécurité des soins (nombre de rapports d'incidents et d'accidents sensibles aux soins infirmiers) dans les unités de soins critiques, pour chacun des quarts de travail. L'effectif de l'échantillon de cette étude était constitué des trois quarts de travail de huit unités de soins d'un établissement régional de santé regroupant quatre hôpitaux. Les données ont été collectées pendant une période de 56 jours (n=1344). Le plan d'analyse des données est passé par trois étapes, soit la validation des données, la construction des variables et l'analyse statistique, via des régressions linéaires et des corrélations.

Résultats

Cette étude a permis de faire une description détaillée des équipes de soins infirmiers pour l'ensemble des unités de soins critiques du CIUSSS MCQ. Un aperçu des incidents et accidents sensibles aux soins infirmiers les plus souvent enregistrés dans ces unités a aussi été évalué lors de cette étude. Il a été possible d'évaluer le lien entre le niveau de formation des infirmières du Québec et la qualité et sécurité des soins.

Contributions et intérêt

Cette étude a permis de dresser un portrait de la qualité et sécurité des soins offert dans les unités de soins critiques d'un territoire du Québec, tout en faisant le lien avec la composition des équipes de soins infirmiers.

Dans un contexte de réforme du réseau de la santé où l'efficacité et la qualité des soins sont les priorités du gouvernement, il est important de partager les résultats de cette étude avec les gestionnaires des établissements hospitaliers car ces unités sont les unités qui engendrent les coûts les plus importants dans les budgets hospitaliers.

Les résultats de cette recherche permettront aussi aux cliniciens de porter leur attention sur les incidents et accidents les plus fréquents dans les unités de soins critiques, et pourront ainsi augmenter leur vigilance à cet effet.

Au Québec, aucune étude n'avait été menée pour examiner spécifiquement la relation entre cette variable et la qualité et sécurité des soins dans ces unités. Les résultats de cette étude permettront donc de montrer l'importance de continuer les études à ce sujet.

Session 23

Salle 4

Thème: Amélioration continue et gestion des risques dans les services Médico-techniques

Président: Séverine Cucchiaro, Belgique

[Risques liés au déménagement d'un service de radiothérapie et au remplacement d'accélérateurs : utilisation de la méthode AMDEC et partage d'expérience inter-hôpitaux.](#)

Séverine Cucchiaro, M. Delgaudine, A. Batamuriza-Almasi, P. Coucke, CHU-Liège et CH-EpiCURA, Belgique

[Identification des patients à risque pour l'injection de produit de contraste lors de la réalisation d'un scanner.](#)

Marie Delgaudine, CHU-Liège Service de Radiologie, Belgique

[Implémentation de la culture d'amélioration continue en Radiothérapie.](#)

Anitha Batamuriza-Almasi, S. Cucchiaro, M. Delgaudine, S. Ndam, F. Burhin, CH-EpiCURA et CHU de Liège, Belgique

Objectif

La culture d'amélioration continue est basée sur le principe PDCA (Plan-Do-Check-Act). L'analyse des événements indésirables (EIS) et les audits font partie des outils d'amélioration continue utilisés en Radiothérapie (RT). L'objectif de cette communication, est de mettre en exergue l'impact des analyses d'EIS et des audits, sur la culture d'amélioration continue de nos services de RT.

Contexte et problématique

La sécurité des patients reste un enjeu majeur dans les systèmes de santé, en particulier en RT. En Belgique, en 2008, le Plan Cancer-Action 16, a donné aux hôpitaux l'opportunité d'implémenter des systèmes de management de la qualité (SMQ) en RT. Le but étant d'instaurer une culture d'amélioration continue pour une meilleure sécurité des patients. La prise en charge du patient en RT est complexe et multidisciplinaire. De l'accueil du patient jusqu'à la fin de traitement (consultation médicale, prescription, dosimétrie, délivrance de la dose), ce processus fait coexister des actes de haute technicité et des activités manuelles complexes dont le contourage, le positionnement précis du patient, etc. Ces actes font appel aux nombreuses modalités de coordination, de synchronisation et de communication entre les différents intervenants.

Lorsque cette coordination n'est pas bien maîtrisée, cela peut conduire à des incidents, voir accidents, avec des conséquences plus ou moins graves sur le patient. L'intérêt de susciter une culture partagée par tous, permettant de détecter ces incidents avant qu'ils ne surviennent ou qu'ils ne soient la cause d'accident, est majeur.

Matériel et méthodes

Implémenter une culture d'amélioration continue commence par la mise en place du SMQ : constituer une équipe multidisciplinaire (radiothérapeutes, médecins médicaux, manipulateurs et responsable qualité (QM), standardiser les pratiques, préparer le service aux changements, publier une charte de non sanction facilitant l'implication du personnel dans le processus par la déclaration des Evénements Indésirables (EIS), analyser ces EIS et proposer des actions d'amélioration. Ensuite il faut observer la mise en pratique sur le terrain de l'ensemble des actions, vérifier par les audits internes leurs états d'avancement, et lancer le cycle PDCA. La méthodologie PRISMA (Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis) est l'une des méthodologies utilisée pour l'analyse des EIS en Radiothérapie. Au CH-EpiCURA et au CHU-Liège, toute personne qui constate un EI peut le déclarer dans la plateforme PRISMA-RT ou QualiT. L'analyse est réalisée par une équipe multidisciplinaire animée par un QM. Elle permet par l'élaboration d'un arbre des causes, de déterminer les causes profondes ayant conduit à l'EI, de les classer et de proposer des actions correctrices. Pour les audits, nous avons deux méthodes, une basée sur la check-list QUATRO, l'autre sur l'idéal de fonctionnement comparant le fonctionnement réel du processus à l'idéal qu'on veut atteindre. Les éléments d'entrée pour notre processus d'amélioration continue sont des actions provenant de plusieurs canaux, ce qui génère un plan d'actions à mettre en place. Les audits permettent alors d'évaluer cette mise en pratique et de proposer d'autres actions si nécessaire pour atteindre l'objectif final.

L'estimation du GFR chez les patients à risque avant injection du produit de contraste afin de diminuer le risque d'insuffisance rénale induite.

Marie Delgaudine, Sylviane Vaccarella, Grégory Canivet, Paul Meunier, Fatima Nabil, Séverine Cucchiari, Anitha Batamuriza-Almasi et Roland Hustinx, CHU de Liège et CH-piCURA, Belgique

Session 24

Salle 5

Thème: Cooperação entre as Instituições de Ensino e dos Serviços de Saúde no Brasil (La coopération entre les institutions de formation et les services de santé au Brésil)

Organizadores: Janete Lima de Castro (UFRN); Ana Paula Schiavone (Ministério da Saúde); Rodolfo Tomaz de Lima (UFRN); Rosana Lúcia Alves de Vilar (UFRN); Tania França (IMS/UERJ), Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma política pública voltada para todos os brasileiros e, como ressalta Paim (2009), é a única possibilidade de acesso de atenção para mais de 140 milhões de pessoas. Baseado em princípios e diretrizes conhecidos como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social, o SUS, cujas bases políticas e doutrinárias foram estabelecidas na Constituição Federal de 1988, deve ser compreendido como um processo social em construção (MENDES, 1996).

Durante toda a sua existência um dos aspectos que tem chamado atenção é a questão dos recursos humanos, considerada um dos "nós críticos" do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país. A inadequação dos perfis, a precarização das relações de trabalho, escassez de quadros qualificados, dentre outras questões, constituem um dos grandes desafios para uma gestão com qualidade do SUS. Para superação desta problemática, a cooperação entre instituições de ensino e de serviços tem sido uma prática utilizada pela gestão do Ministério de Saúde do Brasil. O propósito desta sessão é discutir a cooperação técnica entre instituições de ensino e de serviço como uma estratégia potente para garantir a qualidade da gestão nos serviços de saúde. Assim, seu objetivo consiste em: apresentar resultados de experiências de cooperação técnica entre as universidades e os serviços de saúde no Brasil.

Instituições envolvidas:

- Ministério da Saúde do Brasil
- Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
- Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA)

- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)
- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
- Universidade de Brasília (UnB)
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
- Universidade Federal do Espírito Santo.

Organizadores: Janete Lima de Castro (UFRN); Ana Paula Schiavone (Ministério da Saúde); Rodolfo Tomaz de Lima (UFRN); Rosana Lúcia Alves de Vilar (UFRN); Tania França (IMS/UERJ).

Educação, trabalho e saúde: a formação para as ocupações em saúde em fase de regulamentação no Brasil.

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Ana Paula Schiavone et Valdemar de Almeida Rodrigues, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Ministério da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil

OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO

Apresentar um panorama sobre a formação das ocupações em saúde que estão em processo de regulamentação no Brasil.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Esse resumo é um recorte da pesquisa “Novas ocupações e profissões em saúde frente às necessidades dos serviços de saúde no Brasil”, coordenada pelo Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e desenvolvida em parceria com o Observatório de Recursos Humanos da Universidade de Brasília, com financiamento do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde. A mencionada pesquisa teve a finalidade de identificar as ocupações em saúde que estão em processo de regulamentação no âmbito do Congresso Nacional Brasileiro, entre os anos 2000 e 2015, bem como as formações existentes para tais ocupações. Ademais, teve como ponto de partida a seguinte pergunta norteadora: as ocupações em saúde, que vêm emergindo nos níveis médio e superior, constituem iniciativas para responder as novas demandas do atual contexto social do país e do perfil sanitário brasileiro que vem se desenhando nas últimas décadas? Acredita-se que tal problematização pode contribuir com o debate que fundamenta as mudanças que vêm ocorrendo na dinâmica do trabalho do citado setor, na particularidade da realidade brasileira contemporânea. O tema tem suscitado crescente interesse de pesquisadores e gestores do campo das ciências humanas e sociais e, de modo especial, da saúde coletiva, dadas as intensas mudanças que passam as sociedades na contemporaneidade. Destacam-se, de modo particular, transformações que vêm ocorrendo no âmbito do trabalho, na composição demográfica das populações, no modo de viver, de produzir, de consumir, com nítidas repercussões sobre a saúde e a qualidade de vida.

TEORIAS, MÉTODOS, MODELOS E MATERIAIS UTILIZADOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo documental, onde foram utilizados materiais oriundos de duas fontes: as bases de dados do Congresso Nacional Brasileiro, incluindo a Câmara dos Deputados e o Senado Federal, e os sistemas de informação do Ministério da Educação. A busca nas bases de dados do Congresso Nacional teve a finalidade de encontrar projetos de lei, criados entre os anos 2000 e 2015, que buscam regulamentar alguma ocupação do setor saúde. Para tal, definiu-se uma estratégia de busca com base em quatro palavras-chave: regulamentação, profissão, ocupação e saúde. O levantamento dos projetos de lei permitiu identificar o curso de formação necessário para cada ocupação em saúde em processo de regulamentação. Em seguida, realizou-se o levantamento das instituições de ensino que ofertam os citados cursos em todo o Brasil, tendo como base as informações contidas nos sistemas de informação do Ministério da Educação. Para identificar as instituições de ensino que ofertam cursos de nível médio foi consultado o Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC) e para identificar as instituições de ensino que ofertam cursos de nível superior foi consultado o Sistema de Regulação do Ensino Superior (e-MEC). Ressalta-se que a etapa da pesquisa que deu origem ao presente resumo foi realizada entre os meses de outubro e zembro de 2015. Ademais, por se tratar de uma pesquisa documental onde os dados analisados estão sob domínio público, ressalta-se que não foi preciso aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte para a realização desse estudo, conforme as orientações da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise sobre os processos de formação das 43 ocupações em saúde que têm projetos de lei solicitando regulamentação, mostra que existe uma grande variação em relação ao tipo de curso: 20 cursos de nível superior (46,5%), 14 cursos técnicos (32,5%), 08 ocupações em que uma habilitação seria exigível (18,6%) e 01 (2,3%) em que não há qualquer definição de formação, sendo esta última, na verdade, uma proposição que pretende apenas a concessão de aposentadoria especial para a categoria de motoristas de ambulância. Este fator gera uma heterogeneidade de projetos que solicitam regulamentação com diferentes graus ou níveis de formação. Quanto à oferta e distribuição dos diferentes cursos, evidencia-se de forma marcante uma maior oferta em escolas de natureza privada, havendo uma maior concentração na região Sudeste do país.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTADO DA ARTE E PRÁTICAS ATUAIS

A evolução das ocupações de saúde não pode ser discutida de modo dissociado da organização e das mudanças no próprio acesso ao cuidado e à assistência em saúde. Qualquer que seja a tendência, a presença do Estado na regulamentação das ocupações em saúde é indispensável. Assim, a liberalização tem limites a serem resguardados, sob pena de colocar em risco o setor, os profissionais e os usuários. Destaca-se a necessidade em organizar e regular os processos de formação; de criar e/ou manter dispositivos permanentes de avaliação tanto da formação quanto do exercício profissional; de desenvolver mecanismos para identificar demandas a suscitar competências e habilidades, cujas formações devem ser consideradas pelo Estado.

A qualificação da força de trabalho como estratégia para construção de redes colaborativas.

Janete Lima de Castro, Rosana Lucia Alves de Vilar, Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Nathalia Hanany Silva de Oliveira et Eliane da Costa Assis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Ministério da Saúde do Brasil, Brasil

Objetivo

Apresentar relato de uma experiência de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, realizada nos anos de 2011 a 2016, tendo em vista apoiar a estruturação de uma rede colaborativa de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil qualificando os gestores e equipes que trabalham nessa área.

Contexto e Descrição do Problema:

O trabalho se insere no contexto de iniciativas que são resultados da parceria estabelecida entre o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho do Ministério da Saúde e o Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A realização do Projeto Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde resulta de diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde sobre a fragilidade da gestão dos recursos humanos no âmbito do SUS. Nesse diagnóstico destaca-se a escassez de capacitações destinadas aos gestores e às equipes gestoras dessa área. Por outro lado, os poucos cursos existentes não têm a capacidade de atingir, em larga escala, a clientela potencial existente nas secretarias estaduais de saúde, incluindo as escolas técnicas, as secretarias municipais de saúde e o próprio Ministério da Saúde. Considerando as dificuldades citadas, o Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho do Ministério da Saúde estabeleceu como propósito fortalecer as coordenações da gestão de Recursos Humanos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Tal propósito tem como base não apenas a missão do citado Departamento como também o reconhecimento que a área de RH é uma das áreas mais delicadas e complexas do SUS e que apesar dos seus complexos problemas não conta com um quadro de especialistas para o seu gerenciamento. A experiência aqui relatada é mais uma das tentativas de transformar a intenção em gesto.

Teorias, métodos e materiais utilizados

Este trabalho foi realizado a partir da consulta em relatórios da coordenação do projeto enviados ao Ministério da Saúde. A pesquisa realizada para elaboração deste texto consistiu em uma investigação qualitativa e documental.

Os resultados e a discussão

O Projeto Apoio a Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde teve entre seus eixos de um curso cuja concepção pedagógica leva ao aluno a problematizar sua realidade e propor intervenções. A pretensão consistiu em desenvolver um projeto de cooperação em que a educação fosse o elemento mediador. O Curso Gestão do Trabalho, organizado em 380 horas está estruturado em quatro unidades didáticas e organizado para ser desenvolvido a distância (EaD). Foram consideradas três situações para a escolha da modalidade EAD: 1. Os gestores de saúde têm pouca, ou nenhuma, disponibilidade de tempo para participarem de cursos presenciais; 2. Dificuldade da clientela do curso em se ausentar do serviço; 3. Propósito do Ministério da Saúde de qualificar, em larga escala, os gestores das estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Recursos Humanos do SUS. Por educação à distância, seguimos a orientação de Moore, 1990, apud Barnard, 1992, quando eles ressaltam que EaD é toda forma para prover instrução através de meios de comunicação impressos ou eletrônicos para pessoas engajadas em aprendizagem em um lugar ou tempo diferente do instrutor. No caso específico do curso alvo deste relatório, o processo educacional foi mediado pela internet, por meio de uma plataforma virtual, construída especialmente para este curso. Na sociedade chamada de Informação, os processos educacionais a distância se permitem lançar mão das tecnologias de informação e telecomunicações hoje disponíveis e acessíveis a um número cada vez maior de pessoas. Nessa perspectiva, acredita-se que os cursos à distância podem possibilitar à participação de trabalhadores e gestores dos serviços de saúde em processos educacionais os quais eles podem gerenciar sua disponibilidade de tempo e condições de acesso, dentro do seu local de trabalho ou mesmo de sua própria casa. A EaD pode se tornar em uma forte estratégia para a política de educação permanente e para a gestão do trabalho no SUS. Todavia, se faz necessário um alerta, isso não irá acontecer se forem esquecidos alguns pressupostos básicos, como por exemplo: 1. Assim como na educação presencial, os processos em EaD precisam ter clareza sobre a concepção pedagógica que lhes dará base de sustentação; 2. É importante ter muito bem definido as finalidades do processo educativo; 3. Nos processos de EaD, as tecnologias de comunicação e informação devem se colocar de forma a atender às exigências da concepção pedagógica do curso, e não o contrário.

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

Acredita-se que este trabalho possa contribuir para a reflexão a possibilidade de cooperação entre as instituições de serviço e as instituições de ensino e proposição de estratégias para o fortalecimento de redes colaborativas de recursos humanos no Brasil.

Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil.

Isabela Cardoso de Matos Pinto, Tania França, Soraya Almeida Belisa, Katia Rejane, Celia Regina Pierantoni, Ana Claudia Garcia, Janete Lima de Castro, Instituto em Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, Brasil

OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO

O trabalho analisa o papel das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a formação de seus trabalhadores. O Brasil instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, gestão setorial e controle social. Apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde que tem um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários. Objetivando

avançar na implementação da política, a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 definiu novas estratégias de ação, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos dos Pactos pela Saúde e de Gestão. A mudança central ocorreu no âmbito regional por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS, conforme previsto no Artigo 14 da Lei nº. 8080/90 e na NOB/RH-SUS. Uma década após a implantação da política, foram identificadas descontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento. Tais aspectos parecem dificultar a sua implantação. Outro limite é que, as ações de educação podem se mostrar subsumidas nas atribuições da gestão de RH, pois há gestores que não discutem e/ou desconhecem as políticas de gestão da educação na saúde. No que tange à contribuição das CIES, pesquisas anteriores apontaram a desarticulação e a baixa atuação dessas instâncias na implementação da política de EP nos estados, sugerindo ser preciso trabalhar seu papel de articulação macrorregional, a partir da configuração dada a essas Comissões. Nesse sentido, identificam-se lacunas na literatura sobre as atribuições e o papel das CIES. O estudo integra a pesquisa “Análise da Política de Educação Permanente implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde”, que analisou a estrutura, os processos da PNEPS, os planos estaduais de educação permanente (PEEPS), os espaços de diálogo e pactuação, especialmente das CIES estaduais e regionais nos estados.

TEORIAS, MÉTODOS, MODELOS E MATERIAIS UTILIZADOS

Trata-se de estudo multicêntrico de abordagem quali-quantitativa, que teve como cenário de pesquisa as secretarias estaduais de saúde SES do Brasil e as CIES. Os dados foram coletados por meio de questionário on-line, autoaplicável, aos 27 gestores/responsáveis pela condução da PEP nas SES, e entrevista semiestruturada, dirigida a 07 coordenadores das CIES das 5 regiões do país. O questionário investigou aspectos sobre o perfil dos gestores e sobre as dimensões organizacional e operacional da implementação da política. As entrevistas foram gravadas e abordaram: identificação das CIES; articulação com instituições formadoras; atividades desenvolvidas e financiamento. O processamento dos dados dos questionários registrado em banco informatizado foi realizado por meio de planilhas de Microsoft Office Excel. As entrevistas foram transcritas na íntegra, submetidas à análise de conteúdo temático. Da análise emergiram as categorias histórico/criação; composição; dinâmica/funcionamento; atividades desenvolvidas; relação CIES/SES; relação com as instituições formadoras e repasse/utilização dos recursos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o registro CEP nº 695267 de 2014. Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra E numerados de 1 a 7.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados apontaram a existência de setor específico de EP na maioria das SES; alta escolarização, experiência e vínculo estável dos gestores. Os focos organizacional, operacional, de controle, revelaram que: 88% das SES têm planos estaduais de EP e estão nos organogramas. Dispõem de estrutura e recursos físicos para ações de formação. As CIES são estratégicas para 92.6% dos gestores das SES. O MS contribui prioritariamente com a transferência de recursos. Os gestores reconhecem a importância da EP como indutora de mudanças no processo de trabalho e afirmam que suas ações são planejadas e avaliadas. Quanto a CIES, os coordenadores declararam: existência na maioria dos estados; diversidade de seu processo de criação; composição plural; regularidade de reuniões; boa relação com instituições formadoras; dificuldades na utilização e manejo dos recursos destinados a EP. Foi também reconhecido que as atividades da PEP devem ir além das capacitações, embora sejam frequentes ações pontuais e fragmentadas.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTADO DA ARTE E PRÁTICAS ATUAIS

O estudo apontou avanços demonstrando a importância das CIES enquanto espaços de negociação, pactuação e desenvolvimento da EP. Contudo, desafios ainda precisam ser superados para que se consolidem os projetos nas SES fortalecendo a PNEPS.

[Política de Educação Permanente em Saúde: o que dizem seus atores.](#)

Janete Lima de Castro, Tania França, Soraya Almeida Belisario, Katia Rejane Medeiros, Celia Regina Pierantoni, Isabela Cardoso de Matos Pinto et Ana Claudia Garcia, Universidade do Estado do Rio de

OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO

O trabalho objetivou, a partir da visão dos gestores, compreender a contribuição das diretrizes nacionais da Educação Permanente em Saúde (EPS) contidas na Portaria GM/MS 1.996/07 relativas à educação em saúde.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A proposta da EPS surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), com o propósito de capacitar e desenvolver recursos humanos em saúde. No Brasil, a EPS foi lançada como política nacional em 2003, mas sua institucionalização tem como marco referencial a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Posteriormente, a referida portaria foi substituída pela Portaria GM/MS 1.996/07, a qual propôs novas diretrizes para a PNEPS. Na trajetória da PNEPS observou-se a ocorrência de ações importantes, mas não num contexto de uma diretriz política específica. Porém, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) vinculada ao Ministério da Saúde, pode-se observar que, no arcabouço legal do conjunto de legislações, tornaram-se mais evidentes as diretrizes relacionadas com a PNEPS. Sua implantação e desenvolvimento tem sido permeada pela instituição de normas que constituem o seu arcabouço jurídico; pelo envolvimento de diferentes atores, envolvendo um conjunto de ações voltadas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, de nível técnico e superior.

TEORIAS, MÉTODOS, MODELOS E MATERIAIS UTILIZADOS

Pesquisa avaliativa de abordagem qualiquantitativa que utilizou a análise por triangulação de métodos, cujos dados foram coletados por meio de questionário autoaplicável contendo questões fechadas e abertas, denominadas opinativas; pesquisa documental e entrevista em profundidade. Destaca-se o caráter multicêntrico do estudo, simultaneamente conduzido em centros de pesquisa com diferentes características. Os informantes chave foram os responsáveis/gestores da educação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de todas as unidades federadas (questionário autoaplicável); membros da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) estadual e coordenador nacional da PNEPS (entrevista em profundidade). Serão apresentados os resultados da análise da entrevista em profundidade realizada com o gestor federal, *vis à vis* as questões opinativas do questionário respondidas pelos gestores estaduais (GE). Foram definidas as seguintes categorias de análise: considerações sobre a PNEPS; avaliação da CIES e ações atuais do MS. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado sob numeração CAAE: 02864612.0.0000.5260.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise permitiu delinear a trajetória da PNEPS, identificar percalços e apontar sugestões. Na categoria, considerações sobre a PNEPS, segundo o coordenador nacional (CN), a história da PNEPS pode ser dividida em três etapas, cada uma delas apresentando características específicas - a primeira compreende o período de 2003 a 2005; a segunda iniciada em 2005 e a terceira iniciada a partir de 2012. No que se refere aos gestores, estes apontaram o favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação, o fortalecimento da área de gestão da saúde e a melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços, como as três mais importantes contribuições das Diretrizes da Portaria. Para a maioria dos respondentes, as iniciativas contidas na Portaria implicaram em reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, na qualificação da gestão de saúde; na ampliação de recursos financeiros; numa maior visibilidade para o setor e maior adesão aos cursos e ações de formação propostos. Apontaram também como muito relevantes, as iniciativas da EPS, as CIES e aquelas referentes à Educação Profissional de Nível Técnico. As mudanças propostas pela PNEPS, foram avaliadas como positivas, pelos entrevistados. Tanto a análise documental como as falas dos gestores e do CN, evidenciaram o predomínio das capacitações, uma estratégia educacional tradicional adotada pelas SES. Na categoria avaliação da CIES, foi

reconhecido seu papel limitado, a necessidade de se investir na mesma e repensá-la num contexto de reformulação da política. Foi destacada a indefinição de seu papel.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTADO DA ARTE E PRÁTICAS ATUAIS

A implementação e o desenvolvimento da PNEPS no Brasil tem passado por diferentes momentos e enfoques. A publicação da Portaria GM/MS 1.996/07 foi avaliada positivamente pelos gestores. Em que pese as limitações deste trabalho, espera-se que o mesmo contribua para o fortalecimento da EP, promovendo o debate sobre o tema e ampliando a capacidade de produção acadêmica dos núcleos participantes da pesquisa. Destaca-se a importância de sua divulgação entre os diversos atores envolvidos no processo para apreciação, validação e construção de alternativas para o campo da educação em saúde, visando o fortalecimento do SUS.

Horaire : 12:45

Repas

Horaire: 13:45 – 15:15

Session 25

Salle 1

Thème: L'accréditation

Président: Véronique Zardet, France

[A implantação do programa de qualidade e acreditação em um serviço de diagnóstico por imagem no sul do Brasil.](#)

Laurete Medeiros Borges, Instituto Federal de Santa Catarina, IFSC, Brasil

[L'ISO 9001 comme outil d'évaluation de la qualité en milieu hospitalier.](#)

Cindy Derbaix, CHR Mons-Hainaut, Belgique

L'objectif de notre démarche est d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Le contexte hospitalier est particulier, chaque service à ses spécificités propres et plusieurs corps de métiers différents y cohabitent. Le caractère intangible des services fournis par les hôpitaux rend complexe l'évaluation de leur qualité intrinsèque. Une démarche d'accréditation ou de certification apporte une réelle méthodologie pour évaluer cette qualité.

Bien qu'il n'y ait aucune obligation légale en la matière, l'accréditation est au cœur des projets hospitaliers, certains hôpitaux wallons et bruxellois sont engagés dans une telle démarche. Quelques-uns l'ont par ailleurs déjà obtenue. Il existe plusieurs référentiels pour accréditer les hôpitaux, l'HAS (système français), le QMentum (canadien) ou le JCI (américain) qui ont des exigences qui leur sont propres et une méthodologie d'audit calquée sur celle de l'ISO. Par ailleurs, les exigences de la norme ISO 9001 se retrouvent en filigrane dans les référentiels susmentionnés. Au moment d'entreprendre une démarche d'accréditation dans notre Institution, il nous est apparu plus opportun de réaliser des démarches de certification selon la norme ISO 9001. A l'inverse de l'accréditation hospitalière qui est un processus global - impliquant l'accréditation de l'hôpital dans son entièreté - nous avons choisi d'y aller pas à pas, en certifiant selon la norme ISO 9001 un service après l'autre.

Notre méthodologie est basée sur une attitude évolutive basée sur le *Plan-Do-Check-Act*, La traçabilité permanente, la gestion des risques, l'enregistrement des événements ainsi que toute forme de non-conformité devant donner lieu à un suivi circonstancié. Pour répondre aux exigences de la norme, nous avons centralisé la gestion documentaire et l'enregistrement des événements indésirables à l'aide d'un logiciel commun à tout l'hôpital. A ce titre, nous avons rédigé une politique de déclaration des événements indésirables qui permet à chacun de déclarer les divers dysfonctionnements sans risquer d'encourir de sanction.

Dans chaque service où nous avons initié une démarche ISO 9001, nous avons nommé des référents qualité et formé des auditeurs internes. Au fil des audits internes et externes, des indicateurs de qualité se sont imposés d'eux-mêmes, certains sont institutionnels (ex: Identitovigilance) et d'autres sont propres aux services certifiés. La qualité des services fournis par l'hôpital ne se mesurant pas uniquement sur la qualité des soins, des accords de partenariat ont été mis en place entre les services

médicaux et les services support (pharmacie, stérilisation, achats, cuisine, service technique, service entretien etc.).

Actuellement nous avons trois services certifiés ISO 9001 : L'unité de soins palliatifs, l'unité de recherche clinique en endocrinologie et la clinique du sein. D'autres services sont en passe de le devenir fin de cette année; citons le service de Néphrologie-Dialyse et Auto-Dialyse, le service contentieux et le service maternité dans son activité de séjour écourté...

L'objectif pour un futur proche est de certifier plusieurs services dans chaque département de l'hôpital et à plus longue échéance, d'aboutir à une accréditation hospitalière.

Accréditation des hôpitaux en Roumanie - points en noir et blanc.

Delia Mihaela Rasnoveanu, Spital Judetean Braila, Romania

L'accréditation des hôpitaux en Roumanie a commencé en 2011. On a été créé une commission nationale qui a élaboré des références et des normes de qualité. En 2012 ont été mis en place des structures des hôpitaux pour la gestion de la qualité (SMQ) visant à surveiller le respect des normes. Ils ont fait des protocoles de pratique, les procédures pour lesquelles les hôpitaux doivent fonctionner. Il est très difficile pour le personnel médical de se conformer à ces procédures, car jusque-là la profession était libre sans règles. On a formé des évaluateurs professionnels de tous les professions qui ont commencé à visiter les hôpitaux pour l'évaluation. Il y avait des listes de contrôle pour chaque structure et d'indicateurs hospitaliers pour vérification.

Jusqu'à 2016, quand on a terminé le premier cycle d'accréditation ont été évalués plus de 400 hôpitaux publics et privés. Tous ont été accrédités en réalisant plus de 45% des exigences d'accréditation. Depuis 2015 quand la direction de la Commission nationale a été change, certains indicateurs ont été modifiés car on a constaté que certains étaient pas clairs et conduit à la confusion et certains ont été inutiles.

Pratiquement, le premier cycle d'accréditation a montré qu'on peut travailler avec des procédures médicales comme ils sont connus dans les hôpitaux, mais il y'a beaucoup de bureaucratie.

Pour le deuxième cycle d'accréditation qui a commencé en 2017 les normes ont été modifiées, elles sont plus claires et moins formelles. Les nouvelles exigences permettent plus pour l'hôpitaux la liberté dans le respect des normes.

Points noirs (ce qui n'était pas bon):

- ils ont fait des documents inutiles pour que l'hôpital peut répondre à des indicateurs même si l n'était pas nécessaire
- ils ont copiés des documents entre les hôpitaux sans être ajustés
- il était difficile pour le personnel médical à comprendre les procédures qui peuvent aider et pas déranger
- les évaluateurs de différents milieux ne comprenaient pas certaines exigences et ont donné des interprétations différentes

Points blancs (qui était bon):

- on a formé des équipes dans les hôpitaux
- on a compris que nous avons besoin d'une collaboration entre les secteurs médicaux et non médicaux
- pour la période de la visite d'évaluation tous le personnel hospitalier a travaillé et a été rejoint
- on a compris le rôle des procédures médicales qui peuvent aider l'activité et peuvent améliorer la qualité des soins

Ce que nous pouvons / espérer de faire ensuite:

- il y'a une surveillance régulière de respecter les normes de l'accréditation, pour savoir que nous devrions continuer à surveiller la qualité des soins
- les documents doivent être modifiés de manière à être utiles et adaptés aux protocoles de chaque hôpital
- exige une formation régulière du personnel
- on a besoin d'une collaboration continue entre les structures hospitalières pour améliorer la qualité des soins

- des règles claires et simples devraient être mis au point pour chaque activité et on doit toujours les vérifier.

Présentation du projet d'accréditation du CHU de Liège selon le référentiel JCI.

Masoumeh Takeh, CHU de Liège, Belgique

Session 26

Salle 4

Thème: Maisons de retraite médicalisées (MRM) : l'équilibre entre qualité et efficience II

Président: Véronique Zardet, ISEOR, France

Maisons de retraite médicalisées (MRM) : l'équilibre entre qualité et efficience dans l'expérience Suisse.

Carlo De Pietro, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana. Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Svizzera

Maisons de retraite médicalisées (MRM) : l'équilibre entre qualité et efficience dans l'expérience au Québec.

Roxane Borgès Da Silva, Université de Montréal, Canada

Session 27

Salle 3

Thème: L'amélioration continue des systèmes de santé

Président: Philippe Wieser, Suisse

Réorganisation du secteur hospitalier français : les conditions de réussites ou d'échecs.

Frédérique Quidu, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, France

Depuis 1970, les établissements de santé sont l'objet de nombreuses réformes avec pour objectif – en outre – la maîtrise des dépenses de santé et une meilleure répartition de l'offre sur le territoire dans un souci d'amélioration continue de la qualité des soins. Ces réformes préconisent puis incitent les établissements à établir des relations soit avec des structures publiques ou privées soit avec des professionnels de santé. C'est ainsi que petit à petit le paysage hospitalier va se modifier laissant la place à une pluralité de formes relationnelles à l'instar du groupement d'intérêt public, de la communauté hospitalière de territoire ou bien encore du groupement de coopération sanitaire. Toutefois, nous trouvons sous ces habillages juridiques une grande variété de configurations de relation aux issues elles aussi très diverses (succès, relation transitoire, échec..).

Nous avons étudié une soixantaine de relations entre groupes sociaux (directions hospitalières publiques ou privées, ARS, médecins, personnels, élus politiques, etc.) dans le but d'identifier – s'il existe – des profils homogènes de processus relationnels. Nous avons aussi analysé les différentes issues des relations mises en œuvre qu'elles soient volontaires ou imposées.

Après avoir défini les caractéristiques d'un processus relationnel, nous avons construit un corpus de configurations de relation à partir des informations extraites de rapports d'études et d'observations effectués dans le champ hospitalier. Nous avons choisi des processus relationnels pour lesquels au moins un des groupes relève de la sphère publique. Nous avons ainsi créé une base de données de 83 formes relationnelles (formelles et informelles) se répartissant sur la quasi-totalité du territoire français. Le nombre relativement important de cas définis au moyen de critères similaires a justifié l'utilisation de méthodes quantitatives (dont la taxonomie).

L'analyse de notre corpus a révélé des résultats très intéressants. Tout d'abord, l'habillage juridique des relations ne s'avère pas discriminant. Ensuite, nous avons pu identifier des profils homogènes de relations constituant un continuum allant de la réussite à l'échec de la relation. Mais surtout, le spectre des configurations a révélé que toute relation peut être définie par seulement trois caractéristiques

essentielles que nous détaillerons. Munis de ces résultats, nous avons pu constituer une grille de lecture des formes relationnelles en les positionnant entre deux pôles extrêmes que sont l'entropie organisationnelle et la néguentropie organisationnelle. Nous avons mis ainsi en évidence l'existence de « lois » de passage d'une forme relationnelle à une autre, prédictive de l'issue probable de la relation. Cet outil peut s'avérer utile en stratégie pour les décideurs chargés de l'organisation du système sanitaire.

La force de la sous-culture de responsabilité comme condition d'amélioration continue dans l'hôpital.

Djida Bounazef, Didier Van Caillie et Hichem Sofiane Salaouatchi, Smart City Institute, HEC Liège, Université de Liège, Belgique

Cette recherche positionne l'intégration de la sous-culture de responsabilité comme facteur d'amélioration continue à travers le renforcement des valeurs et pratiques. Elle analyse les valeurs, les comportements, les facteurs de motivation/démotivation à l'engagement et la perception du leadership. La recherche se base sur la théorie de l'identité sociale et de la catégorisation sociale de Tajfel et de Turner. Cette théorie analyse les idéologies, les valeurs et les composantes des sous-cultures partagées propres aux groupes catégoriels. Elle explique l'orientation des comportements et des sources d'engagement et de désengagement dans des actions d'amélioration continue. La recherche se réfère aussi aux niveaux de la culture de Schein. Ces travaux expliquent les valeurs innées, construites et partagées des médecins.

L'approche empirique se base sur un paradigme épistémologique constructiviste. Cette approche prend en compte la réalité construite, perçue et subjective des médecins en fonction des expériences individuelles et partagées. Elle explique les besoins, intérêts, idéologies, perceptions et objectifs de chaque groupe catégoriel des médecins. Le contexte analysé concerne 380 médecins dans des hôpitaux algériens. La finalité est de déterminer la force de leurs valeurs et comportements afin de développer leur engagement à moyen et long terme. Le choix des médecins (en tant de groupes et sous-groupes) comme population d'étude renvoie aux attentes de la direction des ressources humaines du ministère de la santé algérien. Tel que, son but est de déterminer les facteurs renforçant la sous-culture médicale et la culture organisationnelle dans l'hôpital.

Le choix méthodologique retenu est de type quantitatif à travers la distribution de questionnaires. Les données récoltées ciblent les médecins ayant un minimum de 3 ans d'expériences au niveau de 5 centres hospitalier universitaires. L'administration des questionnaires est réalisée en 2013 avec un retour entre 7 et 13 mois. La recherche empirique retient 91 variables qui sont analysées en fonction de leurs distances d'agrégation avec la classification ascendante hiérarchique. Cette méthode analyse la force des relations entre les groupes catégoriels (Personnalité, sexe, grade, âge et appartenance des médecins) et les variables d'influences retenues. Les résultats dénotent l'existence d'une faible sous-culture de responsabilité des médecins. Cela est dû à la faiblesse de la culture hospitalière. Le manque d'implication de l'équipe dirigeante dans le renforcement des valeurs responsables a une relation directe sur la normalisation des comportements et des valeurs partagées des médecins. Le développement de contre-cultures et de sous-cultures favorise les divergences entre les valeurs, les croyances et les pratiques propres à chaque sous-groupe. Ces divergences impactent la relation managériale, organisationnelle et sociale entre les médecins et les autres acteurs internes (notamment l'équipe dirigeante). Les résultats identifient un lien entre les facteurs de démotivation (désengagement) et la perception de la sous-culture de responsabilité à travers le niveau d'acceptation de la responsabilisation partagée. Toutefois, une insensibilisation des médecins est constatée pour la responsabilité morale, sociale et durable.

Les résultats concluent que le niveau d'implication et de perception de la sous-culture de responsabilité des médecins varie en fonction de la catégorisation sociale. La culture de responsabilité représente bien un facteur déterminant dans les processus d'amélioration continue. Elle représente une composante permettant de renforcer la performance et la culture hospitalière. Les médecins sont conscients du rôle actif qu'ils peuvent jouer sur le volet sociétal. Toutefois, la sous-culture de responsabilité représente une composante secondaire. Dans ce sens, des actions d'amélioration continue doivent être introduites pour le renforcement de l'adhésion des valeurs aux normes consensuelles ; la mise en place d'un leadership favorisant un travail en réseau ; la focalisation sur la force de la culture hospitalière ; la

détermination des risques organisationnels et des facteurs de désengagement et pour la prise en compte de l'identité sociale dans les stratégies de sensibilisation et d'implication.

Le concours qualité au Burundi : évaluation d'un processus d'amélioration de la qualité des soins en centre de santé.

Anne Fromont, Marie-Claire Ryanguyenabi, Hammer Wolfhard e Slim Haddad, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados.

Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Celia Regina Pierantoni, Juliana de Oliveira Costa, Ana Cristina de Sousa van Stralen, Thaís Viana Lauar, Renata Bernardes David, EPSM/NESCON/FM/UFMG e IMS/UERJ, Brasil

Introdução

O termo “escopo de prática” é utilizado para descrever o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, treinamento e competência profissional (FSMB, 2005). Na área da saúde, um profissional com escopo de prática limitado pode aumentar as taxas de referência para redes secundárias e, conseqüentemente, aumentar os custos de saúde, além de restringir o acesso dos usuários aos serviços (WONG & STEWART, 2010) Por outro lado, um escopo de prática ampliado pode contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde (DILL, et. Al., 2013). Dessa forma, a maneira como o escopo de prática é estabelecido impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho e, portanto, na qualidade e no custo dos serviços de saúde.

Objetivos

O objetivo deste estudo foi caracterizar o escopo de prática de médicos inseridos na Atenção Primária em Saúde (APS), participantes do Programa Mais Médicos (PMM) e investigar os fatores associados à execução de maior número de atividades clínicas.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório, de corte transversal, realizado entre os meses de janeiro e março de 2016, por meio de um questionário autoaplicável, enviado por via eletrônica para uma amostra de médicos participantes do Programa Mais Médicos. O questionário abrangia além de dados sociodemográficos, uma lista de 49 procedimentos e atividades em que os participantes foram solicitados a indicar se realizam na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuam e em caso negativo se sabem realizar. Um total de 3.568 médicos respondeu ao questionário, dos quais 1.241 foram considerados elegíveis para compor a amostra. Os dados sociodemográficos e os referentes aos escopos de prática foram descritos segundo a distribuição de frequências e medidas de tendência central. Para comparação de variáveis contínuas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney. As análises estatísticas foram feitas utilizando-se o software SPSS 19 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos)

Conclusões/Considerações Finais

Este estudo identificou diferentes fatores que estão associados a um escopo de prática mais ampliado dos participantes, como o sexo masculino e o menor tempo de graduação, além de fatores geográficos, como localização, distância e porte dos municípios onde atuam os médicos. Destaca-se, ainda, que os médicos integrantes do Programa Mais Médicos realizam um menor número de procedimentos, atividades e ações do que relatam saber fazer, principalmente devido à falta de materiais e à infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde. Desta forma, o uso das competências dos profissionais pode ser otimizado a partir da estruturação das unidades de saúde e da disponibilização de materiais. A revisão dos escopos de prática de profissionais de saúde tem sido destacada como ferramenta para a ampliação da potencialidade do cuidado em saúde na atenção primária.

Thème: Responsabilité de la politique publique par rapport à la qualité des soins (1)

Président: Joan Barrubés, España

Incorporação de tecnologias em saúde: avaliação das iniciativas adotadas no estado de São Paulo/Brasil.

Fabiola Lana Iozzi, Ana Luiza d'Ávila Viana et Hudson Pacífico da Silva, Universidade de São Paulo, Université de Montreal et CEALAG, São Paulo, Brasil et Québec

Políticas Públicas de Infamia: Cuatro Casos en Salud – México.

Donovan Casas Patiño, Cristiane Costa da Cunha Oliveira, UAEM/UNIT-Tirandetes, México

A Implementação da Regionalização da Saúde em Municípios não-polo: Estudo de caso em regiões de saúde desenvolvidas.

Carolina Cavanha de Azeredo Santos, Ana Maria Malik, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, Brasil

Thème: Estratégias de regiões de saúde no Brasil (Stratégies de santé des régions au Brésil)

Président: Liza Yurie Teruya Uchimura; Brasil

Avaliação do escopo de prática de médicos da Atenção Primária em Saúde.

Ana Cristina de Sousa Van Stralen, Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Célia Regina Pierantoni, Juliana de Oliveira Costa, Thaís Viana Lauar, Joana Natalia Cella, Jackson Freire Araujo et Ana Carolina Maciel Chagas, NESCON/UFMG, Brasil

Descentralização (Regionalização) dos sistemas de prestação de cuidados de saúde; Políticas de Recursos Humanos em Saúde.

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, Ana Luiza D'Ávila Viana, Liza Yurie Teruya Uchimura, Patrícia Martins Montanari, Rodrigo Calado Silva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Depto de Saúde Coletiva, Brasil

Regionalização da Vigilância em Saúde: uma proposta de avaliação em uma região de saúde no Brasil.

Ana Coelho de Albuquerque, Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Eronildo Felisberto, Isabella Chagas Samico, Liza Yurie Teruya Uchimura, Nathalie Estima, Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Este estudo tem como objetivo propor uma metodologia para a avaliação de desempenho da regionalização da Vigilância em Saúde (VS), utilizando como base os resultados obtidos em uma região de saúde no Brasil. A regionalização passou a ser priorizada como macroestratégia organizativa do sistema de saúde brasileiro, com o intuito de garantir a universalização, a equidade e integralidade da atenção à saúde no país. No entanto, estudos nacionais tem concluído que esse processo apresenta baixa implantação e desenvolvimento devido às características dos sistemas descentralizados, as quais são bastante heterogêneas no território nacional. O presente estudo, de cunho quantitativo e transversal, utilizou resultados provenientes da pesquisa de campo realizada na V Diretoria Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Foi desenvolvido um questionário estruturado para coleta de dados primários, aplicado a atores-chave, tomando como base as três dimensões da pesquisa (Política, Estrutura e Organização). O instrumento foi composto por questões expressas na escala Likert (1976) de cinco pontos, questões de múltipla escolha e abertas. A análise dos resultados foi realizada utilizando-se como tendência central o escore médio (EM) e para cada atributo foram construídos índices sintéticos, ambos expressos na escala 1 a 10. Foram atribuídos três pontos de corte para avaliação do desempenho: valores iguais ou abaixo de 4,99 foram considerados insatisfatórios; entre 5,00 e 6,99, intermediários; e iguais ou acima de 7,00 satisfatórios. Para as questões dicotômicas e

multinomiais, optou-se por utilizar o percentual das respostas afirmativas e/ou positivas em relação ao item investigado. Os resultados apontaram que o desempenho da regionalização da VS na região estudada foi considerado satisfatório, com destaque para a dimensão Política (EM 8,51) e Organização (EM 8,18). A Estrutura obteve desempenho intermediário (EM 6,78). A metodologia proposta mostrou-se apropriada para avaliar o desempenho da regionalização da VS, especialmente porque permitiu identificar suas potencialidades e fragilidades. A pesquisa evidenciou diferenças importantes entre as dimensões relacionadas na pesquisa, devido à influência de processos e contextos distintos. Os resultados apontaram também para dificuldades operacionais na consolidação de um sistema de saúde regionalizado no Brasil, especialmente no que diz respeito à VS. Mas, apesar de a regionalização ser um processo em curso, é importante destacar que a discussão em torno dela ainda gera tensões, inclusive em outros países, a exemplo do Canadá. No Brasil, é evidente o papel central do Ministério da Saúde na regulamentação do processo de regionalização. No entanto, faz-se necessário o estabelecimento de um projeto político que assuma efetivamente a regionalização como uma estratégia para a reorganização da atenção à saúde.

[A formação de profissionais de saúde nas diferentes regiões de saúde do Brasil.](#)

Celia Regina Pierantoni, Carinne Magnago, Swheelen de Paula Vieira, Romulo Miranda, Márcia Silveira Ney, Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite de Carvalho, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Horaire : 15 :15

Pause Café

Horaire: 15 :45 – 17 :15

Session 30

Salle 1

Thème: Formation et renforcement des capacités académiques

Président: Magda Duarte dos Anjos Scherer, Brasil

[A formação da qualidade: Na perspectiva do estudante de odontologia em relação à prática pedagógica.](#)

Roselita Sebold, Daniela Lemos Carcereri, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Brasil

Este trabalho trata-se de um recorte da tese intitulada 'A prática pedagógica do professor de odontologia pelo olhar do estudante de graduação'. Pesquisa qualitativa com abordagem interpretativa que objetiva compreender a prática pedagógica do professor de Odontologia pelo olhar do estudante. A pesquisa foi conduzida em uma Universidade do sul do Brasil, no Curso de Odontologia, de forma paralela, envolvendo professores e estudantes. A seleção dos sujeitos foi por meio de amostra intencional. A seleção dos estudantes foi atrelada aos critérios de seleção dos professores. Coleta de dados em três etapas: **Entrando no Campo** - contato com o informante-chave para enquête livre; identificação dos professores (1 iniciante, 1 intermediário e 1 experiente); e contato com os professores selecionados para explanação da pesquisa, convite para participar do estudo. **Ficando no Campo:** Técnica de coleta de dados por meio de análise documental, observação não participante, com gravação das aulas em vídeo durante um semestre. Foram realizados 3 grupos focais (1 grupo de cada disciplina); e **Saindo do campo:** Registro de diário de campo com informações sobre as observações e grupos focais e a validação dos dados juntos aos estudantes. O processo analítico envolve o registro das notas de campo das sessões de aulas observadas, a transcrição dos grupos focais e análise dos vídeos e documentos. A análise está pautada num processo dedutivo e indutivo. O processo dedutivo apoia-se em categorias previamente elaboradas em outros estudos (SHULMAN, 1986, 1987, 2005; CARCERERI, MEDINA MOYA 2013) como forma de orientar a análise. O pesquisador parte de um universo geral já constituído, ou seja, de um referencial teórico para uma particularidade (TURATO, 2003). Na sequência foi utilizado o método das comparações constantes proposto por Glase y Strauss (1967) e Staruss e Corbin (2008), método no qual se combina a codificação indutiva de categorias com a comparação constante entre elas. Os dados foram organizados no software Atlas.Ti 7.1 Qualitative Data Analysis. Para análise dos dados foi utilizado o método das comparações constantes à luz dos

referenciais de Shulman e Bain. Desse processo emergiam 525 códigos, agrupados em 23 categorias. O recorte deste trabalho trata do núcleo temático denominado: 'Dimensões da prática docente' que apresenta aspectos da prática pedagógica de professores de odontologia que os tornam especiais pelo olhar do estudante em relação ao processo de aprendizagem.

Conclusão

O estudante de odontologia considera um bom professor aquele que: domina o conteúdo, mas consegue torná-lo compreensível; possibilita o diálogo; trata o estudante de forma humana; usa metodologias ativas de ensino; adota a avaliação processual da aprendizagem; sabe trabalhar em equipe e respeita seus colegas professores e seus estudantes. Este tipo de análise permite gerar construções teóricas que, juntamente com os domínios qualitativos e as categorias temáticas constituem um quadro conceitual que inclui todos os aspectos da realidade estudada e lhes confere um novo sentido e significado.

Trilhas de Educação Permanente em Saúde no Brasil: Concepção teórica e experiências aplicadas em uma Escola de Governo em Saúde.

Fernanda Maria Duarte Severo, Ana Silvia Pavani Lemos et Maria Fabiana Damásio Passos, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília/DF, Brasil.

Contexto e Descrição do Problema

A Escola Fiocruz de Governo - EFG, localizada em Brasília/BR tem como um dos seus desafios principais a formação dos quadros do governo para atuação na saúde pública/coletiva. Atualmente, a EFG conta com duas ações formais de educação de Pós Graduação, o Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde - MPPPS e a Especialização em Saúde Coletiva - CESC. O ingresso é público, aberto e gratuito, por demanda espontânea, o que configura uma diversidade de perfis e expectativas pessoais sobre a formação. Entretanto, há uma convergência de interesses acerca da compreensão geral da saúde pública/coletiva. Paralelamente, consideramos os pressupostos das políticas brasileiras de formação dos profissionais da saúde. Esses elementos guiaram nossa reflexão sobre o perfil das demandas, eixos temáticos dos cursos, estratégias pedagógicas e barreiras a serem contornadas para qualificar os processos formativos. Assim, compreendemos a necessidade de realizar um mapeamento de competências para potencializar a atuação dos profissionais nos territórios da saúde, considerando a complexidade do contexto social/mundo do trabalho brasileiro e as singularidades de cada um, em resposta a esse meio.

Objetivos

Ampliar a reflexão teórica e conceitual sobre as competências necessárias para formação dos profissionais da saúde pública brasileira (Sistema Único de Saúde) por meio de uma modelagem de trilhas de aprendizagem, no âmbito de uma Escola de Governo.

Métodos

A natureza empírica das demandas de formação da EFG e das pesquisas exploratórias acerca do quadro teórico conceitual, nos fez conciliar o método de "ciclos reflexivos" e "bola de neve", subdividimos o quadro crítico em quatro dimensões principais: 1) Análise do perfil dos estudantes/profissionais e observação direta das experiências formativas realizadas entre (1/2015 e 1/2017). 2) Revisão de literatura sobre competências; ergonomia; experiências de modelagens curriculares em trilhas de aprendizagem e competências do campo da saúde pública/coletiva. 3) Formulação a matriz das competências interprofissionais, gestão e práticas em redes da saúde pública brasileira. 4) Concepção da modelagem em trilhas de aprendizagem para qualificação de profissionais da saúde no âmbito da EFG.

Resultados e Discussão

O perfil dos ingressantes do curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde evidenciou inserções em diferentes locais da rede de atenção à saúde e da assistência social, com destaque para a gestão federal, gestão distrital e assistência à saúde, com uma média de 10 a 15 anos de experiência profissional na área de atuação. Em contrapartida, o Curso de Especialização em Saúde Coletiva (2015), revelou a presença de profissionais mais jovens e com menor tempo de experiência de 3 a 8 anos, com predomínio de atuação nas práticas de assistência à saúde no território do Distrito Federal. Uma análise

complementar das trajetórias dos alunos revelou que são originários das cinco regiões brasileiras, a heterogeneidade das formações superiores iniciais e a amplitude das experiências de trabalho acumuladas, como potenciais para qualificação dos diálogos multiculturais e construção de processos formativos em redes. A pesquisa teórica acerca das competências profissionais evidenciou o predomínio de influências de duas vertentes principais na produção mundial: na norte americana destaca-se as qualificações técnicas individuais das pessoas; e na francesa, valoriza-se as realizações das pessoas em um contexto social ultrapassando o nível técnico e individual. Ainda no campo das competências, Yves Schwartz, apresenta uma reflexão sobre os "ingredientes da competência" que potencializam ou restringem o desenvolvimento de competências pelo trabalhador. Complementarmente a ergologia, a ergoformação aprofunda ainda a análise da relação trabalho e educação, por meio do diálogo entre os saberes constituídos e os saberes investidos. O campo da saúde pública/coletiva prescreve que como eixos basilares para formação: gestão, atenção e educação na saúde. Os documentos de área, consideram ainda, que, para o profissional atuar com eficiência na saúde coletiva é preciso desenvolver competências sociais e a ética de corresponsabilidade. Com relação às trilhas de aprendizagem, a literatura com experiências brasileiras mostrou-se ainda escassa, mas destaca o potencial desse tipo de modelagem curricular para abertura flexível de integração de experiências diversificadas e autonomia do profissional para construir seu processo formativo.

Considerações finais

O arcabouço teórico definido como escopo desse estudo e os experimentos de modelagens curriculares flexíveis, até o momento, revelaram-se potentes para se colocar em sinergia a alteridade dos profissionais que buscam a EFG para dar continuidade em suas formações para o mundo do trabalho. Nesse sentido, consideramos que as articulações entre os campos do conhecimento da saúde, das ciências humanas e sociais se constituirão como vivências dinâmicas mobilizadoras de competências sociais, econômicas e técnicas fundamentais para saúde pública/coletiva.

Contribuições do estudo

Fomentar discussões teóricas e conceituais acerca da complexidade das competências sociais necessárias para atuação na saúde pública/coletiva no Brasil. Qualificar a formação dos profissionais da saúde para atuar nos quadros do governo brasileiro, contribuindo assim, para a garantia de direito à saúde, justiça e seguridade social.

Percursos Formativos de Profissionais da Saúde Atuantes na Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal, Brasil.

Ana Silvia Pavani Lemos, Magda Duarte dos Anjos Scherer; Erica Lima Costa de Menezes, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Universidade de Brasília et Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Contexto e Descrição do Problema

O Brasil apresenta como proposta basilar de suas ações de saúde a Atenção Primária/Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para atender os pressupostos preconizados por essa estratégia, as políticas de Formação Profissional em Saúde, nos últimos anos, avançaram significativamente, na busca de aproximar de forma mais efetiva a academia com os pressupostos constitucionais e do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, ainda persistem formações demasiadamente acadêmicas, biomédicas, e fragmentadas, que pouco dialogam com os serviços e com as reais necessidades dos territórios. Ademais, o diálogo com a prática de trabalho, quando ocorre, tende a reproduzir o modelo pedagógico tradicional de transmissão de saberes, que prioriza os saberes teóricos (constituídos) e o dicotomiza dos saberes práticos da experiência (investidos), estes fundamentais para que o processo formativo seja significativa para os trabalhadores em sua atividade de trabalho. Assim, conhecer o percurso formativo destes profissionais, e dos fatores que influenciam em tal processo, são relevantes para auxiliar docentes, gestores e trabalhadores a organizarem atividades pedagógicas, sejam estas formais ou não formais, e que valorizem estes diversos saberes, de forma a promover as mudanças necessárias à qualificação dos serviços de saúde nos territórios, de forma efetiva e em sua integralidade. **Objetivos:** Considerando percurso formativo como o conjunto de saberes, experiências e aprendizagens, formais e não formais, realizadas pelo trabalhador, ao longo de sua trajetória pessoal, formativa e profissional, este estudo tem como objetivo descrever e analisar os percursos formativos de 19 profissionais da saúde entre médicos, enfermeiros, técnicos de

enfermagem, agentes comunitários de saúde, técnicos de saúde bucal e cirurgiões-dentistas, de duas Equipes de Saúde da Família (eSF) do Distrito Federal, Brasil, relacionando-as com o trabalho na ESF e sob a luz do referencial teórico da ergologia.

Métodos

Utilizou-se a metodologia qualitativa, com coleta e análise por triangulação, que incluiu estudo documental, entrevista semiestruturada e observação do trabalho. Posteriormente, realizou-se a análise de conteúdo temática e utilização do software para análise qualitativa Atlas.Ti (Qualitative Research and Solutions), versão 7.5.15, que auxiliou na sistematização e categorização dos dados. A análise resultou em três categorias empíricas: 1) Perfil e Trajetória profissional; 2) Aprendizagens Formais; e 3) Aprendizagem no Trabalho.

Resultados e Discussão

Predominaram profissionais do sexo feminino, com idade entre 27 e 40 anos e com tempo médio de trabalho na USF de seis anos. As trajetórias profissionais mostraram-se pouco lineares e reflexivas no que concerne à construção de um projeto profissional, incluindo a opção de trabalho na ESF. A escolha da carreira e das demais atividades formativas sofreram a influência de fatores extrínsecos e intrínsecos, tais como: familiares; econômicos; sociais; culturais; políticas; incluindo as complexidades e singularidades específicas de cada categoria profissional e do próprio indivíduo. Constatou-se ofertas periódicas de cursos de capacitação pela gestão direcionadas à todas as categorias profissionais, porém fragmentadas e pouco articuladas com a real necessidade dos trabalhadores. Os saberes da experiência, tanto individuais quanto coletivos, foram valorizados pelos trabalhadores em seu cotidiano nos serviços, por meio de diálogos com os colegas mais experientes, reuniões de equipe e momentos de educação permanente em saúde.

Conclusões

A construção dos percursos formativos dos trabalhadores evidenciou as singularidades das trajetórias e do “uso de si” e suas “dramáticas” neste caminhar, que permeiam a atividade de trabalho na ESF. Nesse processo, percebeu-se o esforço dos profissionais em aplicar as “bagagens” adivindas do seus percursos formativos em suas práticas cotidianas de trabalho, e das tentativas em compartilhá-lo com a equipe, apesar de intensa carga de trabalho diária. Nesse sentido, e considerando os princípios e diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, recomenda-se estimular a construção de espaços na ESF para a socialização de ideias, saberes e experiências, que favoreça a “visibilidade” deste percurso formativo e construção coletiva e colaborativa do conhecimento, qualificando diálogo entre saberes constituídos e investidos com vistas ao fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Contribuições do estudo

Os achados deste estudo contribuem para o entendimento sobre os elementos que atuam direta e indiretamente no direcionamento e na escolha de realização de atividades formativas pelo profissional, e da possibilidade destes em mobilizar os saberes, experiências e aprendizagens adquiridas em seu caminhar formativo para qualificar o seu trabalho na ESF. Estas informações podem contribuir para a proposição de futuras atividades formativas, estudos sobre trajetórias profissionais, e qualificação de políticas públicas de formação profissional em saúde, visando à melhoria da atenção à saúde nos territórios.

[Accroître la capacité des professionnels de santé à publier.](#)

Georges Borgès Da Silva, Bibliothèque de santé (www.ggbds.org), France

[Renforcement des capacités académiques des enseignants-chercheurs de l'Institut National Médico-Sanitaire \(INMeS\) : élaboration et dispensation d'un programme de formation en recherche et de transfert de connaissances.](#)

Johanne Gagnon, Marie-Pierre Gagnon, Judith Lapierre, Stève Ronny-John Hountondji et Sidonie Tchabi, Institut National Médico-Sanitaire, Cotonou, Bénin et Université Laval, Québec, Canada

Contexte

Le projet intitulé "*Renforcement des capacités académiques en recherche scientifique des enseignants-chercheurs de l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS) de Cotonou*" s'inscrit dans la Stratégie nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique du Bénin. L'un des objectifs de cette Stratégie est d'améliorer la qualité et l'équité dans l'enseignement supérieur à travers le Développement de la formation académique et pédagogique des enseignants-chercheurs. L'INMeS possède depuis 2011, une structure de niveau universitaire faisant partie de l'Université d'Abomey-Calavi de Cotonou. Pour renforcer ses capacités académiques (par des formations et des ateliers de transfert de connaissances aux enseignants-chercheurs) et institutionnelles (par une meilleure gestion des ressources humaines, l'acquisition de partenariats et d'équipements nécessaires pour assurer les formations et la recherche), l'INMeS bénéficie de l'appui financier de partenaires belges (depuis 2011) et néerlandais (depuis 2014). Les pouvoirs publics béninois ont également exprimé leur soutien à l'INMeS en consentant une forte augmentation de l'équipe d'enseignants-chercheurs (passant de 17 à 32 enseignants permanents), qui n'ont pas encore tous le niveau requis pour enseigner les programmes de Licence et de Master mis en place, respectivement en 2011 et 2015, à l'INMeS. Par conséquent, une collaboration entre l'INMeS et ses partenaires : le Centre pour l'Innovation en Éducation et en Formation (Pays-Bas), la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (Canada) et l'Institut Africain de Formation en Pédagogie-Recherche-Évaluation en Sciences de Santé (Mali), a vu le jour (2014) afin de répondre au Plan de développement de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique 2013-2017.

Objectif général

Afin de former des infirmières-infirmiers et des sages-femmes qualifiés et d'offrir des soins de santé de qualité à la population locale, l'une des priorités pour l'INMeS est de renforcer les capacités académiques des enseignants afin qu'ils puissent remplir les fonctions attendues d'enseignants-chercheurs universitaires (ex. enseignement Licence et Master, programme de recherche financé par des organismes externes, publications et communications scientifiques, et rayonnement international).

Objectifs spécifiques. 1) former des enseignants-chercheurs, des chercheurs, des doctorants et des étudiants au Master et les rassembler pour discuter de questions relatives à la qualité des soins basés sur des preuves scientifiques au Bénin; 2) favoriser l'échange et le transfert de connaissances au Bénin entre milieux académiques et milieux de soins (retombées cliniques de la recherche), entre des étudiants, des doctorants et des chercheurs, entre le Sud et le Sud et entre le Sud et le Nord; et 3) créer une plateforme scientifique pour promouvoir et valoriser la recherche, puis la rendre accessible en Afrique francophone (formation en ligne).

Méthode

Pour ce faire, trois principaux volets ont été ciblés : 1) le niveau de formation supérieure des enseignants-chercheurs (bourses d'études Master et Doctorat), 2) l'accompagnement au nouveau programme de Master en sciences infirmières et obstétricales, et 3) l'élaboration et la dispensation d'ateliers de formation en recherche et de transfert de connaissances avec les partenaires néerlandais, maliens et québécois. Ces ateliers concernent notamment, la méthodologie de recherche, les demandes de financement, la rédaction de protocoles de recherche et de publications scientifiques ainsi que l'organisation annuelle de manifestations scientifiques pour diffuser les résultats. La structure et le contenu général de ce programme de formation seront présentés.

Résultats

Au terme du projet (2020), la capacité académique de l'INMeS est durablement renforcée, de façon à assurer l'autonomie de ses deux Écoles (infirmières et sages-femmes) et l'alignement des formations sur les exigences du secteur professionnel béninois. Volet 1 : Jusqu'à ce jour, un enseignant-chercheur a gradué au doctorat (2017), cinq sont présentement étudiants (2015-2016 et 2016-2017) et sept autres débiteront en 2017-2018. Puis, deux enseignants-chercheurs ont gradué au Master (2016 et 2017), quatre sont présentement étudiants (2015-2016 et 2016-2017), quatre débiteront en 2017-2018, et trois en 2018-2019. Volet 2 : Deux cohortes de 15 étudiants chacune ont débuté le programme de Master (2015-2017 et 2016-2018). Volet 3 : En 2017, sept ateliers de formation auront lieu ainsi qu'une journée scientifique. De ces formations, plusieurs retombées en termes de productions de recherche sont

prévues (2017-2020). Mentionnons des rapports et des articles de recherche, des communications scientifiques, des demandes de subvention pour des projets de recherche et d'innovation pédagogique, et l'organisation annuelle d'une manifestation scientifique.

Contribution pour la science et la pratique en santé

Ainsi, tous les enseignants-chercheurs de l'INMeS posséderont au minimum le niveau de Master, et une douzaine d'entre eux auront un doctorat. Puis, grâce aux activités de formation, de transfert et de diffusion, les enseignants-chercheurs de l'INMeS seront en mesure de réaliser des projets de recherche et d'innovation pédagogique, de compétitionner aux concours de financement à l'échelle locale, régionale et internationale, de rédiger des publications scientifiques, d'organiser et de participer à des manifestations scientifiques, et finalement, de former de futurs infirmiers-infirmières et sages-femmes de niveaux Licence et Master qui exerceront une pratique professionnelle basée sur des données probantes (les bonnes pratiques) et qui dispenseront des soins de qualité à la population locale.

Session 31

Salle 2

Thème: Regionalização é o caminho? Exemplos do caminho (La régionalisation au Brésil)

Président: Liza Yurie Teruya Uchimura, Brasil

[Instrumento para diagnóstico do grau de autonomia da Regionalização: casos brasileiros.](#)

Ana Luiza d'Ávila Viana, DMP, Brasil

[Indicador de desempenho regional do sistema de saúde: particularidades 2013/2014 a 2015.](#)

Liza Yurie Teruya Uchimura, Ana Luiza d'Ávila Viana; Eronildo Felisberto; Maria Paula Ferreira; Edgar Rodrigues Fusaro, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil

Contexto

O processo de regionalização e conformação de redes vêm se apresentando, no Brasil, como caminhos indispensáveis à superação da fragmentação da atenção à saúde, obstáculo importante para a garantia de acesso com qualidade e em tempo oportuno.

Objetivo

Comparar o indicador sintético para avaliar o desempenho do sistema de saúde em âmbito regional (ISR) com dados de 2013/2014 e 2015.

Métodos

Estudo transversal com dados secundários, considerou sete variáveis analisadas em 2015/2016 e 5 variáveis de cinco dimensões em 2017 a partir de uma pesquisa que envolveu 438 regiões brasileiras e que adotou modelos de análise fatorial e de cluster, condicionados por variáveis como: desenvolvimento socioeconômico, oferta e complexidade dos serviços e, resultou no agrupamento em cinco estratos distintos. As variáveis de 2013/2014 foram divididas em cinco dimensões consideradas importantes para o cenário brasileiro: condições de saúde da população, cobertura do sistema de saúde, financiamento, recursos humanos e produção do SUS. Entre as variáveis do primeiro modelo estavam: taxa de mortalidade infantil, cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Básica, Despesa per capita em saúde, médicos por mil habitantes, produção ambulatorial SUS por mil habitantes, percentual da produção ambulatorial do prestador público no total da produção ambulatorial e percentual das internações por prestador público no total das internações. No modelo com dados de 2015 foi retirado a dimensão financiamento e substituídas duas variáveis de produção SUS, com a inclusão do percentual da produção ambulatorial de média e alta complexidade no total da produção ambulatorial e taxa de internações clínico-cirúrgicas por mil habitantes.

Resultados

Apresentam-se, como resultados, um mapeamento com base no ISR com o comparativo das mudanças entre os períodos selecionados. Além de uma análise detalhada dos diferentes indicadores que o compõe. As regiões que apresentaram melhor desempenho situam-se no Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Contribuições

A proposta do indicador sintético para as regiões do Brasil, elaborada pela pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”, buscou apresentar um recurso para facilitar o monitoramento e a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde por regiões, em conformidade com a atual política de saúde do país. Podendo, ainda, auxiliar os gestores no planejamento regional das ações e dos serviços de saúde.

Estudo do índice de dependências nas regiões de saúde do Brasil.

Daniele Marie Guerra, Eurivaldo Sampaio de Almeida, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (FSP/USP), Brasil

A regionalização da saúde no Brasil foi prevista em 1988, na Constituição Federal, como uma estratégia de organização das ações e serviços de saúde. Sua implantação no país se inicia com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001/2002 (BRASIL, 2001), mas sua efetivação, de fato, só ocorre na operacionalização do Pacto pela Saúde, (BRASIL, 2006), que amplia o conceito de região de saúde, considerando além da oferta de serviços, a existência de identidades culturais, econômicas, sociais e uma rede de comunicações e transportes, possibilitando assim a adequação do desenho das regiões de saúde às diversidades locais. O Decreto Nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011) reafirma os preceitos constituídos anteriormente e define que cada região de saúde deve garantir o acesso resolutivo, às ações e serviços de saúde, organizados em Redes de Atenção à Saúde, assegurando um padrão de integralidade para o atendimento da população. Considerando as diversidades na composição das regiões de saúde e as desigualdades regionais observadas no Brasil, o objetivo deste estudo é identificar e analisar o Índice de Dependência Regional (IDR) nas internações hospitalares de média e alta complexidade, nas especialidades de Clínica Médica, Clínicas Pediátrica, Clínica Obstétrica e Clínica Cirúrgica, de média e alta complexidade, no território das Regiões de Saúde formalizadas no Brasil, no ano de 2015. O Índice de Dependência foi proposto pela Organização Panamericana de Saúde, na década de 1990, para estudar áreas de influência de unidades de saúde, municípios, regiões ou estados da federação; e auxilia na dimensão da oferta, em relação às necessidades de saúde de uma população (REZENDE & PEIXOTO, 2003). Neste estudo, Índice de Dependência, foi utilizado para calcular o quanto as regiões de saúde dependem de outras regiões, em busca da integralidade da assistência a seus municípios. O cálculo utilizado foi a porcentagem de atendimentos realizados fora do território de cada Região de Saúde para seus municípios em relação ao total de atendimentos realizados para os seus municípios, conforme proposto por GUERRA (2015). O IDR foi calculado para todas as 438 regiões de saúde formalizadas no país. O resultado das análises foi plotado em mapas, que permitem uma melhor visualização espacial. No total das internações de média complexidade, observou-se que cerca de 68% das regiões de saúde apresentaram um Índice de Dependência Regional (IDR) menor que 20%, mas 41 regiões (9%), ainda dependem em mais de 40%, de outras regiões para complementar o atendimento a seus municípios. Nas internações de clínica médica e clínica obstétrica, cerca de 80% das regiões apresentaram IDR menores que 20%. Cerca de 65% das regiões apresentaram IDR menores de 20%, nas internações de clínica pediátrica de média complexidade, enquanto que nas internações de clínica cirúrgica, apenas 41% das regiões apresentaram IDR menores que 20%. Nas internações de alta complexidade, os IDR encontrados foram bem mais elevados. Na análise do total das especialidades de alta complexidade, observa-se que somente 14% das regiões apresentaram os IDR menores que 20% e cerca de 62% das regiões, IDR maiores que 80%. Nas internações de clínica médica e clínica cirúrgica, um percentual de 15% das regiões de saúde apresentaram IDR menores que 20%. Os maiores IDR encontrados nas internações de alta complexidade foram encontrados na clínica pediátrica. Apenas 8% das regiões de saúde, apresentaram IDR menores que 20%, sendo que 77% destas, dependem em mais de 80% de outras regiões para complementar sua assistência. Na assistência hospitalar de média complexidade, a maioria das regiões de saúde conseguem concentrar o atendimento à população adscrita, dentro de seu território, mas ainda são observadas grandes dependências em algumas regiões de saúde, principalmente na região Nordeste do país. Nas internações de alta complexidade, poucas regiões de saúde conseguem obter a integralidade da assistência em seu território. Apenas 63 regiões

(15%) concentrent até 80% do atendimento em seu território. São regiões onde se localizam os grandes polos tecnológicos da assistência à saúde e promovem atendimento a pacientes de suas próprias regiões e das regiões em seu entorno. As grandes dependências observadas em algumas regiões de saúde podem comprometer a assistência a seus municípios e demandam investimentos em capacidade instalada em seus territórios, ou até possíveis revisões no desenho destas regiões. A curto prazo é necessário que se promova pactuações inter-regionais formalizadas nas instâncias de pactuação do SUS, para garantir o acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, de modo a promover a integralidade da atenção à saúde à população.

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e a Regionalização em saúde.

Luciana Reis Carpanez, Ana Maria Malik, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Brasil

Session 32

Salle 3

Thème: La performance du système de soins (2)

Président: Roxane Borgès da Silva, Québec

[Implanter et évaluer une équipe de consultation infirmière de proximité en gestion des maladies chroniques.](#)

Isabelle Brault, Contandriopoulos D, Perroux M, Université de Montréal, Québec

[Análise dos fluxos de pacientes médios e grandes queimados na rede de assistência hospitalar do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais – Brasil.](#)

Estela Márcia Saraiva Campos, Marcelo Torres de Souza et Mário Círio Nogueira, Universidade Federal de Juiz de Fora/Minas Gerais, Brasil

[Un modèle de soins et services en gérontopsychiatrie : porte d'entrée pour l'amélioration de la performance du système ?](#)

Lise Lamothe, Marie-Françoise Bourricand-Valois, École de santé publique ESPUM-DGEPS, Université de Montréal, Québec

Objectif de la recherche

L'objectif général de cette étude traite de l'intégration d'une nouvelle pratique clinique : la gérontopsychiatrie, au sein d'un réseau de soins régional afin d'améliorer la performance des soins aux personnes âgées présentant des troubles de santé mentale.

Plus spécifiquement, nous avons :

- 1) Décrit les formes organisationnelles ayant émergé du contexte local à partir d'une compréhension fine des dynamiques d'interaction ayant soutenu l'intégration de ces soins surspécialisés, d'abord entre cliniciens et dans un second temps entre cliniciens et gestionnaires ;
- 2) Analysé les dynamiques d'interaction soutenant l'intégration symbolique, clinique et organisationnelle de ces soins surspécialisés, d'abord entre cliniciens et dans un second temps entre cliniciens et gestionnaires ;
- 3) Identifié les facteurs ayant favorisé l'émergence et l'implantation de la surspécialité clinique de gérontopsychiatrie dans une région du Québec depuis 30 années, afin d'en déduire des recommandations pour son implantation dans une autre région
- 4) Dédit de cette analyse des recommandations pour un modèle de soins intégrés de gérontopsychiatrie.

Contexte et problématique

Au Québec, le besoin en soins de santé mentale de la population âgée est devenu un problème de santé publique du fait de l'accroissement démographique et des comorbidités somatiques et/ou cognitives associées.

Malgré des lignes directrices canadiennes relatives à la planification de services complets en santé mentale pour les aînés (CCSM) et deux plans d'action ministériels en Santé Mentale au Québec (PSM 2005-2010 et PSM 2015-2020) l'intégration de soins surspécialisés de gérontopsychiatrie est porteuse

de défis particuliers. L'analyse de la littérature amène la question de la pertinence de la réponse en termes de prestation de services. L'accessibilité aux soins surspécialisés dépendra entre autres de son intégration à l'intérieur de la première ligne et entre le programme de Soins aux Personnes Âgées en perte d'autonomie (SAPA) et celui de santé mentale.

Deux défis particuliers se posent ainsi :

- Identifier les facteurs favorisant l'implantation de cette surspécialité dans deux programmes de soins ;
- En déduire des recommandations pour son implantation d'abord localement puis à l'échelle d'une région afin d'améliorer la performance des soins aux personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale.

Théorie et méthode

La méthode utilisée est l'analyse qualitative de deux études de cas. Un modèle issu d'une analyse synthétique de la littérature pose un cadre à l'analyse des données.

Notre cueillette de données s'appuie sur des entretiens individuels et de groupe, des observations non participantes et l'analyse de documents.

Le modèle théorique mixe divers angles et différentes disciplines : sociologie des organisations, accompagnement du changement et leadership et santé publique à travers les données de la littérature traitant de l'intégration des soins. Notre analyse s'est appuyée particulièrement sur l'approche de la sociologie des professions (Abbott, 1995; Abbott, 2003) et la théorie de la création des connaissances (Nonaka, 1994)

Résultats

Quatorze recommandations, regroupées selon trois dimensions, émergent de cette étude : **1) Définir l'objet gérontopsychiatrie** par la construction d'un « modèle clinique » offrant à cet objet sa forme de pratique et un cadre pour les échanges interprofessionnels. **2) Tisser des liens** – permettant notamment le transfert de connaissances vers le « noyau technique auprès du patient et de son entourage », obéissant à certaines conditions cliniques, organisationnelles et symboliques. **3) Faciliter l'institutionnalisation** – Il s'agit de maintenir un équilibre divergence et convergence, et entre centralisation et décentralisation. Les conclusions de cette étude nous laissent croire qu'une implantation similaire dans une autre région sanitaire produira le même résultat, à la condition expresse de reposer sur une analyse du contexte local et de son environnement.

Discussion

Cette étude propose un cadre de réflexion permettant de mieux gérer l'implantation d'une nouvelle pratique clinique dans une organisation de soins. (Brousselle, Lamothe et al, 2004; Champagne, 2002; Denis, 2002; Denis, Lamothe et Langley, 2006; Lamothe, 2005, 2006; Lamothe et Denis, 2007) Elle montre comment, et à partir de quels facteurs, la mise en place de conditions facilitatrices peuvent développer la performance des soins aux personnes âgées. Il s'agit de faire tomber des frontières, développer des interstices intermédiaires dans lesquels la transformation pourra émerger, mettre en place un système d'information et de monitoring permettant le transfert de connaissance et la réflexion sur les pratiques. Les recommandations, aboutissement de cette étude portant sur l'implantation de la gérontopsychiatrie en région, en sont issues.

Contribution/intérêt de la communication

Cette recherche qualitative est complémentaire <a d'autres études quantitatives et évaluatives abordant le développement de la performance des soins. Son originalité repose en effet sur un vison dynamique conjuguant facteurs cliniques, organisationnels et symboliques pour favoriser son développement.

(Lamarche, Lamothe et Bégin, 2001; Nonaka, 2008)

Projet « Hospitalisation au domicile » (HAD) du Centre hospitalier universitaire de Liège.

Chantal Gilles, Christine Gennigens, Frédéric Fripiat et Pauline Jacquemin, CHU de LIEGE, Belgique

Objectif de la recherche

Le plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux prévoit une mise en œuvre de nouveaux modèles d'organisation pour les soins hospitaliers. En raison du nombre croissant de pathologies chroniques et de la sur-occupation de certains lits hospitaliers, **ce projet a la volonté de développer une externalisation vers le domicile de certains soins infirmiers spécifiques, actuellement réalisés en milieu hospitalier**, selon des critères d'entrée précis, tout en garantissant une surveillance, une qualité de soins et une sécurité optimale.

Contexte et problématique

A l'heure actuelle, le monde hospitalier atteint probablement une limite de son système. En effet, d'une part il doit de plus en plus répondre à une obligation de rentabilité et de maîtrise des coûts dans un contexte économique défavorable (incitant fédéral négatif en terme de contrôle de durée moyenne de séjour-DMS, de mini-forfait, de pénalité en cas de ré admissions...)et d'autre part, il reste un des derniers endroits d'asile dans notre société avec une vocation humaine et sociale de plus en plus forte puisque l'extérieur offre peu de réponses adaptées (qualitatives et/ou quantitatives) aux plus démunis, aux marginaux, aux personnes âgées ainsi qu'aux patients atteints de maladies longues et invalidantes.

Deux populations sont visées par ce projet. D'une part, les patients cancéreux, qui sont amenés à devoir fréquenter l'hôpital, que ce soit en hospitalisation classique ou bien en hospitalisation de jour, pour leurs traitements hémato-oncologiques : biologie sanguine en pré administration de chimiothérapie, perfusion d'antibiotiques et/ou d'antimycotiques, d'antiémétiques post chimiothérapie, hydratation et administration de chimiothérapies par voie sous cutanée.

D'autre part, le versant antibiothérapie « générale », qui lui, s'adresse à des patients devant bénéficier de traitements antibiotiques, au long court, par voie intraveineuse, pour des pathologies telles ostéite, endocardite, prostatite, etc...

La plupart de ces soins ne sont pas pris en charge, à l'heure actuelle, par les infirmiers habituels du domicile car ils demandent une expertise particulière, ainsi qu'une convention avec une institution hospitalière qui délivre les thérapeutiques requises.

Externaliser ces soins permet de raccourcir les séjours hospitaliers classiques pour les deux types de populations visées et/ou d'éviter de nombreux passages en hôpital de jour oncologique pour la population de patients souffrant de pathologie cancéreuse.

Théorie, méthodes, matériels utilisés

Le trajet de soins a été clairement défini :

- Le médecin hospitalier référent valide, pour chaque patient concerné, la possibilité d'une entrée en HAD sur base des critères cliniques définis. Lors d'antibiothérapie générale, l'infectiologue initie le séjour HAD,
- Le pharmacien hospitalier valide la stabilité de la molécule médicamenteuse prescrite,
- La cellule de coordination interne à l'hôpital valide la possibilité d'une prise en charge à domicile sur base des critères environnementaux, psychologiques et organisationnels. Elle est aidée, le cas échéant, par l'assistant social. Un contact téléphonique est systématiquement adressé au médecin généraliste du patient afin de l'informer du projet HAD pour son patient et en recueillir son avis,
- Et bien entendu, le patient et sa famille sont amenés à se positionner : une volonté de rentrer dans le projet doit être présente, recueillie au travers d'un consentement éclairé signé par le patient. Celui-ci est informé qu'il peut, à tout moment, réintégrer l'hôpital.

Les soins au domicile sont assurés par du personnel infirmier spécifiquement formé et respectueux des protocoles en cours dans l'institution. Ils sont coordonnés par une structure extérieure.

Les médicaments cytostatiques sont préparées par la pharmacie hospitalière et acheminées par un transporteur agréé pouvant garantir la qualité du transport (Température adéquate, préservation des chocs, etc....) et la traçabilité des produits jusqu'au domicile.

Le patient est revu de façon très régulière par le médecin spécialiste référent pendant son hospitalisation à domicile afin de garantir un suivi optimal du traitement.

La transmission de l'information concernant la continuité des soins sera assurée au travers d'une application informatique. Le principe en est le suivant :

- Lorsqu'une hospitalisation à domicile est organisée pour un patient, un événement de type HAD est créé dans OmniPro. Celui-ci reprend en texte l'objet du traitement à domicile (prescription),
- L'infirmier(e) chargé d'assurer les visites à domicile dispose d'une tablette avec connexion aux données mobiles. Préalablement à sa tournée, il synchronise sa tablette de manière à disposer de l'ensemble des dossiers à traiter,
- Pendant la tournée, les prestataires de soins disposent des consignes de traitement, des informations/patient nécessaires à la prise en charge (ex. allergies, spécificités liées à l'HAD, etc.) remplissent les informations de premier passage et éventuellement de second passage,
- Les données sont synchronisées en retour vers OmniPro et la séance est créée en liaison avec l'événement HAD,
- Le médecin a accès direct aux informations via le dossier patient Omnipro.

Plusieurs niveaux de contact et de prise en charge sont prévus en cas de complications dans l'état du patient : une garde « matériel », garantie 24/7, et à laquelle le patient a accès direct via un numéro de téléphone, et une garde infirmière et/ou médicale pour des problèmes concernant l'état du patient.

Résultats et discussion

Un monitoring de résultats et d'indicateurs est mis en place, notamment :

- Le nombre de patients enrôlés dans le processus HAD,
- Le nombre de réadmissions et les motifs avant la fin prévue de HAD,
- Le nombre de patients enrôlé par rapport aux prévisions de départ,
- La mesure de l'efficacité du traitement (guérison, amélioration, échec) et des complications,
- Le nombre de journées d'hospitalisations « économisées »,
- La satisfaction des patients,
- La satisfaction des prestataires
- Etc....

En termes de qualité de soins, le projet prévoit une prise en charge intégrée des pathologies visées en incluant un ensemble de prestataires de différentes lignes de soins. De ce fait, les objectifs visés sont d'offrir au patient **des soins de qualité au moins égale aux soins hospitaliers tout en lui permettant de suivre son traitement à son domicile**, et donc d'améliorer son confort de vie.

Les différents partenaires espèrent également participer à la standardisation des soins via des protocoles communs écrits selon l'evidence-based medicine.

La diminution de la DMS dans les unités ciblées est bien entendu un effet attendu de ce projet.

En termes de satisfaction, le projet devrait renforcer celle des bénéficiaires et leur famille grâce au retour précoce au domicile, à une meilleure qualité de vie et à la diminution des venues à l'hôpital ; des médecins traitants, par un meilleur échange d'informations avec l'hôpital ; des cliniciens, par la possibilité de réduire le séjour du patient ; pour l'infectiologue, qui peut optimiser la prise des antibiotiques et enfin pour les prestataires de soins au domicile, qui réalisent un travail en continuité directe du monde hospitalier.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou de la pratique :

En alliant qualité, sécurité, suivi et confort du patient, ce projet permet de donner un autre visage au monde hospitalier, qui s'externalise vers le domicile : les soins se déroulent de manière plus intégrée et les soins transmuraux sont stimulés. Ce projet se veut acteur de solutions concrètes novatrices dans un contexte socio-économique donné de raréfaction de moyens.

Le patient (et sa famille) est (sont) acteur (s) du projet. Clairement, la satisfaction pour le patient de pouvoir réintégrer plus rapidement son domicile est énorme.

L'hôpital, tout en récupérant des lits hospitaliers et en améliorant ses durées de séjour, noue des collaborations et rayonne vers les acteurs du domicile : structures de soins au domicile et les médecins généralistes, bien intégrés au projet.

Thème: Télésanté et télémedecine

Président: Michel Raze, Belgique

Utilisation et perception de la télésanté par les professionnels de la santé des zones rurales du Mali.

Gisèle Irène Claudine Mbemba, Marie-Pierre Gagnon, Louise Hamelin-Brabant, Cheick Oumar Bagayoko, Université Laval, Québec

Objectif

Notre objectif consiste à décrire les effets liés à l'utilisation de la télésanté et d'explorer les perceptions des professionnels de la santé relatives à cette utilisation dans le cadre de leur travail en régions rurales et éloignées au Mali.

Contexte et description du problème

Au Mali, comme dans d'autres pays en développement, la pénurie des professionnels de la santé surtout en régions rurales et éloignées constitue un obstacle à l'offre de soins de santé de qualité à la population. En effet, avec l'émergence de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les systèmes de santé des pays industrialisés, d'une part, et d'autre part, ces TIC, par la suite, vont encourager certains professionnels des pays en développement à monnayer leur talent dans les zones rurales et à offrir de meilleurs soins à la population.

Les théories, les méthodes, les modèles, les matériels employés

Le modèle initial des relations entre les TIC et les facteurs du maintien en poste des infirmières de Gagnon et collaborateurs (2013) a été utilisé. Toutefois, ce modèle présente quatre éléments : les attributs des TIC, les facteurs de recrutement et de maintien en poste sur lesquels les TIC peuvent avoir une influence, la satisfaction au travail comme facteur intermédiaire, et l'influence des TIC sur le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. Ces facteurs sont l'autonomie professionnelle, le développement professionnel, le sentiment d'isolement professionnel, le niveau de stress et la qualité des soins. Ces facteurs pourraient être affectés par les TIC et influencer la satisfaction au travail des professionnels de la santé en régions rurales et éloignées, et par ricochet leur rétention.

Pour ce faire, un guide d'entrevue semi-structuré a été élaboré pour permettre d'explorer les perceptions et les croyances des professionnels de la santé en régions rurales quant à l'utilisation de la télésanté dans le contexte subsaharien.

Il s'agit d'une étude qualitative. Des entrevues semi-dirigées (n = 17) ont été réalisées auprès des professionnels de la santé travaillant dans les quatre centres de santé en zone rurale où le projet de télésanté a été implanté depuis 2011.

Résultats et discussion

L'analyse des entrevues avec les participants a ressorti les principaux thèmes suivants pour cette étude : (1) effets de la télésanté sur le travail, (2) conditions de succès de la télésanté, et (3) la télésanté comme un facteur influençant le recrutement et la rétention des professionnels de la santé en régions rurales et éloignées au Mali.

Plusieurs avantages liés à la télésanté ont été rapportés concernant le travail des professionnels de la santé, notamment la possibilité de prendre en charge les malades sur place sans chercher à les référer ailleurs, ce qui conduit à une autonomie dans la prise de décision et au gain de temps. L'utilisation de la télésanté a également des répercussions sur la satisfaction au travail, le sentiment de sécurité, le développement des compétences avec la formation médicale continue et le contact avec les experts qui sont en ville et enfin l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés par Lewis et collaborateurs (2012), Bagayoko et al. (2014). De plus, des études menées dans les pays développés, comme celles de Gagnon et collaborateurs (2005), de Moffatt et Eley (2010), mentionnent également les bénéfices apportés aux patients et aux professionnels de la santé quant à l'utilisation des TIC dans les structures de santé en régions rurales.

Enfin, les résultats de notre étude ont montré que les perceptions des professionnels de la santé soutiennent l'hypothèse que la télésanté pourrait favoriser le recrutement et la rétention des professionnels de la santé en régions rurales.

Intérêt de la communication

Cette étude nous a permis de constater que les TIC utilisés par les professionnels de la santé en régions rurales et éloignées dans les pays en développement permettent autant que dans les pays développés de faire le rapprochement entre les spécialistes des différents domaines de la santé. De plus, ces professionnels sont satisfaits dans leur champ de compétence et se sentent mieux outillés pour être au service de la population. De ce fait, ils peuvent se maintenir plus longtemps dans les milieux où ils sont en service.

Démarche et résultats de l'évaluation d'un projet d'innovation sociale en santé au Québec : « Ma première ligne numérique en santé ».

El Kebir Ghandour, Jean-Paul Fortin et Marie-Pierre Gagnon, Centre de recherche sur les soins et services de première ligne, Université Laval, Canada

Conditions d'adoption du dossier de santé électronique personnel pour la gestion des maladies chroniques en première ligne au Québec : Perspectives professionnelle et organisationnelle.

El Kebir Ghandour, Jean-Paul Fortin et Marie-Pierre Gagnon, Centre de recherche sur les soins et services de première ligne, Université Laval, Canada

Améliorer la qualité de la formation pour faciliter le changement.

Isabelle Simon, CHU de Liège, Belgique

Objectifs

La formation à l'utilisation d'un nouveau logiciel informatique est le plus souvent considéré comme une étape simple où le principe du 'Train the trainer' peut être appliqué en se limitant à la formation de quelques utilisateurs clés ou référents, eux-mêmes chargés de former leurs collègues sur les lieux de travail et de les accompagner dans leur apprentissage.

Notre expérience sur le terrain montre que cette méthode peut être nettement améliorée par une approche plus ciblée.

Contexte et problématique

Le Centre Hospitalier Universitaire de Liège compte 895 lits agréés, ainsi qu'une importante activité de polyclinique. Depuis 2005, il s'est engagé dans le vaste chantier de l'informatisation du dossier du patient, en procédant par modules successifs. Pour mener à bien ce projet, une équipe interne est chargée de la gestion des déploiements informatiques, du paramétrage, des formations et du suivi des utilisateurs.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

La courbe du changement est un concept initié en 1969 par Elisabeth Kübler-Ross, dans son ouvrage concernant la mort et son acceptation (*On Death and Dying*). Ce concept a été adapté au mode de l'entreprise de différentes manières. 'The J Curve Model' met en perspective l'évolution de la performance au cours du temps lors d'un changement. L'intérêt de ce modèle est de souligner la perte de productivité qui advient au moment du changement. Cette perte peut être plus ou moins importante, en fonction des actions menées pour anticiper les difficultés inhérentes au changement.

Cet article fait également référence aux théories principales de l'apprentissage que sont le cognitivisme et le constructivisme.

Méthode

Approche comparée de l'efficacité de 2 méthodes de formation de type 'Train the trainer' dans le cadre du déploiement d'un logiciel utilisant des fonctionnalités simples (Ptah®, logiciel de gestion des transports de patients, firme Géosoft)

Résultats, discussions et perspectives

En comparant les 2 méthodes de formation utilisées, alors que le taux global de personnes formées est identique (25 % environ), on constate une réduction drastique du taux d'appel aux structures d'aide et de support sur les 3 jours suivant le démarrage, passant de 50,8% à 13,6% (nombre d'appels/nombre d'utilisateurs). On constate également une diminution radicale du nombre de formations individuelles qui on dû être réalisées de manière imprévue au moment du démarrage, passant de 16 séances à 0.

Ceci nous permet de conclure que la mise en œuvre de quelques actions simples permet d'augmenter l'efficacité de la formation et de faciliter l'adaptation au moment du changement :

- identifier les différents publics cibles, sans oublier certaines catégories professionnelles moins représentées ;
- organiser les formations sur base des besoins des apprenants en les regroupant par profils ;
- mettre en ligne les supports de formation, ainsi qu'une rubrique FAQ (Frequent Asked Questions)

Une approche par public-cible permet de centrer le message de formation sur les besoins spécifiques des apprenants et facilite les apprentissages. Ceci correspond à la théorie cognitiviste de la formation, qui met l'accent sur l'apprentissage plutôt que sur l'enseignement : quels sont les besoins de formation et d'apprentissage de mes apprenants ? Quelles compétences souhaitent-ils acquérir pour satisfaire leurs besoins?

Une autre théorie pédagogique, appelé constructiviste, identifie l'apprenant comme étant le maître de son apprentissage, celui construit son propre savoir au contact de l'environnement et en interaction avec les autres. Ce principe correspond bien à ce qui est mis en œuvre via la technique 'Train the trainer'.

Ce mouvement favorise également le développement de nouveaux types d'apprentissage plus informatisés, dans lesquels l'e-learning, les logiciels, les outils collaboratifs (forum de discussion, wiki..) occupent une place privilégiée.

La mise en place d'une plate-forme d'e-learning au CHU de Liège nous permettra prochainement d'explorer ces nouvelles possibilités et de compléter notre offre de formation afin de faciliter le développement d'une **entreprise apprenante**, car une des clés de l'amélioration de la qualité dans une institution passe certainement par la qualité de la formation qu'elle met en œuvre.

Session 34

Salle 5

Thème: As condições da saúde de adolescentes (Les conditions de santé des adolescents)

Président: Edna Maria Goulart Joazeiro, Brasil

Atuação dos profissionais da saúde da família na Unidade Básica de Saúde frente ao acolhimento às adolescentes grávidas.

Márcia Stengel, Patrícia Pinto de Paula, Luiza de Abreu França et Natália Katielle Oliveira Ferreira, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas, Brasil

Problèmes de santé des adolescents en R.Moldova, les résultats et les enseignements tirés.

Tamara Turcanu, Galina Lesco, Departament Pediatrie, l'Universite de Medicine, Chisinau , Moldova

Nouvelles

Selon l'OMS, 70% de la mortalité précoce chez les adultes sont déterminés par le comportement initié pendant l'adolescence .Chaque 9 habitant de la République de Moldova est un adolescent âgé de 10-19, et les adolescents et les jeunes âgés de 10-24 ans représentent environ un cinquième de la population de la Moldavie au début de 2016. Les jeunes en Moldavie sont exposés à de nombreux risques: relations sexuelles non protégées, les grossesses précoces, l'abus de drogues et d'autres substances (le VIH / SIDA) et de la violence. Leur vulnérabilité est encore plus à cause de la pauvreté, le manque de surveillance parentale en raison du niveau élevé de la migration, le phénomène de la violence domestique, largement répandu et le manque d'accès à des services de qualité. Au cours des années

2002- 2005, avec le soutien de l'UNICEF, l'Association internationale de développement (IDA), la Banque mondiale et l'Agence Suisse pour le Développement et la Coopération, a été créé onze centres de santé amical aux jeunes (SSAJ). Ces centres en 2007 ont été employés dans le système de santé d'État, comme des unités fonctionnelles d'établissements de santé publique. En 2011, a été lancé le projet d'expansion des services de santé adaptés aux jeunes en République Moldova, (l'ordre Ministère de la Santé nr.956 de 13.12.2011.)

Le but du travail

Les résultats de l'analyse dans l'expansion des services de santé adaptés aux jeunes et les enseignements tirés, doivent être pris en considération dans la planification des prochaines étapes du développement du SSAJ.

Matériel et méthodes

Analyse des statistiques officielles qui concerne la santé et le développement des jeunes, des rapports annuels d'activité des centres de santé adaptés aux jeunes, 2011-2015. Nous avons utilisé les données des études de la couverture de santé, adaptés aux jeunes, effectuée par Association Pour la Santé des Jeunes, qui fonctionne dans tous les districts et de villes du pays.

Résultats et discussion

1. L'accès aux services de santé, adaptés aux jeunes a augmenté de plus de 3 fois (12 centres en 2011 et 37 en 2016).
2. L'accès aux services est en augmentation de 5,6% en 2011 à 18% en 2015.
3. A été élaboré le composant de « santé sexuelle et reproductive des adolescents » dans la santé de la reproduction (la loi n°138 du 15.06.2012)
4. Élaborer des règles de fonctionnement (Ministère de la Santé N° de 868 de 31.07.2013), y compris les formes de surveillance et de rapport
5. Élaborer des règles du SSAJ (Ministère de la Santé N° de 868. De 31.07.2013), y compris les formes de surveillance et de rapports.
6. Changement programme d'étude universitaires et après, d'améliorer les compétences du personnel médical pour soutenir la santé des adolescents.
7. Elaborer, adapter le Guide OMS, d'aide intégré la santé des adolescents, pour les fournisseurs de soins de santé, adapté et traduit en roumain et russe.
8. Elaborer le Guide de promouvoir la santé des adolescents et le développement pour les personnes dans les écoles et la communauté.
9. l'impact sur la santé des adolescents et les jeunes peut être augmentée par l'information continue et la communication avec les parents et les autres membres de la communauté sur l'importance de la santé des adolescents et l'application des mécanismes fonctionnels de collaboration et de orientation intersectorielle, référence la santé des adolescent.

As Condições da Saúde Mental de jovens e adolescentes: uma discussão emergente para saúde pública. Camilia Susana Faler, Sirlei Favero Cetolin, Karine Schwaab Brustolin, Michele Gaboardi Lucas et Unoesc Campus Chapecó, Brasil

A estratégia de saúde da família como organizador da Atenção Primária é uma diretriz potente e em franco desenvolvimento com números crescentes de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se alocam as equipes de Saúde da Família e nas quais os profissionais da saúde da família trabalham junto à população. A partir da Política Nacional da Atenção Básica, instituída no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde para todo o território brasileiro, reitera-se a saúde da família como estratégia política e de ação programática junto à população no seu território de convivência e moradia. A exemplo do investimento nesta estratégia, no ano de 2006 registra-se 25.141 equipes de Saúde da Família, com cobertura estimada em oitenta milhões de brasileiros. Já no ano de 2016, o número de equipes de Saúde da Família passou para 48.423, fazendo referência a 124 milhões de cidadãos. (Brasil, 2017). As equipes de Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dentre os encargos destes profissionais, tem-se a atenção integral à saúde do adolescente e jovem. Apesar dos avanços no grau de informação presente em nossa sociedade sobre concepção e contracepção, e uma maior liberdade no exercício da

sexualidade, os dados de gravidez na adolescência ainda são altos. De acordo com o Ministério da Saúde, houve um “aumento de 26% da taxa de fecundidade entre adolescentes, além do crescimento no atendimento na internação por gravidez, parto e puerpério, nas faixas etárias de 10 a 19 anos.” (SILVA et al, 2010). E a adolescente grávida, quando procura por cuidados, tem como principal referência os profissionais da Saúde da Família que trabalham na UBS, considerada como a principal porta de entrada no sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010), com orientações para o trabalho desses profissionais junto às adolescentes grávidas.

A pesquisa tem como objetivo principal compreender a atuação dos profissionais da Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde frente ao acolhimento às adolescentes grávidas. Os profissionais da Saúde da Família atuam realizando uma escuta qualificada e atenta, tanto nos casos gerais e principalmente com as adolescentes gestantes, considerando ser a adolescência uma fase com diversos atravessamentos. Foi realizado um estudo exploratório e qualitativo, utilizando a observação de campo e a entrevista semiestruturada como procedimentos na coleta dos dados. Observou-se as reuniões de equipe de saúde da família e entrevistou-se sete profissionais que realizam o acolhimento a jovens grávidas. O critério de inclusão na pesquisa foi que o profissional tivesse no mínimo dois anos de atuação como profissional da Saúde da Família.

Através de um movimento dialético entre observações, informações compartilhadas nas observações e entrevistas, com a fundamentação teórica, espera-se como resultados: mapeamento das práticas de acolhimento à adolescente grávida e a concepção dos profissionais da saúde da família acerca desse evento na vida das mães jovens. A pesquisa encontra-se em andamento e é possível notar o acolhimento e cuidado dos profissionais às adolescentes grávidas, preocupando-se também em realizar os procedimentos de prevenção e promoção à saúde, mesmo diante da alta demanda de atendimentos que o serviço exige. Nota-se ainda desafios voltados ao público adolescente e jovem, tal como a dificuldade de adesão aos serviços propostos, dirigindo-se aos serviços pontualmente. O trabalho com adolescentes é desafiador e é fundamental que seja realizado de modo interdisciplinar. O apoio de profissionais de outras áreas possibilita um melhor atendimento e acolhida à jovem grávida, englobando suas diversas necessidades, o que é de extrema importância. No decorrer da pesquisa é possível notar a necessidade de maiores investimentos em capacitações e na preparação desses profissionais para lidar com o público de jovens grávidas, com o objetivo de potencializar o trabalho, promovendo um melhor acolhimento, visto que a adolescência é permeada por múltiplas experiências, o que demanda do profissional um atendimento específico. E, em especial, maior capacitação quanto às práticas de acolhimento às adolescentes grávidas, que exigem manejos não previstos nos procedimentos técnicos.

Posters Vendredi 8/9

13 :45 – 15 :15

[Qualitative study of the expectations regarding a liaison team for patients with severe chronic respiratory diseases \(SCRD\).](#)

Fabienne Melchior, Wrona Jennifer, Heinen Vincent, Louis Renaud, CHU- Liège- Belgium, Belgique

[La máscara de inmovilización en radioterapia: ¿ una fuente de ansiedad para el paciente? Nuestra experiencia es una propuesta de mejoramiento en la confección.](#)

Greta Coltorti, L. Balardi, F. Fenu, G. Mazzoni, Università Politecnica delle Marche, Italia

Resumen

En pacientes que realizan quimioterapia en cabeza y cuello se utilizan en la radioterapia moderna, máscaras termoplásticas que inmovilizan al paciente a la camilla del Acelerador lineal, que pueden generar ansiedad. El objetivo de este trabajo es la estimación de la ansiedad generada por la máscara y a su vez poner en práctica estrategias que lleven a controlarla.

Fueron incluidos desde Junio a Octubre de 2016, 15 pacientes, 6 mujeres y 9 hombres (Imagen 1). Para los mismos fue confeccionada una máscara de tres puntas (6 pacientes) (Imagen 2) a 5 puntas (6

pacientes) (Imagen 3) y a 4 puntas (3 pacientes), la edad promedio fue de 68 años (de 25 a 84 años). La ansiedad fue medida con el State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) mediante la entrega de cuestionarios. El STAI-Y se presenta en dos escalas (Y1 e Y2), que evalúan respectivamente el Estado de Ansiedad a través de preguntas referidas a como se siente el sujeto en el momento en que se le entrega el cuestionario, y la Ansiedad Generalizada, con preguntas que indagan como se siente el sujeto habitualmente.

Todos los pacientes tomados en consideración, fueron sometidos a ambos cuestionarios referidos al estado de ansiedad (STAI Y-1) y la ansiedad generalizada (STAI Y-2.) en la modalidad descripta anteriormente, en 4 momentos específicos de su proceso en radioterapia: (TC de centrado, primera sesión de tratamiento, a mitad del tratamiento y a la finalización del tratamiento).

La duración del llenado de ambos cuestionarios en cada sesión fue de alrededor de 15 minutos. Fueron evaluados en totalidad 118 cuestionarios. Los resultados obtenidos del examen de los mismos han demostrado que, no obstante algunos pacientes manifestaron un bajo estado de ansiedad relacionado con la máscara, 11 pacientes sobre 15 sintieron un estado de ansiedad preponderante (ansiedad relacionada con la espera y los efectos secundarios del tratamiento) (Imagen 4). En general una disminución de los scores de ansiedad fueron constatados a la mitad y al final del tratamiento radiante, pero no en el momento de la preparación de la máscara y al inicio de la radioterapia, es probable que la ansiedad fuese disminuyendo en los pacientes que se acostumbraron de a poco al tratamiento radiante (Imagen 5).

De la valoración de los datos medidos y de la observación de las necesidades de estos pacientes, es oportuno valorar contemporáneamente las modificaciones para mejorar la máscara.

Estas cumplen una doble función: si por una parte aumentan el confort del paciente para no generar ansiedad o para no aumentarla, por la otra deben mantener su tarea de inmovilización.

Por este motivo se crearán aberturas en puntos críticos para el paciente, pero no cruciales para la realización del tratamiento radiante. Las primeras serán a nivel de los ojos (Imagen 6). De este modo el paciente se encuentra consciente de lo que está sucediendo a su alrededor, se mantiene vigilante y se siente más tranquilo al respecto de lo que lo circunda, además siente que tiene un mayor control sobre sí mismo.

Una medida adicional sobre la máscara sería también una abertura a nivel de la glotis, punto muy sensible al contacto y a la sensación de sofocación justamente porque con la máscara, los movimientos se encuentran limitados (Imagen 7).

Nuestra experiencia, si bien en fase inicial, por la baja cantidad de pacientes tomados en consideración, nos lleva a concluir que la máscara de inmovilización en la mayor parte de los casos no impacta generando ansiedad. Seguramente la población tomada en examen inicialmente, ya se encontraba en un estado de ansiedad latente, que igualmente se manifestó durante los procedimientos radioterápicos pero no ha impedido el normal desarrollo en la mayor parte de los casos. Individualizar las condiciones de desagrado y medirlas nos ha permitido encontrar las soluciones sobre la marcha que no se han contrapuesto a la calidad del tratamiento prefijado.

Se siente la exigencia de promover la existencia de un grupo de trabajadores de la salud que se ocupen del paciente sobre otros puntos de vista.

El encuentro con Médicos especializados y Técnicos Sanitarios en radiología médica (TSRM), figuras claves y ligadas a los tiempos de acompañamiento del paciente en tratamiento en las salas de radioterapia, permite captar los elementos de información. Su registro permite obtener una curva de aprendizaje siempre mayor, esto mismo ayuda a individualizar fácilmente en el tiempo, a los pacientes que podrían ser beneficiados con la asistencia de otras figuras profesionales, especialmente psicólogos.

Riassunti

Nei pazienti che effettuano radioterapia sul testa-collo si utilizzano, nella moderna radioterapia, maschere termoplastiche, che immobilizzano il paziente al lettino dell'Acceleratore Lineare e che possono generare ansia. L'obiettivo di questo lavoro è valutare l'ansia generata dalla maschera e nel contempo mettere in pratica delle strategie che riescano a controllarla.

Sono stati inclusi 15 pazienti, 6 donne e 9 uomini, da Giugno 2016 ad ottobre 2016, in cui è stata confezionata una maschera a 3 punte (6 pz) a 5 punte (6 pz) e a 4 punte (3 pz). L'età mediana è 68 anni (25-84). L'ansia è stata misurata con lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) mediante la somministrazione di questionari. Lo STAI-Y si presenta suddiviso in due scale (Y1 e Y2), che valutano rispettivamente l'ansia di stato, tramite domande riferite a come il soggetto si sente al momento della

somministrazione del questionario, e l'ansia di tratto, con domande che indagano come il soggetto si sente abitualmente. Tutti i pazienti presi in considerazione sono stati sottoposti a entrambi i questionari riguardanti l'Ansia di Stato (STAI Y-1) e l'Ansia di Tratto (STAI Y-2) nella modalità sopra descritta in 4 specifici momenti del loro percorso in radioterapia (TC di centraggio, 1° seduta di trattamento, a metà del trattamento, a fine trattamento). La durata di compilazione di entrambi i questionari in ogni seduta è stata di circa 15 minuti; sono stati valutati complessivamente 118 questionari. I risultati ottenuti dalla elaborazione dei questionari hanno mostrato, nonostante alcuni pazienti manifestassero un basso stato d'ansia relativo alla maschera, in 11 pazienti su 15 uno stato d'ansia generale preponderante (ansia relativa all'attesa e agli effetti secondari del trattamento). In generale, una diminuzione degli scores d'ansia son stati constatati a metà e alla fine del trattamento radiante, ma non al momento del confezionamento della maschera e all'inizio della RT; è probabile che l'ansia diminuiva nei pazienti che si abituavano, a poco a poco, al trattamento radiante.

Dalla valutazione dei dati misurati e dall'osservazione dei bisogni di questi pazienti, è opportuno, contemporaneamente valutare le modifiche migliorative sulla maschera. Queste hanno una duplice funzione: se da una parte aumentano il comfort del paziente per non generare ansia o per non aumentarla, dall'altra devono mantenere il loro ruolo di immobilizzazione. Perciò si andranno a creare delle aperture in punti critici per l'assistito ma non cruciali per la riproducibilità del trattamento radiante. Le prime saranno dunque a livello degli occhi. In questo modo il paziente è cosciente di ciò che sta accadendo attorno a lui, è vigile e si sente più tranquillo rispetto a ciò che lo circonda; inoltre sente di avere maggior controllo di se stesso. Un'ulteriore accorgimento sulla maschera è l'apertura a livello della glottide, punto molto sensibile al contatto e al senso di soffocamento proprio perché, con la maschera, i movimenti sono limitati. La nostra esperienza, seppur in fase iniziale per l'esiguo numero di pazienti preso in considerazione, ci porta a concludere che le maschere di immobilizzazione nella maggior parte non impattano con l'ansia. Sicuramente la popolazione presa in esame era partita già da uno stato di ansia latente che si è comunque manifestato durante le procedure radioterapiche ma non ne ha impedito il normale svolgimento nella maggior parte dei casi. Individuare le condizioni di disagio e misurarle ci ha permesso di trovare delle soluzioni in corso d'opera che non hanno impattato con la qualità del trattamento prefissato. Si sente l'esigenza, però, di promuovere una squadra di operatori sanitari che si occupi del paziente su più punti di vista.

L'incontro con i Medici Specialisti e i TSRM, figure chiave e legati ai tempi di accompagnamento del paziente in cura presso i reparti di radioterapia, consente di captare gli elementi d'informazione e la loro registrazione permette una curva di apprendimento sempre maggiore; ciò individua più facilmente nel tempo i pazienti che possono beneficiare di un orientamento verso altre figure professionali dell'assistenza sanitaria, specialmente psicologi.

[Optimisation des parcours diagnostiques en Radiologie digitale en patients pédiatriques.](#)

Emmanuele Olivì, Irene Catani, Martina Martini, Gabriella Pascucci, Simonetta Cercaci, Federica Marchetti e Giovanni Mazzoni, Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italia

INTRODUCTION

En Europe la population infantile (<15 ans) représente le 15-30% de toute la population; en Italie la population infantile est environ de toute la population, un total d'environ 8,5 millions de gens. Les équipements radiologiques pédiatriques sont généralement les mêmes qui sont utilisés pour les adultes, il faut considérer que la radiosensibilité des tissus et des organes d'un âge infantile est plus élevée par rapport à laquelle adulte, de plus il faut respecter toutes les lignes directrices en ce qui concerne la radioprotection. Le présent travail a examiné les raisons de répétition des examens radiologiques dans un service de radiologie pédiatrique dans le but de comprendre les raisons qui induisent en erreur. Ensuite certaines stratégies ont été adoptées pour éviter inutiles répétitions, première cause de augmentation de dose en radiologie pédiatrique.

OBJECTIF

Eviter de répéter les examens radiologiques en domaine pédiatrique, en analysant les principales causes d'erreur, en adoptant stratégies pour minimiser les erreurs à travers la standardisation des techniques d'exécution des examens.

MATÉRIAUX ET MÉTHODES

Ilssontanalysés 251 examensradiologiquepédiatrique; de ces26 ontétérépétés (thorax: 10, abdomen: 7, extrémitéssupérieures: 1, extrémitésinferieures: 2,crâne: 2, rachis: 1, pelvis: 1, gastro-intestinale:2). Les principales causes de erreursontétéées lesuivantes: - Artefacts; - Examen inexact; - Surexposition (élevé EI); - Sousexposition(bas EI); -Inhalation inadéquate; - Mouvement du patient; - Erronépositionnement; - Double exposition; -Image perdue; Repèrefausseou perdu. Règlepratiquedans les techniques de acquisition des imagesradiographique : 1) Pour obtenir la minimale dose aupatient et aussi une bonne qualité de l'imageilfaututiliser le plus basvaleurpossible de mA (il diminue la dose aupatient) et le plus haut valeurpossible des kVp (ilproduit images avec plus détails); 2) Il faututiliser la plus petite collimationpossible (qui enrésulte une réduction de la radiationdiffusée et mineuresposition du patient, enmême temps que la non-irradiation de régions non liées à l'étude); 3) Le tube à rayons-X doitêtre leplus loinpossible de le patient, de toute façon distancesupérieure de un mètre; 4) Le rivelateurdoitêtrevoisinautant que possibleaupatient; 5) Il fautéviterlesposemètresautomatiques AEC, sinécessaireactiverseulement la chambrecentrale par le reduitdimention du patient; 6) Éviterl'utilisation des grilles antidiffusantes parce que ce dispositifaugmente la dose de radiation; 7)Garantir une bonne qualité de l'image avec la minimal dose possible; pas répétéexamensdiagnostiques (diagnosticables) seulement pour raisons iconologiques; 8) Pas faire un examenradioscopique direct seulement pour motifsiconologiques; utiliser la technique de la radioscopiepuisée (expositions brefs et ripetues).10 step pour réduire la dose enradiologiedigitalepédiatrique: 1) Connaître les principes de basedes équipement de radiologie digitale CR et DR et la appropriérange de exposition, exécuter uncorrect post-processing, garantiruneoptimalerésolutionespataleenconsidérantl'efficience desdétecteurs et le bruit d'instruments. 2) Réaliser elaborations appropriéesencas de surexposition etsousexposition, les images sousexposées à la différence des radiographies analogiquesontbruyantesmal définies, (dans les radiographies analogiquesétaient blanches) dans le surexpositions les imagesont avec peucontraste (dans les radiographies analogiquesétaienttrésfoncées). 3) Adopter uneterminologie standard et connaître le signification: E.I.T. = Target Exposure Index (index deexposition conseillé), E.I. = Index de Exposition, D.I. Index de Déviation. Le E.I.T. est le a standard àqui se référer, tandisque le E.I. représentl'exposition de la radiographieeffectuée. Le indx dedéviation (D.I.) indiquecombien la radiographieeffectuédiffère de le standard (il est acceptable unrangle de déviation de -1 à +1).4) L'utilisationdesposemètresautomatiques AEC avecles enfants devraitêtelimitépuisque ilaugment la dose de radiationdû à la taillerréduitdespatientspédiatriques, mais se necessaire onpeutmettre en marche seulement la chambrecentrale. 5) Considérerpartie de l'anatomie enexamen, poids et hauteurdupatient, standardiser la procédure de façon quesoitreproductiblepour patients de mêmetaille. 6) L'utilisation de la grilleantidiffusantesaugment la dose (on fautconsidérer quel les enfants n'ontpas de tissudadipeaux, donc la rayonnementsecondaire estlimitée). On recommande de éliminer la grillesutoutavecles enfants qui sontâgés de moins de 1ans. 7) Collimationsappropriéesrèduisent la dose (organes qui ne intéressentpas ne sontpasrayonnées) et çaréduit la rayonnementsecondaire. L'immobilisationdupatient et l'utilisation decollimationsappropriées est la meilleurtecniqe pour réduire la dose et limiter la rayonnementsecondaire. 8) Rapportstructuréoùsontprésentslesdonnées techniques; Kv, mA E.I. D.I. etdistance foyer-detecteur ecc. 9) Accepter un niveau de bruitadéquatdansles images de radiologiepédiatrique, c'est-à-dire à répondreauquestionclinique. 10) Standardiser la tecniqde l'examen.

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

Standardisation du parcours (organigramme de programmation) partagéen quatre phase: Avant du début du examen (sélectionner le nom du patient de worklist; identifier lepatient correctement, verifier l'adéquation de la demande, expliquer les modalités du examen,verifier que l'éventuelleadulte avec l'enfants ne soit pas enceinte) – Acquisition de l'image pedantl'examen (liasse-corps-image, récepteursalignés, control grille, positioner le patient enmesurant lapart du corps et positioner la cassette, collimer le liasse, selectioner les données techniques,positionner les protections, verifier que le patient soit immobile, istructions environ le souffle etexécuterl'exposition) – Les criticités de l'image (transporter le plate au lecteursiest CR, visionnairel'image sur le display et confirmer l'identification, contrôler la qualité de l'image, contrôler l'indexde exposition et comparer le DE avec le EIT, répéter l'image si necessaire) – Le suivantcomplètementdu examen(post-processing seulementsi necessaire, verifier le examen et archiver le examen auPACS).

BIBLIOGRAPHIE: - FRANK E., LONG B., SMITH B., (12th ed.) - Merrill's atlas of radiographic positioning & procedures, St. Louis, Missouri, Elsevier - MAZZUCATO F. (terza edizione) – Anatomia radiologica tecnica e metodologia in radiodiagnostica, presentazione del prof. Passariello, Piccin.

SITEGRAPHIE: <http://www.imagegently.org/Procedures/Digital-Radiography/Educational-Materials>.

Le Programme d'Amélioration de la Qualité de la prise en charge de la douleur postopératoire est en interaction constante avec la Formation Continue du personnel infirmier... Bilan de 20 ans d'activités au CHU de Charleroi.

Maryline Smet, CHU Charleroi – ISPPC., Belgique

1. L'Acute Pain Service (APS - Service de la douleur aigüe) du CHU de Charleroi vient de fêter ses 20 ans. Nous aborderons ces 20 ans en parcourant l'évolution du concept de la douleur, des traitements, des techniques et du matériel.
2. Le système de gestion de la douleur implémenté en 1997 a pu s'adapter et progresser en surmontant les difficultés du système de santé et de la société.
3. La mise en œuvre du PACQ douleur s'est calquée sur un modèle suédois et compte sept étapes, présenté dans la figure 1.



L'intensité de la douleur du patient est dès lors mesurée par l'intermédiaire d'une règle EVA (outil d'autoévaluation validé). Un protocole d'analgésie multimodale a été rédigé et la morphine a été choisie en traitement «rescue» pour les EVA > 3 cm. Le choix de la morphine n'a pas été applaudi par tous, surtout au niveau des infirmières les plus anciennes. Nous avons alors évalué les attitudes et les croyances du personnel infirmier pour nous rendre compte que des formations étaient nécessaires afin de faire évoluer les habitudes, les préjugés et les mentalités. Depuis 20 ans le personnel des unités de chirurgie applique les traitements antalgiques prescrits sur base du protocole d'analgésie multimodale.

4. Les molécules choisies permettent de les associer en toute sécurité pour le patient. Aucun anesthésiste ne peut avoir recours à un médicament qui ne figure pas sur ce protocole. Au fil du temps les médicaments employés ont pour certains été remplacés par d'autres qui n'avaient pas forcément la même équivalence comme par exemple les gouttes de Tradonal® et de Dolzam® ou encore le MS-Direct® et l'Oxynorm® instant.

Vu le risque d'erreur il était obligatoire d'informer le personnel. Ceci a été ajouté à l'ordre du jour d'une réunion APS, d'une réunion des infirmières chefs et des fiches informatives ont été apposées dans les locaux de préparation des médicaments des unités de soins. La Lidocaïne est la dernière molécule insérée dans notre protocole et est réservée à certains types de chirurgie.

Evolution des techniques d'analgésie.

C'est petit à petit les techniques d'analgésie ont été appliquées. Au début la rachi-morphine était utilisée, puis la PCA morphine, ensuite la PCEA, enfin les blocs nerveux périphériques ont fait leur apparition ainsi que les cathéters de paroi. Le personnel a été formé à la surveillance optimale des patients bénéficiant de ces techniques.

Evolution du matériel au cours du temps.

Notre bonne vieille grosse pompe PCA a été remplacée déjà quatre fois par du matériel plus léger et moins encombrant, tout d'abord avec un affichage en anglais et enfin en français pour le plaisir de tous. Notre dernière acquisition est très simple et de manipulation intuitive.

5. Et aujourd'hui...

Les protocoles sont toujours complétés et signés par l'anesthésiste qui a le patient en charge et qui est de ce fait responsable du traitement antalgique pour une durée de 72 heures. Si la douleur persiste au-delà du troisième jour postopératoire le traitement est poursuivi par le chirurgien du patient.

Optimización del protocolo de estudio cardio-RM en edad pediátrica.

Federica Pignalosa, Marco Cola, Alessio Canari, Giovanni Mazzoni, Simonetta Cercaci, Federica Marchetti, UNIVPM, Ancona, Italia

La Cardio-RM es el Gold Standard (prueba diagnóstica o criterio de referencia) para el estudio de las cardiopatías en pacientes pediátricos, ya que evalúa sea la morfología de las estructuras intra y extra cardíacas sea la funcionalidad cardiovascular en fase pre y postoperatoria. Su utilización es fundamental para el follow-up (controles periódicos) en pacientes GUCH (defectos congénitos del corazón) para la caracterización del tejido muscular cardíaco y para el reconocimiento del tipo de masa cardíaca. La finalidad de este estudio es analizar y evaluar desde un punto de vista técnico y metódico el procedimiento del examen Cardio-RM para el estudio de las principales patologías cardíacas en los niños. Esta evaluación se basa en un análisis del protocolo operativo utilizado en el Departamento de Ciencias Radiológicas del A.O.U. "Umberto 1° - Lancisi - Salesi" de Ancona mostrando las ventajas y límites. Evaluando las secuencias y los relativos parámetros técnicos utilizados se propone optimizar el proceso, para conseguir rapidez en la ejecución del examen y mejorar la calidad de las imágenes obtenidas, reduciendo las interferencias producidas por el movimiento. Han sido obtenidos gracias al RIS/PACS (Centricity/Medora General Electric version 5.0) (Concepción innovadora sin película ni papel para hospitales) los datos de 22 pacientes, con una edad comprendida entre 5 y 15 años, sometidos al examen Cardio-RM por medio de contraste (MDC) sobre un imán superconductor Signa Cvi 1.5(Teslas) GE (General Electric-Med System) en un período de tiempo entre el 18/01/2007 y el 24/03/2015. Para obtenerlo han sido utilizadas: bobinas 8 ch, ventilación mecánica y monitorización (gating) cardíaca.

Los datos de los pacientes fueron incluidos en un folio de cálculo Microsoft Office Excel 2011 para verificar la frecuencia de la utilización de cada secuencia individualmente y poder individuar el mayor número de competencias para el estudio de las patologías de cada paciente. Las tres patologías tomadas en consideración son: Cardiopatía congénita, Miocarditis y Masas cardíacas. Para la elaboración del protocolo se ha tenido en consideración que el análisis estándar prevé: estudio morfológico y funcional, incluida la evaluación de los flujos y de cantidades, fase angiográfica post introducción de MDC y evaluación del proceso de wash-in y wash-out de las estructuras mediante técnica Delayed Enhancement. La cardio-RM utiliza sea planos de escáner corporal convencionales que planos oblicuos, para el análisis de la cinesis segmentaria y de la dinámica del flujo, a través de las válvulas atrioventriculares y semilunares. Se recurre a las secuencias SSFP Ungated, según los planos axiales, coronales y sagitales, con extensión craneocaudal, por segmento proximal de los troncos arteriosos epi aórticos hasta el diafragma, para profundizar el análisis morfológico y la relación anatómica con las estructuras torácicas. La imagen funcional se obtiene con secuencias Cine-RM SSFP Gated, obtenidas según los planos SA, 4Ch, 2CV, que consienten hacer una estima de la función biventricular. Las secuencias IR, con doble o triple impluso de inversión, saturan completamente la sangre en el interior de los vasos, y los tejidos estacionarios circunstantes, como la grasa, en el caso de la triple-IR, evidenciando en el momento el edema miocárdico, típico en caso de miocarditis. La secuencia 3D Fiesta CAI, cuantifica el volumen coronárico, aprovechando el excelente contraste entre la luz vascular y la grasa circunstante, eliminada mediante un pre impulso de saturación espectral. El análisis angiográfico se avale de la secuencia Fast CE-MRA que, gracias al MDC, reduce el T1 de la sangre, saturándola parcialmente en el interior del volumen que interesa y aumentando la intensidad de señal proveniente de los vasos. La técnica Delayed Enhancement evalúa la imagen de vitalidad con una secuencia 2D Fast-Gre IR, adquirida con un eje corto, durante la fase diastólica del ciclo cardíaco, después de 10/12 minutos de la administración del MDC. El correcto ajuste del tiempo de inversión permite suprimir el miocardio sano y evidenciar mejor el tejido enfermo. En relación a éste último análisis, es posible estudiar los flujos y calcular la relación Qp/Qs con la secuencia VEPC y evaluar el eflujo ventricular

derecho e izquierdo con el escáner en RVOT y LVOT. El tiempo de ejecución se reduce utilizando el número de capas adecuado en la zona tomada en consideración, recurriendo de forma equilibrada a la imagen paralela, y adquiriendo con técnica single-slice, sin influir en el SNR y en la resolución espacial. Para distritos de pocas dimensiones, ésta última debe ser aumentada, utilizando bobinas phased-array multicanal y pequeños campos de visión, con matriz rectangular o cuadrada y un espesor de 8 mm para todas las secuencias, excepción solo 3 mm para la 3D Fiesta CAI. Casi todas las secuencias vienen adquiridas por un breath-hold, en base al grado de colaboración del paciente, con apneas de unos 8 segundos, con el fin de reducir el mínimo las interferencias de movimiento respiratorio y de latidos. La elevada duración del análisis estándar representa el único límite a la utilización clínica de este método en edad pediátrica que resulta aún inutilizable en pacientes hemodinámicamente inestables.

Audit sur l'utilisation des solutions buvables multi- doses en service : conservation, préparation, administration.

Justine Despras ,C.Daumas, J. Jambon, L.Salomon, H.Faure, CHU Carémeau, Nîmes, France

Introduction

Les solutions buvables multi-doses sont des formes pharmaceutiques largement utilisées en pratique courante. Néanmoins, elles possèdent des spécificités en terme de conservation, de préparation et d'administration. Des recommandations concernant leur utilisation émanent de la HAS(1) ou du CCLIN(2).

Objectif

Évaluer le respect des pratiques d'utilisation des solutions buvables multi-doses dans les services de soins conformément aux recommandations émises.

Matériels et méthodes

Un audit des pratiques a été réalisé par deux internes en pharmacie du 6 au 22 mars 2017 dans 16 services cliniques. Des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) ont été observés au cours de la préparation et de l'administration des solutions buvables multi-doses à l'aide d'une grille d'audit établie par nos soins selon les recommandations. En parallèle, un questionnaire d'auto-évaluation a été rempli par les IDE. Cet audit à

double aspect a permis de comparer la vision des IDE sur leur quotidien par rapport à leurs pratiques réelles.

Résultats

Au total, 12 IDE ont été observés et 35 questionnaires ont été remplis. 97% des IDE conservaient les flacons dans leur emballage d'origine. La date d'ouverture du flacon était toujours inscrite sur les flacons, en revanche la date limite d'utilisation n'était pas inscrite (aucun lors de l'observation, 9% selon le questionnaire). Selon les IDE, les flacons étaient conservés 1 mois après ouverture et n'étaient pas étiquetés au nom du patient. La préparation et l'administration étaient réalisées par le même IDE à 92% selon l'observation et 97% selon le questionnaire. Lors de la préparation, 58% des IDE étaient interrompus dans 58% des cas lors de l'observation ; ils estimaient l'être à 94% lors du questionnaire. Un flacon était presque toujours utilisé pour plusieurs patients (100% lors de l'observation, 86% selon le questionnaire). Le dispositif de préparation fourni avec le médicament était utilisé dans 87,5% des cas, le reste du temps une seringue graduée était utilisée. Ce dispositif était rarement étiqueté au nom du patient (<10%), et était nettoyé dans 50% des cas lors de l'observation (80% selon le questionnaire). L'hygiène des mains avant la distribution des médicaments n'était pas respectée pour 25% des IDE lors de l'observation. Le plan de travail n'était jamais nettoyé avant la distribution lors de l'observation, alors que 34% estimaient le faire.

Conclusion

Certaines pratiques de conservation, de préparation et d'administration ne respectent pas les recommandations. Les résultats des questionnaires ont été globalement vérifiés par l'observation mis à part les points concernant l'hygiène. Le personnel est très peu informé sur la date limite d'utilisation des flacons après ouverture. Un temps de préparation des médicaments devrait être identifié, afin d'éviter

l'interruption des tâches qui est une situation à risque d'erreur. Un retour d'audit et un rappel sur les procédures d'hygiène seront effectués auprès des IDE pour améliorer les bonnes pratiques d'utilisation des médicaments.

(1) HAS, 2013. *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments.*

(2) CCLIN Sud-Ouest, 2006. *Préparation et administration des médicaments dans les unités de soins - Bonnes pratiques d'hygiène.*

UBS ITAPOÃ DF EQ. 7 - *Atendimentos médicos em 1 ano: concentração de consultas, comorbidades atendidas, total de atendimentos e organização da agenda.*

Estevão Cubas Rolim, Bruna Bianco Hummel, Letícia Mendes Côrtes, Luísa Ferraço de Paula, Caio Oliveira Rocha, Lucas Bezerra Shiratori, Dayana Natalia Trifoni, Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), Brasil

Cybersecurity in sanità.

Barbara Kulaga, Università Politecnica delle Marche; TECNODATA SRL, Italia

Riassunto

Gli attacchi cyber negli ultimi 15 anni hanno coinvolto tutti i settori e report recenti mostrano come il comparto sanitario abbia registrato il più alto numero di attacchi a livello informatico, una ricerca statunitense parla di 700mila attacchi al minuto con la finalità di furto dati ed estorsione. Alla digitalizzazione sanitaria dovrebbe corrispondere un adeguato investimento in cybersecurity, finanziato anche da un fondo straordinario. Il tema sta progressivamente registrando l'attenzione dovuta dagli organismi nazionali ed internazionali, anche a causa dell'esposizione mediatica di alcuni episodi registratisi in America e Gran Bretagna; tuttavia si rileva prioritario l'intervento normativo nell'introduzione di misure di sicurezza di base.

Obiettivi della ricerca

L'obiettivo che si intende perseguire con questa ricerca è quello di aumentare la consapevolezza della vulnerabilità dei dispositivi medici; identificare le criticità per studiare ed offrire possibili soluzioni al problema.

Contesto e descrizione problema

L'utilizzo delle tecnologie in sanità, dagli apparecchi medicali all'IoT (Internet of Things), ha aumentato il numero di dati "in chiaro" che gestiscono profili clinici e di cura, esposti ad azioni di hacking. L'allarme è stato lanciato alla fine del 2016 da varie ricerche che hanno evidenziato come il comparto sanitario abbia registrato il numero maggiore di attacchi informatici al minuto a livello globale con un aumento rispetto all'anno precedente del 9%; questo perché il valore dei dati sanitari risulta persino maggiore di quello dei dati delle carte di pagamento. Altrettante ricerche mostrano come l'atteggiamento delle aziende sanitarie sia ancora inadeguato, nel nostro Paese bloccato da latenti stanziamenti finanziari e normative.

Teorie, metodi, modelli e materiali utilizzati

Lo studio è condotto prevalentemente secondo un approccio scientifico tecnico- ingegneristico: dopo un esame dei dati emergenti nelle più attuali ricerche sul tema, reperite attraverso la ricerca per parole chiave su PubMed (MEDLINE), CINAHL e PROQUEST, si è proceduto all'analisi e sviluppo delle possibili soluzioni informatiche utilizzabili in materia a fini preventivi e risolutivi.

Risultati e la discussione

L'analisi mostra come in ambito sanitario così come negli altri settori, sia possibile seguire delle best practices per limitare l'esposizione della struttura sanitaria agli attacchi cyber, quali possano essere delle soluzioni informatiche applicabili al contesto e come sia possibile sensibilizzare i soggetti operanti nel settore. In maniera specifica: coinvolgere ingegneri clinici, informatici e specialisti nello sviluppo di procedure per la sicurezza informatica; valutare i rischi dei dispositivi, tenersi aggiornati e limitare l'accesso alla rete ai dispositivi medici, impostare una procedura in grado di monitorare e segnalare rischi ed eventuali episodi di infrazione.

Contributo /interesse in rapporto allo stato dell'arte

La cybersecurity nel settore sanitario è più di un semplice rischio. L'attenzione al problema non deve essere solo a carico delle aziende sanitarie, ma a livello macroeconomico del SSN e degli organismi internazionali poiché il soggetto ultimo esposto al danno è il paziente inteso come cittadino. Una corretta informazione e soluzioni informatiche adeguate servono a proteggere le strutture ospedaliere, gli operatori sanitari, gli studi clinici, e noi tutti.

Cybersecurity: percezione del rischio.

Barbara Kulaga, Berardino Cristino, Università Politecnica delle Marche, Italia

Abstract

L'utilizzo delle tecnologie in sanità, dagli apparecchi medicali all'IoT (Internet of Things), ha aumentato l'esposizione delle aziende sanitarie ad azioni di hackeraggio. Il valore dei dati sanitari trafugati attraverso gli attacchi cyber è persino maggiore di quello dei dati delle carte di pagamento. Pertanto le reti informatiche sanitarie risultano particolarmente appetibili per i pirati informatici. Il danno ultimo è cagionato però non all'azienda sanitaria né al SSN, quanto piuttosto al paziente; sono infatti i suoi dati sensibili ad essere oggetto dell'infrazione. Ciò che ci si domanda con questo studio è se il personale sanitario sia consapevole ed attento al problema.

Obiettivi della ricerca

L'obiettivo che si intende perseguire con questa ricerca è quello di verificare la consapevolezza e la percezione che il personale sanitario ha del rischio informatico, sottoponendolo a dei questionari anonimi.

Contesto e descrizione problema

Nonostante molte campagne stiano cercando di sensibilizzare gli utenti sul rischio di attacchi informatici, il tema è ancora lontano dal sentire comune. In ambito sanitario l'allarme è stato lanciato negli ultimi mesi del 2016, quando alcune ricerche di Deloitte e Trapax hanno stimato che il 94% dei 5600 ospedali statunitensi sia stato esposto ad azioni di hackeraggio. Alla digitalizzazione delle aziende sanitarie dovrebbe infatti corrispondere un adeguato investimento in tema di sicurezza informatica anche aumentando le campagne educative.

Diversi studi sono stati fatti per testare la sicurezza delle password utilizzate per proteggere le informazioni sanitarie nei trials clinici e la maggior parte di essi ha dimostrato l'inadeguatezza delle stesse ed altrettanti studi hanno mostrato le alte percentuali di utenti portati a condividere le loro password; ciò dimostra che manca la consapevolezza dei singoli utenti all'esposizione al rischio.

Teorie, metodi, modelli e materiali utilizzati

Lo studio sarà condotto attraverso l'analisi dei dati dei questionari somministrati al personale di alcune strutture sanitarie (pubbliche e private) della Regione Marche. Dopo un esame dei dati emergenti nelle più attuali ricerche sul tema, reperite attraverso la ricerca per parole chiave su PubMed (MEDLINE), CINAHL e PROQUEST, si procederà all'elaborazione dei quesiti da inserire nel questionario, la distribuzione dei questionari e la distribuzione dei questionari e l'analisi statistica dei dati suddividendoli in classi.

Risultati e la discussione

Quello che ci si aspetta dall'analisi dei dati è la conferma del fatto che in ambito sanitario così come negli altri settori, la sensibilità sul tema sia inadeguata rispetto alla portata del problema. Ci si aspetta di poter evidenziare quali categorie di soggetti siano meno informate e dunque portate a commettere errori, anche banali, ma che aumentano l'esposizione al rischio, come potrebbe essere la pratica diffusa di condividere password, non modificarle periodicamente e così via.

Contributo /interesse in rapporto allo stato dell'arte

Il settore sanitario è risultato il maggiormente esposto agli attacchi informatici e solo recentemente il problema sta suscitando adeguata considerazione. Ad essere informati sui rischi e sulle best practices da seguire per limitarli dovrebbero essere tutti gli attori coinvolti, pertanto campagne di educazione sulla

cybersecurity dovrebbero essere indirizzate anche agli operatori sanitari, solo in questo modo è possibile chiedere loro una cooperazione con ingegneri clinici ed informatici per trovare ed attuare soluzioni adeguate. Attraverso questo studio è possibile avere un'indicazione sulle categorie di soggetti sui quali lavorare maggiormente, rendendoli cioè consapevoli e sensibili all'argomento. Una corretta informazione infatti gioverebbe nel governo del problema all'interno della struttura, permetterebbe di avere un miglior spirito collaborativo con le figure professionali e tecniche che si occupano in modo specifico della sicurezza delle reti, ma renderebbe gli operatori stessi, al di fuori del loro ruolo professionale ma in quanto cittadini, più attenti e permetterebbe la diffusione delle regole da seguire per limitare i rischi anche al di fuori dell'ambito sanitario, nella vita di tutti i giorni.

[Estudo IRM com Tractografia de pacientes pediátricos com agenesia do corpo caloso e confronto entre software registrados e open source.](#)

Nicolò Rossi, L. Imperiale, G. Polonara, M. Valenti, S.Maggi, G.Mazzoni, Università Politecnica delle Marche, Italia

Resumo

INTRODUÇÃO

O DiffusionTensorImaging (DTI) é uma técnica de IRM que permite a análise das propriedades difusivas e da direção do fluxo de moléculas de água no interior dos tecidos in vivo. Os dados DTI podem ser utilizados para fazer um mapeamento tridimensional das fibras de substância branca. Para pacientes com lesões cerebrais, ou malformações, o método fornece uma ajuda no planeamento da melhor terapia cirúrgica para preservar, enquanto possível, os feixes de fibras durante a re-dissecação cirúrgica.

ESCOPO: O objectivo desse trabalho é conduzir um estudo sobre este tipo de sequência aplicada a pacientes pediátricos com agenesia do corpo caloso, tentando de optimizá-la. Especialmente tentamos criar um protocolo que pudesse fornecer todas as informações necessárias para o diagnóstico, juntamente com uma sequência DTI para uma análise clínica que possa acrescentar detalhes essenciais para um diagnóstico mais preciso da patologia.

MATERIAL E MÉTODO: Esse estudo pretende confrontar técnicas diferentes de reconstrução das fibras encefálicas utilizando ou algoritmos de reconstrução deterministas, utilizados maioritariamente nos software registrados (autenticados), ou algoritmos probabilísticos, utilizados maioritariamente nos software open source.

CONCLUSÃO: De este estudo foram reveladas diferenças entre as duas tipologias de software e as diferenças das reconstruções das fibras entre algoritmos deterministas e probabilísticos.

BIBLIOGRAFIA:

- [1] Mitchell, Principi di Risonanza Magnetica, Centro Scientifico Editore, 2005.
- [2] D. Maschio e C. Carriero, Syllabus Risonanza Magnetica di Base, Poletto editore, 2004.
- [3] Bastianello, Neuroradiologia - Testo Atlante, Roma: CIC Edizioni Internazionali, 2010.
- [4] Stieltjes, Brunner, Fritzsche e Laun, DiffusionTensorImaging, Berlino: Springer, 2013.
- [5] Baert, Knauth e Sartor, ParallelImaging in Clinical MR application, Berlino: Springer, 2007.
- [6] Fillard, Descoteaux e Goh, «Quantitative evaluation of 10 tractography algorithms on a realistic diffusion MR phantom,» Elsevier, 2011.
- [7] Behrens, Woolrich e Jenkinson, «Characterization and Propagation of Uncertainty in Diffusion-Weighted MR Imaging,» WileyInterScience, 2003.
- [8] M. Soares, Alves e Sousa, «A hitchhiker's guide to diffusion tensor imaging,» frontiers in Neuroscience, 2013.
- [9] Conti, Fisiologia Medica, Milano: Edi-ermes, 2010.
- [10] Harrison, Neurologia Clinica, Milano: Mc Graw Hill, 2007.
- [11] Liney, MRI in Clinical Practice, Berlino: Springer, 2006.
- [12] C. D. Ambrosi, Anatomia dell'uomo, edi-ermes, 2010.
- [13] Felten e Shetty, Atlante di Neuroscienze, Milano: EDRA Masson, 2010.
- [14] Stanfield, Fisiologia, Napoli: EdiSES, 2011.

- [15] C. D. o. N. o. Nuffield, «FSL Wiki,» [Online]. Available: fsl.fmrib.ox.ac.uk.
- [16] Sydykova, Stahl e Dietrich, «FiberConnections between the CerebralCortex and the Corpus Callosum in Alzheimer'sDisease: A DiffusionTensorImaging and Voxel-BasedMorphometryStudy,» 2006.
- [17] Jones e Cercignani, «Twenty-fivePitfalls in the Analysis of Diffusion MRI Data,» NMR in Biomedicine, vol. 803, n. 820, p. 23, 2010.
- [18] S. Avery, «FSL-TBSS Processing Guide,» 2010.
- [19] Riggall, Doron e Steven, DiffusionTensorImaging Analysis Guide, 2006.
- [20] Ashburner, Barnes e Chen, «SPM12 Manual,» Londra, 2016.
- [21] Zhan, Zhou, Wang e Jin, «Comparison of ninetractographyalgorithms for detectingabnormalstructural brain networks in Alzheimer'sdisease,» frontiers, n. 48, p. 19, 2015.
- [22] Mori, Crain e Chacko, «Three-DimensionalTracking of AxonalProjections in the Brain by MagneticResonanceImaging,» 1999.
- [23] J. Ashburner, «VBM Tutorial,» 2010.
- [24] Jiang, Zijl e Kim, «DtiStudio: Resource program for diffusionensorcomputation and fiber bundle tracking,» ELSEVIER, n. 81, p. 10, 2005.
- [25] Cei, Tecniche di Tomografia Computerizzata e di Risonanza Magnetica, Roma: SEU, 2011.
- [26] Just, Cherkassky e Keller, «Functional and AnatomicalCorticalUnderconnectivity in Autism: Evidence from an fMRISudy of an Executive Function Task and Corpus CallosumMorphometry,» 2006.
- [27] Smith, Jenkinson e Berg, «Tract-basedspatialstatistics: Voxelwiseanalysis of multi-subjectdiffusion data,» Elsevier, 2006.

Riassunti

Nella raccolta dei dati sperimentali una variante fondamentale per il confronto dai dati ottenuti sta nel verificare se effettivamente i dati raccolti sono confrontabili tra di loro. Negli studi sperimentali effettuati con scanner RM uno dei più grandi limiti sta nel fatto che non è possibile confrontare due immagini RM provenienti da due scanner differenti, anche se i due scanner possiedono la stessa intensità di campo magnetico. Per questo spesso gli studi sperimentali vengono effettuati su un solo scanner RM e per raggiungere un numero di campioni raccolti accettabile per uno studio sperimentale si impiegano diversi anni. Inoltre in alcuni studi a volte vengono utilizzati dei dati raccolti da due scanner differenti non avendo la certezza che i dati provenienti dai due scanner possano essere effettivamente confrontati. L'obiettivo di questo studio è stato quello di creare un protocollo per lo studio trattografico delle fibre encefaliche in pazienti Pediatrici con Agenesia del Corpo Calloso che potesse essere utilizzato in due scanner RM differenti: Il primo è una Philips Achevia versione 2.6/12.6 da 1.5 Tesla; il secondo scanner invece è una General Electric (GE) da 1.5 Tesla, CVI/NVI, Excite Hdxt15.0, entrambe queste Apparecchiature sono situate all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona. I soggetti, invece, sono attualmente tenuti sotto osservazione dalla SOD di Neuroradiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, ma provengono da diversi ospedali delle Marche. Le apparecchiature essendo situate nello stesso ambiente sono stati esclusi gli errori derivanti dalla Pressione Atmosferica, dall'Umidità, e dalla temperatura ambientale che alterano l'intensità del campo magnetico dello scanner.

Le immagini raccolte risultavano effettivamente differenti tra loro, perciò si è optato per l'utilizzo di una software Open-Source di nome FSL.

Questo tipo di software ideato dal "Nuffield departement of Clinical Neurosciences" dell'università di Oxford, viene utilizzato per il confronto e la rielaborazione dei dati provenienti da scanner RM. Il software è particolarmente indicato per il confronto dei dati provenienti dagli studi encefalici.

Dal confronto delle sequenze ottenute dai due scanner è risultato che i dati raccolti sono effettivamente differenti tra di loro e per questo non confrontabili senza un'apposita rielaborazione. Attraverso diverse applicazioni presenti nel software FSL i dati dei due scanner sono stati ugualizzati e quindi resi confrontabili tra di loro. In conclusione si può affermare che è possibile effettuare un confronto dei dati ottenuti da diversi scanner per verificare se esistano differenze significative con questo tipo di software, questo può portare ad un più ampio utilizzo di scanner differenti e di conseguenza ad una più ampia raccolta di dati su cui effettuare studi sperimentali. In generale comunque è buona norma utilizzare

scanner con caratteristiche simili e software proprietari di simile concezione per fare in modo che la rielaborazione risulti con meno differenze possibili, quindi elementi fondamentali per la sequenza di Risonanza Magnetica come la Matrice, il Campo Magnetico (B_0), l'Intensità dei Gradienti delle bobine devono essere più simili possibile tra di loro.

[La TEP/TDM Cérébrale: l'utilisation de nouveaux produits radiopharmaceutiques pour la détection de la protéine bêta-amyloïde.](#)

Arianna Gambini, Leonardo Devito, Fabio Massimo Fringuelli, Simonetta Cercaci et Giovanni Mazzoni, Université Politecnica delle Marche, Italia

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la maladie d'Alzheimer «la maladie sociale du siècle». Sa diffusion ne cesse d'augmenter: d'ici 2050 le nombre de personnes souffrant de cette maladie passera de 47 millions à 131 millions. En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer il est possible de distinguer des lésions caractéristiques de deux protéines particulières: les amas de neurofibrilles intraneuronales de la protéine tau et les accumulations extracellulaires de peptide β -amyloïde; les deux sont présents au niveau tissulaire des années avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Récemment il a été possible de synthétiser une molécule radiomarquée similaire à la protéine bêta-amyloïde avec la possibilité de détecter, avec une technique d'imagerie, la présence et la localisation de cette protéine.

OBJECTIFS

Le but de cette étude est d'identifier et d'analyser les protocoles d'acquisition et d'élaboration à appliquer afin de réaliser une TEP/TDM correcte avec β -amyloïde radiomarquée, ainsi que de pouvoir l'appliquer à la routine quotidienne.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La TEP/TDM avec β -amyloïde se base sur trois produits radiopharmaceutiques: ^{18}F -Flutémétamol, Florbétapir- ^{18}F et ^{18}F -Florbetaben. Nous avons effectué une TEP-amyloïde sur 15 patients, dont 11 avec ^{18}F -Flutémétamol et 4 avec ^{18}F -Florbétapir, ayant obtenu des résultats positifs aux tests neuropsychologiques, aux examens neurologiques et à l'imagerie TDM et/ou IRM. En ce qui concerne les 15 patients, 5 d'entre eux sont de sexe masculin et 10 de sexe féminin et tous ont un âge compris entre 66 et 80 ans. Les doses sont préparées selon le type de produit radiopharmaceutique utilisé (185MBq pour le ^{18}F -Flutémétamol et 370MBq pour le ^{18}F -Florbétapir). Dès qu'il est prêt, le produit radiopharmaceutique est injecté rapidement (10/20 sec) et successivement on mesure la dose restante afin de contrôler l'activité totale administrée. Le patient attend ensuite la période nécessaire pour la distribution intracérébrale du produit radiopharmaceutique: 75-80 minutes pour le ^{18}F -Flutémétamol et 30-50 minutes pour le ^{18}F -Florbétapir. Le patient est ensuite invité à vider sa vessie et à enlever les éventuels objets métalliques. Le patient se positionne donc sur le lit de la TEP/TDM: allongé sur le dos avec la tête appuyée sur un casque spécial. Il est fondamental que le plan sagittal médian et que le plan orbito-méatal soient perpendiculaires au lit et alignés aux lasers de la machine. Une fois le patient positionné, le scanner est effectué: tout d'abord une acquisition TDM «low dose» pour la correction de l'atténuation et le positionnement du «paquet de données» d'acquisition qui doit comprendre la portion comprise entre la boîte crânienne supérieurement et le palais dur inférieurement; ensuite au scanner TEP dynamique 3D qui a une durée différente selon le produit radiopharmaceutique injecté: 10 minutes pour le ^{18}F -Florbétapir et 20 minutes pour le ^{18}F -Flutémétamol. À la fin du scanner on contrôle que les images soient de bonne qualité et qu'il n'y ait pas d'artéfacts. Les images acquises sont ensuite élaborées par le technicien de radiologie, selon les indications établies par le protocole.

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

Malgré le fait que tous les patients ayant fait l'objet de l'étude résultaient apparemment positifs à la maladie d'Alzheimer, toutes les 15 TEP-amyloïde n'ont pas démontré la présence réelle de cette pathologie. Les deux conditions suivantes ont pu être observées: ① 10 des 15 patients positifs aux tests de premier niveau ont été confirmés positifs pour TEP-amyloïde: les sujets sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Les images montrent l'augmentation de captation du produit radiopharmaceutique aussi bien au niveau de la substance blanche que de la substance grise: ceci est corrélé avec la présence anormale de β -amyloïde. Les marges entre la substance grise et la substance blanche ne peuvent plus

être distinguées alors qu'une intense «radioactivité» peut être observée près de la boîte crânienne. ② 5 des 15 patients positifs aux tests de premier niveau sont négatifs à la TEP-amyloïde: les sujets n'ont pas atteints de la maladie d'Alzheimer, mais cette condition n'exclut pas la présence d'autres pathologies différentes. Les images montrent une captation normale et une distribution normale du produit radiopharmaceutique: il est présent au niveau de la substance blanche et il est très peu présent au niveau de la substance grise, les marges entre la substance grise et la substance blanche sont maintenues et on peut noter la présence de ce qu'on appelle «image à arbre». Le nombre réduit de cas étudiés et l'absence de logiciels commerciaux officiellement validés ne nous permettent pas d'effectuer une analyse semi-quantitative des images: toutefois l'analyse quantitative et visuelle est suffisante pour un diagnostic correct. L'application d'une méthode capable de détecter la présence d'anomalies qui peuvent apparaître bien avant l'émergence des symptômes typiques de la maladie d'Alzheimer a ouvert une nouvelle voie qui est en train d'évoluer davantage aussi bien en ce qui concerne la synthèse de nouveaux produits radiopharmaceutiques capables de se lier à la protéine tau qu'en ce qui concerne de nouvelles machines plus sophistiquées (TEP/IRM).

Casos de mortalidade por hipertensão arterial no Estado de Sergipe, Brasil.

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Deyse Mirelle Souza Santos, Luiz Eduardo Oliveira, Beatriz Santana Prado et Marcos Antonio Almeida Santos, Universidade Tiradentes, Brasil

OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO

Analisar o número de óbitos relacionados à hipertensão arterial sistêmica essencial em Sergipe entre os anos de 2000 a 2014.

O CONTEXTO E A DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A Hipertensão Arterial pode ser classificada em primária (essencial) e secundária (NOBRE, 2013). A hipertensão arterial sistêmica primária (essencial), é um dos agravos de maior prevalência em adultos e fator de risco para doenças cardiovasculares, as quais, por sua vez, encampam as enfermidades isquêmicas do coração e enfermidades cerebrovasculares. Estas representam as principais causas de morte no mundo (VILELLA et al., 2016). No Brasil, estima-se que a hipertensão arterial sistêmica esteja associada à mortalidade geral em cerca de 32,5% da população adulta, alcançando 60% do grupo de idosos maiores de 60 anos (SBC, 2016). É provável que em Sergipe, estado brasileiro situado na região nordeste, esse panorama da mortalidade associada à HAS seja semelhante ao do país inteiro.

AS TEORIAS, OS MÉTODOS, OS MODELOS E OS MATERIAIS UTILIZADOS

Trata-se de estudo de séries temporais dos registros de óbitos no Estado de Sergipe entre os anos de 2000 a 2014, associados à Hipertensão Arterial Sistêmica Essencial, incluindo indivíduos de ambos os sexos e diversidade de cor da pele. Os dados de mortalidade foram colhidos mediante busca eletrônica nos registros do DATASUS (BRASIL, 2016). Esses dados foram ajustados para a população, de acordo com estimativas anuais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os óbitos foram classificados por ocorrência e selecionados segundo a categoria CID-10 (I10- Hipertensão essencial).

Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico Stata, versão 14. Os dados foram apresentados em números absolutos e porcentagens. Os resultados foram apresentados com indicadores referentes a mortalidade corrigida para a população estimada, sexo e cor da pele. Tendências de mortalidade foram apresentadas por 100000 habitantes e de acordo com o ano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012), a prevalência de hipertensão arterial é maior em homens (29,2%) do que em mulheres (24,8%), entre adultos ≥ 25 anos. Porém pode observa-se nesse estudo, de acordo com o sexo, houve maior número de óbitos para o sexo feminino, sendo 2732 óbitos equivalentes a 58,28%. Já no sexo masculino esse número foi menor, apresentando 1957 óbitos, o que equivale a 41,72% dos casos, totalizando 4691 óbitos em Sergipe no período de 2000 a 2014. Observou-se predomínio do sexo feminino em todos os anos, variando entre 54 e 61%. Essas taxas equivalem à distribuição populacional para o estado de Sergipe, que tem oscilado entre 50,52% e 51,07%, segundo a projeção da população realizada pelo IBGE (2000-2030).

O escopo do presente trabalho não permite identificar as causas para esse fenômeno. Entretanto, entre potenciais motivos, estariam uma maior notificação nos atestados de óbitos de mulheres, seja por terem previamente informado o agravio da hipertensão, ou por algum viés de notificação médica, durante a redação dos atestados de óbito.

Até onde pode-se investigar, inexistem evidências que corroborem uma maior taxa de mortalidade em mulheres, em decorrência de doença hipertensiva do que em homens. A menopausa seria um dos fatores que podem estar envolvidos no desencadear da HAS nas mulheres (BRITO et al., 2010).

O número de óbitos em pessoas de cor parda foi mais evidente do que em outras cores de pele. Do total de 4691 óbitos, 2299 foram da cor parda, seguido da cor branca com 1168 óbitos. Já a população indígena obteve o menor número de caso, totalizando 6 óbitos no período de 2000 à 2014. Porém faz-se necessário destacar que o critério de raça ou etnia utilizado foi a “auto-definição de cor”, conforme adotado pelo IBGE em censos demográficos (LESSA et al., 2006).

No que tange às tendências temporais de mortalidade associada à hipertensão arterial, ocorreu aumento da mortalidade até o ano de 2009, com tendência de redução a partir desse ano.

Diversos fatores podem ter influenciado os achados. Entre diversas possibilidades, dentre eles o aumento das notificações de hipertensão em atestados de óbito, entre 2000 e 2009, as campanhas preventivas e acesso gratuito ao tratamento ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através do programa de HIPERDIA que foi implantada no Brasil no ano de 2001, mas sua adesão ocorreu em longo prazo, o que pode refletir na diminuição dos óbitos nos anos posteriores (RIBEIRO et al., 2011).

CONTRIBUIÇÃO/O INTERESSE DA COMUNICAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESTADO DA ARTE E ÀS PRÁTICAS ATUAIS

O presente estudo apresentou a sua análise até o ano de 2014, devido a inexistência de dados alimentados no sistema de informação HIPERDIA nos anos subsequentes. Elevada prevalência de HAS na população Sergipanafoi destacada no período do estudo. Ressalta-se a importância da informação continuada no sistema de informação para que os dados possam ser usados na gestão em saúde para prevenção e controle da HAS.

As Redes de Atenção à Saúde em uma região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Romulo Miranda, Carinne Magnago, Frederico Caixeiro et Celia Regina Pierantonni, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ, Brasil

Gli standard e il diritto alla salute.

Margherita Croce, UNIVP, Italia

Samedi 9/09/2017

Horaire : 08:30 – 09 :00 – Accueil et inscription

Horaire: 09:00 – 10 :30

Session 36

Salle 2

Thème : Responsabilité de la politique publique par rapport à la qualité des soins (2)

Président: Carmen Tereanu, Romania

Crisis del Aseguramiento de la Salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible.

Mario Parada Lezcano, Universidad de Valparaíso, Chile

INTRODUCCION

En Chile, desde el inicio de la seguridad social en salud de responsabilidad del Estado en 1924, se ha instalado una crisis de legitimidad de la protección social en salud, debida a que nunca se ha cumplido con el principio de universalidad, ya que los diferentes sistemas ensayados e implementados han

excluido a alguna parte de la población, generando fuertes tensiones por la fragmentación e inequidad que se han producido por este “error congénito” de seguridad social chilena.

En este ensayo reflexionaremos respecto de las razones que explican esta situación de crisis de los sistemas de salud y de su financiamiento en Chile. Desarrollaremos ideas respecto de la fragmentación clasista de nuestros sistemas sanitarios y su perpetuación como forma de reproducción social propia, casi impermeable a concepciones más evolucionadas del mundo. Además, haremos análisis crítico de algunas propuestas (también crónicas) de cambios estructurales.

OBJETIVO

Realizar un análisis crítico del sistema de aseguramiento de salud en Chile.

METODOLOGÍA

Ensayo

CONCLUSIONES

El sistema fragmentado de salud, a pesar de altos niveles de cobertura de los diferentes seguros y los buenos indicadores sanitarios generales, ha generado altos niveles de inequidad en los resultados sanitarios, altos niveles de insatisfacción de las personas, con aumento real de la carga de enfermedad fundamentalmente por las Enfermedades del desarrollo (crónicas no transmisibles), con aumento de la prevalencia de las enfermedades de la esfera de la salud mental, así como problemas medioambientales, y déficit de recursos humanos, en cantidad y calidad, para el trabajo en los servicios de salud de diferente complejidad. El gasto per-cápita en seguros privados es más del doble que el público; el gasto público en salud (como %PIB) es 47% del total; gasto de bolsillo más grande de OCDE (38%).

Esto se configura en una crisis la cual por su mantención en el tiempo la asimilamos a una “enfermedad crónica”.

Hay una crisis en el rol regulador del Estado que trae como consecuencias: la colusión de las farmacias; presiones sobre la reglamentación que impuso el etiquetado para desincentivar y disminuir el consumo de alimentos no saludables; abusos de las concesionarias privadas que han cosntruído hospitales; déficit en la fiscalización de los prestadores privados con fines de lucro; desregulación de la formación de profesionales de la salud; y lo más grave, aseguradoras privadas con fines de lucro, fuera de la Constitución al discriminar por sexo y edad a sus beneficiarios.

Tenemos un sistema socialmente ineficiente que se sustenta en valores como el individualismo diferenciador aspiracional; la competitividad – agresividad; hedonismo sin sublimación; la caridad; libertad de elección; la desconfianza – inseguridad; y, la desidia – desesperanza – impunidad aprendidas. La fragmentación clasista de los sistemas sanitarios y su reproducción social, casi impermeable a concepciones más verdaderamente cercanas a los principios de la seguridad social, es lo que denominamos como “enfermedad socialmente transmisible”.

[El concepto de calidad en la política de salud en México. Del Estado-Benefactor al Estado-Mercado. Garantía del derecho a la salud? Análisis del periodo 1990-2016.](#)

Victoria Ixshel Delgado Campos, Roselia Rosales Flores, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Cuajimalpa, México

Objetivo

El objetivo de este trabajo es elaborar un análisis crítico del concepto “calidad” plasmado en los principales documentos de política pública en materia de salud en México durante el periodo de 1990 a 2016, en paralelo a algunas transformaciones del Estado mexicano.

Contexto y descripción del problema

Los esfuerzos por valorar la calidad de la atención a la salud, pueden considerarse como resultado de un debate político-económico en torno al papel del Estado como principal proveedor de bienes y servicios de salud. En ese sentido, las primeras conceptualizaciones sobre la calidad de los servicios pueden rastrearse hasta la propuesta de Avedis Donabedian, quien en 1966, planteó un modelo para comprender y analizar sistemáticamente los elementos que forman la atención médica, basado, principalmente, en el componente de seguridad del paciente. Cabe destacar que, el surgimiento del

modelo del Estado Benefactor se remonta al surgimiento del Estado-Nación, que emerge en la Europa Central posterior a los Tratados de Westfalia de 1648. Así, el desarrollo conceptual sobre la calidad en los servicios de salud puede enmarcarse en el contexto político del Estado Benefactor de la posguerra, que, en el periodo entre la década del cincuenta y la década del noventa, procuró generar políticas públicas de carácter proteccionista orientadas al cumplimiento de los derechos sociales que eventualmente, conducirían a elevar el bienestar y la calidad de vida de la población general. En este marco, tanto el criterio de ciudadanía como el de soberanía territorial, definió a los sujetos de derecho en materia de política pública, en la que la política sanitaria no fue la excepción. Así, se configuraron los llamados “beneficiarios” de la política de salud. Sin embargo, se ha señalado que el Estado Benefactor fue transformándose hacia un Estado con rasgos neoliberales. A finales de la década de los ochenta y durante la década del noventa se implementaron en todo el mundo –aunque con alcances y desarrollos diversos–, políticas de ajuste estructural que trazaron el seguimiento de la ruta neoliberal. Bajo las directrices de organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, se llevaron a cabo diversas transformaciones en materia de salud; una de ellas, se inauguró con el documento *Invertir en Salud* (1993) del Banco Mundial en el que se propone redefinir el papel del Estado disminuyendo sus responsabilidades como garante de bienes y servicios, –como la atención a la salud, por considerarse un bien privado desde la lógica neoliberal–, frente a la preeminencia del mercado y la responsabilidad individual y familiar. Este contexto coincide con la llamada Nueva Gestión Pública que definió la política de salud en el país. Así, se fue configurando un Estado-mercado que comenzó a diseñar políticas de salud privilegiando enfoques empresariales y tecnocráticos para resolver problemas como la atención médica y el acceso a los servicios de salud. No obstante, bajo este contexto, el concepto de “calidad” en materia de salud, también asume matices y rasgos de la política neoliberal, por lo que, es deseable repensar cuál es el “problema público” en materia de calidad en las políticas de salud, tomando como referente el marco analítico de las políticas públicas, por un lado, y por el otro, una mirada crítica sobre los servicios de salud y el derecho a la salud en México.

Teoría, método y materiales

Se desarrolla un análisis documental y crítico sobre la calidad en las políticas de salud en México, tomando como referencia el marco analítico de las políticas públicas y el enfoque de la Salud Colectiva para analizar las características del concepto “calidad” plasmado en los documentos oficiales de política en salud en México, en el contexto de transformación de un Estado-Benefactor hacia la instauración y sostenimiento de un Estado-Mercado.

Resultados y discusión

El concepto de calidad en materia de política de salud en México, debe analizarse en paralelo a las transformaciones del Estado mexicano. Lo anterior permite un análisis detallado en materia de política pública, que coloca una problemática singular en fases previas a la implementación o evaluación de intervenciones; es decir, en la fase de diseño, principalmente, en la definición del problema público que la política busca resolver. El concepto de calidad, anclado en el enfoque neoliberal, difícilmente podría suponer la garantía del derecho a la salud en sentido amplio, que considere aspectos no solo de acceso a los servicios de salud, sino de aquellos determinantes sociales de la salud.

Afrontamiento de familias que tiene un hijo discapacitado.

Pascual Gerardo García Zamora, Nohemí Romero Sánchez, Cristina Almeida Perales et Adriana Dávalos Pérez. Universidad Autónoma de Zacatecas et Facultad de Enfermería y Obstetricia Universidad de Guanajuato México

El presente estudio se planteó el objetivo de identificar como estructuran sus estrategias de afrontamiento las familias que tiene un hijo con discapacidad, al tiempo que nos permitió conocer que tan eficientes son las redes de apoyo con las que cuentan, así como, la presencia de la seguridad social en la satisfacción de las necesidades de estas familias. Los cambios que se dan en una familia con niños especiales, son de vital importancia, no sólo al interior de la misma sino al exterior, ya que forman parte de una sociedad, que no siempre ofrece un lugar acogedor para la gente que presenta algún tipo de discapacidad, por consiguiente los familiares, muchas veces se mantienen herméticos ante la presencia de un niño con estas características, por el temor a las reacciones sociales o falta de información. Es indispensable que los padres y la familia en general, experimenten un proceso de afrontamiento de la

situación. Asumir el nacimiento de un hijo con discapacidad genera inexorablemente una serie de actitudes de culpa, negación, enfado, desplazamiento y dolor, así como múltiples efectos disfuncionales entre los que están el aislamiento social, la falta de cohesión marital o la disrupción de roles. Se ha encontrado que la presencia de un hijo con estas características desajusta el estilo de vida de la familia, los padres lo describen como un golpe a su estabilidad y es la causa por la que solicitan apoyo para aminorar el nivel de ansiedad y estrés. En dichas circunstancias viven las familias de niños con discapacidad de los Centros de Atención Múltiple de Guadalupe, Zacatecas, México, quienes invierten gran parte de su tiempo, dedicación y energía para la protección de la familia, así como el cuidado de un niño con capacidades especiales, que trae como consecuencias un desequilibrio emocional importante, además estos aspectos pueden provocar rupturas familiares, lo que agrava aún más la situación. El modelo de discapacidad social propone que la discapacidad no es solamente lo derivado de la enfermedad, sino el resultado de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales inmiscuidas en un medio ambiente que en mucho es creado por el hombre. Por lo tanto, desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen tan solo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus déficits. El Afrontamiento que tiene que ver con la teoría de la evaluación cognitiva Lazarus y Folkman lo definen como el esfuerzo cognitivo y conductual que debe realizar un individuo para manejar las demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona, es lo que se ha acordado denominar estrategias de afrontamiento. Haciendo mención sobre esto las madres involucradas, en las entrevistas reflejaron su sentimiento ante la situación que atraviesan si bien no ha sido fácil para ninguna de ellas tener que transitar este proceso, puesto que desde el momento del embarazo se tenía una perspectiva completamente diferente, para muchas de ellas fue una gran sorpresa el momento del alumbramiento, « ese momento es algo que no le deseo a nadie », fueron las palabras literales de algunas de las madres, refirieron entrar en shock, otras se sentían en un sueño del cual despertarían, otras reportan que aún siguen esforzándose por asimilar su realidad. Vale subrayar, las madres mencionaron que ha sido un proceso de mucho aprendizaje, sufrimiento, cambios, búsquedas por tener una mejor calidad de vida, y que dentro de todo esto, aunque suene irónico ha sido una bendición poder contar con esos niños dentro de sus familias, narran dentro de la experiencia vivida influye en gran manera la sociedad en la que se encuentran inmiscuidos no solo ellos como padres sino también los hijos con discapacidad, hacen alusión a lo cruel que son las personas cuando observan un niño o una persona con discapacidad, comentan que estas acciones les perjudican y por ende el proceso de afrontamiento se torna más complejo. Muchas de estas mujeres dijeron desconocer si existe un programa en que el gobierno les pueda ayudar, refieren esto les ayudaría a aligerar la carga. Es importante hacer mención que en estas entrevistas las madres de familia valoran todo el trabajo realizado en los Centros de Atención Múltiple, ya que el apoyo brindado es de forma integral incluyendo la asistencia psicológica para la familia.

Session 37

Salle 3

Thème : L'amélioration de l'efficacité des soins (2)

Président: Marie-Pierre Gagnon, Québec

[Améliorer la présence pharmaceutique auprès des Unités de soins sur la gestion des dotations de médicaments : apport de la recherche-intervention socio-économique.](#)

Véronique Zardet, Marc Frachette et Gilles Leboucher, ISEOR, France

Objectif de la recherche

Évaluer dans un premier temps les dysfonctionnements du circuit du médicament entre la Pharmacie à usage intérieur d'un hôpital et un Service de Médecine sans dispensation nominative, puis dans un deuxième temps l'impact de l'investissement de temps pharmaceutique au sein de l'Unité de soins.

Contexte et problématique: la pharmacie à usage intérieur d'un site hospitalier d'un CHU français a mis en œuvre, avec une société de consultance scientifique, une approche de management socio-économique du circuit du médicament.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

La méthodologie est celle de l'ingénierie des coûts cachés qui permet la mise en évidence des gisements de performances [1]. Un diagnostic de la gestion des dotations entre la pharmacie et une Unité de soins s'est déroulé sur 3 mois avec la réalisation d'entretiens permettant d'identifier et de classer les dysfonctionnements de ce processus pharmaceutique. 6 entretiens individuels ont été réalisés auprès de l'encadrement et 2 entretiens collectifs auprès de 8 personnels. Les données recueillies ont été analysées avec un logiciel expert, afin d'identifier les causes racines des dysfonctionnements, traduits en coûts cachés. Ces résultats ont été par la suite restitués aux acteurs collectivement pour permettre d'établir un plan d'actions, de développer la présence pharmaceutique auprès des soignants et d'évaluer les bénéfices pour une équipe de soins.

Résultats et discussion

Les dysfonctionnements étaient principalement classés en défauts de qualité et écarts de productivité avec des gisements de performance évalués à 607.000 Euros/an. Les causes des dysfonctionnements ont été principalement la gestion du temps et le défaut de communication-coordination-concertation entre les unités de soins et la pharmacie à usage intérieur. La restitution du diagnostic a permis d'ouvrir une phase pilote et un projet de avec l'identification d'actions prioritaires, telles que l'investissement de temps pharmaceutique dans l'unité de soins. Cet investissement a permis de récupérer un minimum annuel de 1100 heures de temps, au profit de l'unité de soins, pour 400 heures/an de temps de préparateur investi.

Contribution de la communication

L'investissement de temps pharmaceutique permet ainsi de réallouer du temps vers le soin, de bénéficier de l'expertise de la pharmacie au sein de l'unité de soins et de contribuer au meilleur fonctionnement général de l'hôpital

Infirmières et médecins sont-ils utilisés de manière optimale à l'hôpital ?

Roxane Borgès Da Silva, Carl-Ardy Dubois, Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal et Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), Canada

Les systèmes de santé de plusieurs pays sont en transformation depuis quelques décennies déjà. Ils sont soumis d'une part aux changements démographiques et de santé des populations desservies et, d'autre part, aux changements technologiques qui influencent directement les pratiques professionnelles. On assiste à la transformation du travail des intervenants clé des établissements de soins, les infirmières et les médecins. Dans le contexte de croissance des coûts et de pénurie de ressources spécialisées, des enjeux relatifs aux activités réalisées et à leur efficacité sont soumis aux gestionnaires et aux chercheurs.

L'objectif de cette étude était de dresser un portrait, à partir de la littérature scientifique, des activités réalisées par les professionnels de la santé pendant leur temps de travail. Les questions de recherche posées étaient les suivantes:

- (1) Quelles sont les activités réalisées par les professionnels de santé (médecins et infirmières) et comment se définissent-elles ?
- (2) Quelle est la part des activités cliniques (liées aux soins d'un patients) et non cliniques (non liées aux soins d'un patient) réalisées par les professionnels de la santé (médecins et infirmières) pendant leur temps de travail ?
- (3) Quelle est la part des activités non cliniques réalisées par les médecins et les infirmières qui pourraient ne pas faire partie de leur travail? Comment ces activités affectent-elles l'efficacité de l'organisation des soins?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une revue de la littérature de type examen de la portée (*scoping review*). 2346 articles ont été recensés en appliquant des équations de recherche aux trois bases de données bibliographiques, Cinahl, PubMed et Econlit. Après analyse des titres, des

résumés et des articles, 26 études ont été retenues pour constituer la base de la recension des écrits. La quasi-totalité des études (24) a été menée en milieu hospitalier à travers 10 pays. 13 études portent sur les activités cliniques et non cliniques des infirmières, 11 sur celles des médecins et deux ont porté sur les activités des deux professions.

Les données révélées par la littérature démontrent que les soins directs occupent 27 % à 41 % du temps de travail des infirmières et 15 % à 28 % du temps des médecins. Les soins indirects occupent 22 % à 56 % du temps des infirmières et 57 % à 69 % pour les médecins. Les activités non cliniques comptent pour 4 % à 38 % du temps des infirmières et 0,3 % à 15 % pour les médecins. Pour ces derniers, une part importante des activités non cliniques se loge dans la catégorie « Formation et développement professionnel ». Les autres tâches liées au fonctionnement de l'unité sont peu présentes dans les activités des médecins. Ce type d'activités se retrouve davantage au sein du travail des infirmières. L'ajout de personnel para-professionnel à l'équipe de soins constitue une avenue intéressante pour permettre aux infirmières de se concentrer sur les tâches relevant de leurs compétences et sur les soins infirmiers directs au patient. L'introduction de nouvelles technologies d'information et la réorganisation des processus de travail sont recommandées pour réduire l'effort et le temps consacrés à la documentation clinique qui occupe un espace important des soins indirects.

En conclusion, cette revue de littérature a mis en évidence le fait que les activités cliniques liées aux soins directs au patient qui sont au cœur des pratiques professionnelles reconnues efficaces et efficientes, ne constituent pas la plus grande part des activités des infirmières et des médecins dans les milieux hospitaliers. Des analyses plus raffinées des activités cliniques et non cliniques qui tiennent compte des contextes sont nécessaires pour distinguer les activités efficaces et efficientes qui pourraient être réalisées par du personnel para professionnel et les intégrer dans le continuum des activités réalisées. Les articles recensés provenant de plusieurs régions nous amènent à constater que la problématique de l'efficience relative aux activités cliniques et non cliniques est généralisée dans le monde.

[Organisation de l'hôpital de jour oncologique au CHU de Liège pour une prise charge optimale des patients en termes de qualité, de sécurité et de confort.](#)

Brigitte Jansen, Ch. Gilles, F. Franchi, I. Roland, D. Ménager et Ph. Kolh, CHU de Liège, Belgique

Session 38

Salle 4

Thème : L'évaluation de la qualité (2)

Président: Benoit Petré, Belgique

[Apego a guías institucionales en la terapéutica empleada para bronquiolititis, caso Hospital General Zacatecas.](#)

Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez, Cristina Almeida Perales, Pascual Gerardo García Zamora et Juan Lamberto Herrera Martínez, Universidad Autónoma de Zacatecas, México

Introducción

El objetivo principal de este trabajo fue identificar la terapéutica empleada para bronquiolititis aguda para valorar el apego a guías institucionales del Hospital General de Zacatecas.

Métodos

Se revisaron 139 expedientes de niños hospitalizados para saber si se emplearon las recomendaciones de la Guía de práctica clínica establecida por la Secretaria de Salud en su primera edición del año 2009 y su actualización en 2015.

Resultados

De los 139 casos en expedientes revisados el tratamiento que se utilizó con mayor frecuencia analgésico/antipirético en 19.8% de los pacientes, Beta2 agonista inhalado 19.7%, seguido de esteroides sistémicos e inhalados y antimicrobianos con el 9.2, 10 y 9,3% respectivamente, siendo esto en los tres

primeros días de estancia, se encontró que en 98 pacientes es decir en el 70.5% de los casos se modificó el manejo en 24 horas de estancia y además se reportó que el apego al tratamiento al ingreso fue de 43%, a las 48 horas 20% y al egreso 15.8%. El tratamiento inadecuado se asoció a más días de hospitalización, requerimiento de oxígeno y el porcentaje de complicados fue mayor además de que el tipo de complicación asociada a pacientes con tratamiento adecuado fueron de menor trascendencia.

Conclusiones

A pesar de que existen evidencias y recomendaciones suficientes para establecer medidas terapéuticas adecuadas en esta enfermedad aún persiste el uso de medicamentos innecesarios así como medidas basadas en la experiencia.

Avaliação dos resultados das ações do rastreamento do Câncer de Mama em Minas Gerais, Brasil.

Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Camila Soares Lima Corrêa, Luanna Couto Pereira, Vivian Fayer, Mário Círio Nogueira, Maximiliano Ribeiro Guerra, Isabel Cristina Gonçalves Leite, Universidade Federal

Calidad del proceso de atención del Programa de Control Prenatal: retos para el nuevo modelo de atención colombiano.

Myriam Ruiz Rodríguez, Laura Andrea Rodríguez Villamizar, Belcy Moreno Castellanos, Adriana Esperanza Peñuela Sánchez et Wendy Cleves, Universidad Industrial de Santander, Departamento de Salud Pública, Colombia

Protocole d'évaluation du plan belge de soins intégrés en faveur des maladies chroniques 2016-2020.

Benoît Petré, Isabelle Bragard, Michèle Guillaume, Thérèse Van Durme, Sibyl Anthierens, Ann Van Hecke, Elien Colman, Roy Remmen, Anne-Sophie Lambert, Geert Goderis, Liesbeth Borgermans, Liset Grooten, Marlène Karam, Sophie Cès, Walter Sermeus et Jean Macq, Université de Liège, Belgique

Contexte et problématique

Il est bien documenté que l'organisation des soins de santé pour les adultes vivant avec une ou plusieurs conditions chroniques est sous-optimale. C'est pourquoi différents systèmes de santé dans les pays de l'OCDE expérimentent des changements complexes pour tenter d'améliorer la santé des populations, l'efficacité du système de santé et l'expérience que font les patients du système de santé (mieux connu sous le terme "Triple Aim").

En Belgique, les instances politiques de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont approuvé en 2015 un Plan Conjoint en faveur des malades chroniques, intitulé 'Des soins intégrés pour une meilleure santé' qui vise « *une amélioration de la qualité de vie de la population et, en particulier, en faveur des personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques et, ce, afin qu'elles puissent vivre au mieux dans leur propre environnement (famille, école, travail) et dans la communauté, et puissent gérer leur processus de soins de manière active* ». L'exécution de ce Plan se concrétise à travers une approche de type « bottom up ». Vingt projets-pilotes répartis sur le territoire ont été présélectionnés pour proposer des changements complexes dans l'organisation des systèmes de santé en ciblant le « Triple Aim », mais également le bien-être des fournisseurs de soins et l'équité dans l'accès aux soins (triple aim⁺⁺). Les projets-pilotes doivent développer un programme tenant compte de 14 composantes des soins intégrés, structurés en trois niveaux : autour du patient (empowerment du patient, soutien aux aidants informels, case management, maintien au travail et réintégration socioprofessionnelle et socioéducative), autour des professionnels (prévention, concertation et coordination, continuité des soins intra- et transmurale, valorisation de l'expérience des organisations de patients, dossier patient intégré, guidelines multidisciplinaires), et au niveau locorégional (développement d'une culture qualité, adaptation du système de financement, stratification des risques au sein de la population et cartographie des ressources, gestion du changement). Les projets-pilotes doivent développer leur programme dans une zone locorégionale recouvrant environ 100 à 150.000 habitants. L'inclusion des premiers patients est prévue pour juillet 2017.

Objectif

L'objectif de la communication est la description du protocole de support et d'évaluation scientifique de ces projets-pilotes confiés à un consortium (FAITH.be) de six universités belges (UA-UGent-KULeuven-VUB-ULg-UCL) prévu sur 4 ans de 2017 à 2020.

Méthodologie

Pour accomplir sa mission, FAITH.be a défini trois piliers de travail interconnectés:

- 1) Etablir un cadre opérationnel de suivi pour une évaluation de résultats centrée sur le Triple Aim⁺⁺. Ceci doit permettre d'évaluer l'efficacité globale des projets-pilote selon différentes perspectives (les patients, les prestataires, les autorités publiques, etc.);
- 2) Identifier les processus favorables au développement des soins intégrés au travers une évaluation de l'implémentation des projets-pilote : qu'est-ce qui fait que ce programme est efficace ?;
- 3) Soutenir les projets-pilotes en les assistant dans leur processus d'auto-évaluation de telle manière qu'une culture de qualité et une gestion efficace du changement soient promues.

Pour cela, FAITH.be doit notamment identifier, en co-construction avec les projets, les indicateurs les plus pertinents pour le suivi de l'évolution des projets, proposer un cadre opérationnel de suivi y compris les instruments pour mesurer l'évolution de ces indicateurs et mettre en place un système de feedback aux projets locaux pour informer ces derniers du besoin de s'adapter. Ceci devra permettre la rédaction d'un rapport annuel et l'identification subséquente d'actions pour le développement d'une culture de qualité. La communication présentera les différents protocoles en lien avec ces 3 piliers de travail.

Résultats et discussion

La discussion portera sur une réflexion sur l'évaluation de ce programme et les défis majeurs rencontrés dans sa mise en œuvre, portant notamment sur :

- La définition d'un cadre conceptuel : les « soins intégrés » ne sont pas une intervention mais bien une caractéristique d'un système de soins et d'aide qui peut être atteinte au travers de stratégie complexe d'innovation et de changement.
- Le changement doit être réfléchi dans une perspective sur le long terme pour progresser vers des soins intégrés, la nature adaptative attendue de stratégies pour développer des soins intégrés, et des changements attendus à différents niveaux.
- L'évaluation des résultats et des processus se fait en adoptant une perspective de systèmes au niveau locorégional
- Le support offert aux équipes des projet-pilote se réalise dans une visée d'autonomisation et de renforcement des compétences des acteurs impliqués en matière d'évaluation.
- La nécessité d'une co-construction progressive des indicateurs: les données utilisées pour l'évaluation de résultat devraient autant que possible être extraites du système d'enregistrement de "routine" qui sera progressivement enrichi de nouveaux indicateurs disponibles.

Contribution de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique

Ce protocole de recherche devrait mener à la documentation et la dissémination de bonnes pratiques en matière de développement de soins intégrés en Belgique, en se focalisant sur la gouvernance locale, la qualité des soins et les gains d'efficacité technique.

Session 39

Salle 5

Thème : Technologie et données médicales au service de la qualité des soins

Président: Adelin Albert, Belgique

ATS e a tomada de decisão em hospitais.

Francisco Fernando de Rezende, Ana Maria Malik, Escola de Administração de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil

Conception d'un tableau de bord stratégique : Application à l'activité du service de Radiodiagnostic du CHU de Liège.

Marjorie Gangolf, CHU de Liège, Belgique

En el marco del plan estratégico « CAP2020 » iniciado en junio del 2014, el servicio de Radiodiagnóstico del CHU de Liège ha deseado disponer y hacer el seguimiento de las informaciones en una herramienta centralizada con el fin de optimizar su gestión, respetando la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes.

El servicio de Radiodiagnóstico y el sector "Recolección de Datos" del Servicio de Informaciones Médico-Económicas del CHU (SIME) colaboraron para construir esta herramienta. La primera versión del modelo tuvo como objetivo poner a disposición del servicio un conjunto de datos que reflejaran su actividad expuesta en diferentes formas (por periodos, por sitio, por tipo de examen, por ejemplo). Una herramienta de validación también fue creada para asegurar la fiabilidad de los datos.

A continuación, se llevó a cabo una reflexión para determinar la mejor manera de presentar la información relevante y fácil de ser entendida por los usuarios.

[L'échelle EMRAM, outil de guidance pour le développement de l'informatique médicale hospitalière, soutien à la qualité des soins.](#)

Noemi Javaux, Michel Raze, Philippe Kolh, CHU de Liège, Belgique

[Valorisation des données patients à l'usage des praticiens: Utilisation hybride de techniques avancées d'automatisation de la structuration et de saisie des contenus médicaux.](#)

Brice de Behault, Henri Bostem, EarlyTracks et CHR Liège, Belgique

L'objectif de la recherche a porté sur la mise en place d'un outil de gestion des antécédents d'un patient adressant d'une part les spécificités opérationnelles des hôpitaux et médecins et d'autre part les capacités et potentiels technologiques disponibles.

Le contexte est celui de la gestion de la connaissance en milieu hospitalier et en particulier au niveau des dossiers patients informatisés. Ces outils, bien que centraux dans la pratique, sont encore fort souvent considérés comme des outils de support administratif et d'archivage. Une des raisons est que l'interfaçage homme-machine est assez inefficace, le praticien devant par trop de fois saisir des informations déjà disponibles dans les SI hospitaliers tout en ayant une attente en termes de valorisation des contenus particulièrement faible.

Dans une première phase, technique, le développement de nos outils de Text Mining nous ont permis d'atteindre des niveaux particulièrement élevés d'annotation des entités nommées médicales (maladies, symptômes, procédures + métadonnées), atteignant une F-Mesure de [82]%. De plus, pour la codification vers SNOMED-CT, nos outils ont atteint une codification représentative pour [93]% des termes soumis.

Dans une seconde phase, celle de confrontation au corps médical, notre projet a permis de démontrer que l'excellence des premiers résultats atteints pouvait ensuite être traitée de sorte à améliorer encore plus les résultats atteints et capitaliser au mieux sur les propriétés vernaculaires de la linguistique hospitalière. Les résultats atteints lors de cette phase doivent encore faire l'objet d'une validation.

L'intérêt principal de notre recherche est de mettre en avant l'intérêt d'une hybridation des méthodes de traitement (humaine et machine). Une telle approche est à même de répondre à la demande croissante d'information médicale structurée au sein des hôpitaux et, partant, la production de données de haute qualité sur les patients.

Un tel développement ouvre un champ applicatif particulièrement dense pour de futures applications se basant sur des algorithmes avancés permettant une meilleure prise en charge, un meilleur traitement et un meilleur suivi des patients. De plus, un tel développement représente la base pour l'amélioration de la gestion opérationnelle et financière des hôpitaux ainsi que l'analyse et le suivi de problématiques de santé publique et de recherches cliniques.

Horaire : 10 :30

Pause Café

Horaire : 11:00 - 12:00

Session plénière 3

Conclusions et perspectives

Intervenants : Médecine, numérique et qualité : le point de vue d'un ingénieur (Belgique). *Pr. Pierre Wolper, Université de Liège.*

Qualité et contrôle des coûts : de la clinique aux systèmes de soins (Suisse). *Pr. Carlo de Pietro, SUPSI.*

Qualité et innovation managériale (France). *Pr. Thierry Nobre, Universités en Sciences de Gestion à l'E.M.*

ALASS bénéficie du soutien :

Belgique

- Cliniques Universitaires Saint-Luc - Université Catholique de Louvain
- Université Libre de Bruxelles. Hôpital Erasme. Bruxelles
- Santhea, Fédération hospitalière, Bruxelles-Namur
- Centre Hospitalier Universitaire Sart Tilman Liège
- Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles
- Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. ANMC. Bruxelles

Brasil

- Federação Nacional dos Farmacêuticos-FENAFAR

Canada

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal

France

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

Italia

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

Luxembourg

- Centre de Recherche Public de la Santé. Luxembourg

México

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

Republique de Moldavie

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

Roumanie

- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse/Svizzera

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

19ª Edição dos prémios de Excelência na Análise dos Sistemas de Saúde.

Por ocasião do CALASS 2017, a ALASS fará entrega pelo 19º ano consecutivo dos seus prémios de Excelência na Análise dos Sistemas de Saúde.

- O prémio de excelência « comunicação » será atribuído à melhor comunicação”
- O prémio de excelência « poster » será atribuído ao melhor poster.

Os trabalhos serão seleccionados anteriormente por um júri "ad hoc" da ALASS entre os manuscritos apresentados ao congresso.

O prémio será a inscrição gratuita no congresso CALASS 2018 que deverá se realizar em Liège, Bélgica.

Actes du Congrès CALASS 2017

Les communications acceptées par la Commission et présentés dans les sessions seront publiées dans les Actes du Congrès de 2017 à Revista Eletronica CALASS dont ISSN est 1988-7914.

CALASS 2017 a le soutien de:

- Ulg



www.ulg.ac.be

- CHU Liège



www.chu.ulg.ac.be

- Ville de Liège



www.liege.be

- Cofely



<http://www.cofelyservices-gdfsuez.be/FR/Pages/default.aspx>

- FNRS



<http://www.fnrs.be/>

- Solidaris



La Mutualité Socialiste



<http://www.solidaris.be/Pages/Home.aspx>

- Région Wallonne - Cabinet Prévot



Wallonie



Service public
de Wallonie

<http://www.wallonie.be/>

- Province de Liège



<http://www.provincedeliege.be/>

- Hospitalia.fr



<http://www.hospitalia.fr/>

S'il vous plaît vérifier les mises à jour du programme préliminaire sur notre site Web:
www.alass.org