PUBLICAÇÕES

RESUMOS E ARTES
(TEMP – LINKS VIA GOOGLE DOCS, RESUMOS PRÉVIOS)

PRÊMIOS: 3

CONGRESSOS – MOSTRAS - CONCURSOS: 13

TRABALHOS SUBMETIDOS: 98

TRABALHOS APRESENTADOS: 68

ARTIGOS: 4 + 2 em curso

1) 2009, BLOGS DE BIOQUÍMICA
2) 2018, FERRAMENTAS DE GESTÃO CLÍNICA
3) 2019, PRÉ-PLANIFICAÇÃO
4) 2019, PRÉ-ESTRUTURADOS
5) (EM CURSO – RECEITA SIMPLES)
6) (EM CURSO – COVID19)

CAPÍTULOS DE LIVROS: 1 +2 em curso

1) 2014, MEDICAL DISCOVERIES BY MEDICAL STUDENTS
2) 2020, PLANIFICAÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – RELATO DE EXPERIÊNCIA
3) 2020, CAPÍTULOS DA ESCOLA DE PACIENTES DF

LIVROS: 1 em curso

1) 2020, EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – A ESTRATÉGIA ESCOLA DE PACIENTES DF

CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA 2020) 3)

SEMINÁRIO E PUBLICAÇÃO CONASS PLANIFICAÇÃO 2019 6

PRÊMIO OPAS APS 2019) 21)

CONCURSO ENAP INOVAÇÃO 2019) 24)

CONGRESSO SBMFC 2019) 26)

PRÊMIO – FAP – 2019) 29)

CONGRESSO ABRASCÃO 2018) 32)

PRÊMIO SAÚDE CIDADÃ – 2018) 35)

CONGRESSO - ABRASCO-NATAL-2017 38

PRÊMIO – INOVA BRASÍLIA 2017) 57)

PRÊMIO – OPAS 2017) 60)

CONGRESSO - CALASS-BÉLGICA-2017 63

CONGRESSO - ECIM-MILÃO-2017 84

MOSTRA SUS EXPERIÊNCIA INOVADORAS DF 2017) 114)

CONGRESSO SBMFC 2017) 117)

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO – OPAS 2017) 120)

RESUMOS NÃO ACEITOS 123

(COBEM 2021)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA 2020)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

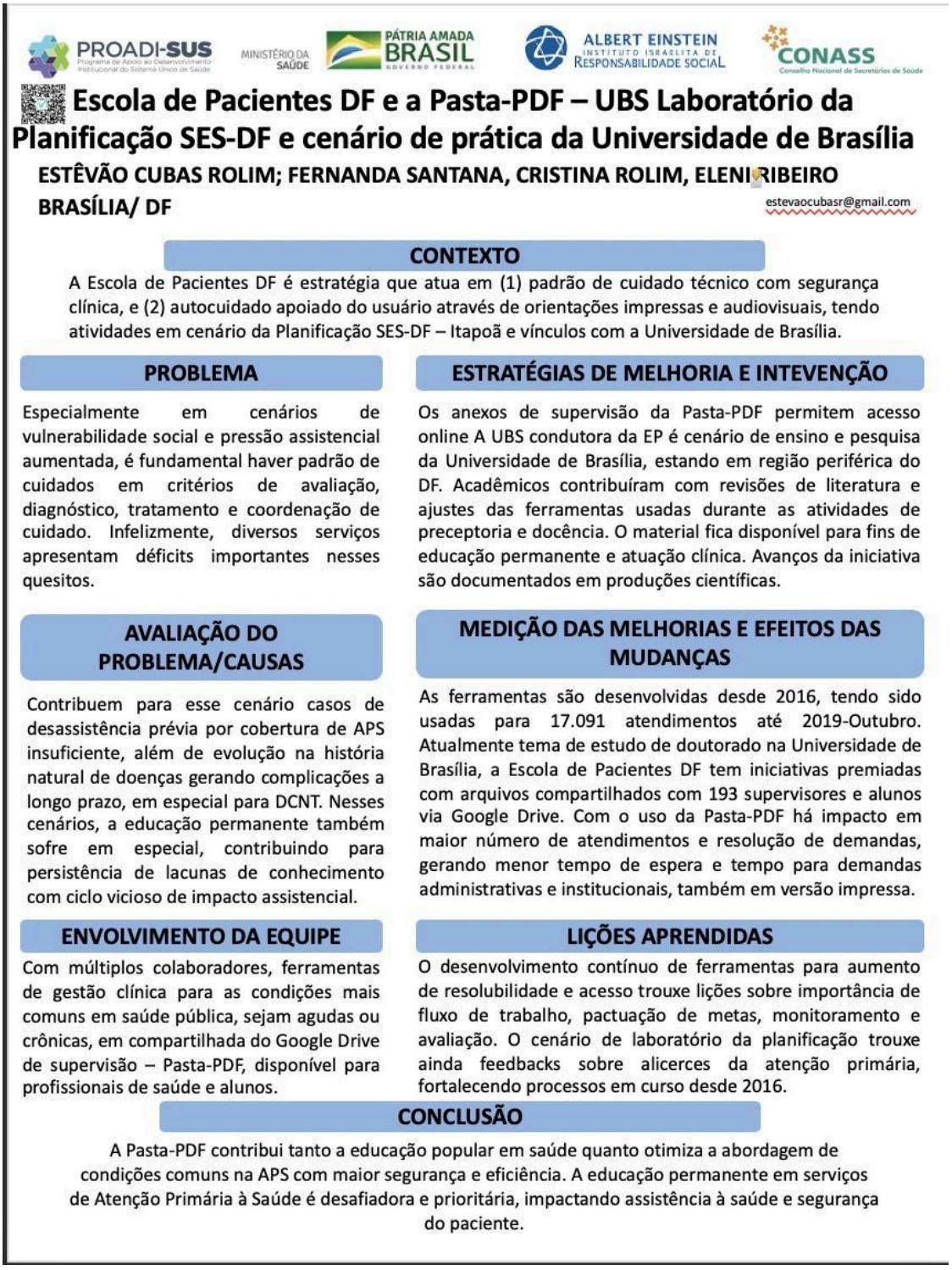
(TEXTO)

SEMINÁRIO E PUBLICAÇÃO CONASS PLANIFICAÇÃO 2019

- PRÊMIO E PUBLICAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – PLANIFICAÇÃO - 2019
- II Seminário da Planificação da Atenção à Saúde BRASÍLIA-DF-BRASIL
- DATA: 02-04 DEZEMBRO 2019
- AUTORES: Fernanda Santana, Cristina Rolim (Edna dos Reis, Marli Fagundes) (Eleni Anacleto, Felipe Bittencourt)
- VÍNCULOS: SES-DF
- APRESENTADORES: (PAINEL ELETRÔNICO SEM APRESENTADOR)
- TRABALHOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **PASTAS-PDF – Escola de Pacientes DF e a Pasta-PDF – UBS Laboratório da Planificação SES-DF e cenário de prática da Universidade de Brasília** - PAINEL
  - **-ATO-** - Escola de Pacientes DF e o Acolhimento Tático Operativo –ATO– - (RESUMO)
  - **DCNT** - Escola de Pacientes DF e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – UBS Laboratório da Planificação SES-DF e cenário de prática da Universidade de Brasília - (RESUMO)
  - **SIMULAÇÕES** - Escola de Pacientes DF e as Simulações para Educação Permanente - (RESUMO)

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

CONASS-PLANIFICA – 2019 – BRASÍLIA – **Escola de Pacientes DF e a Pasta-PDF – UBS Laboratório da Planificação SES-DF e cenário de prática da Universidade de Brasília**



Escola de Pacientes DF e a Pasta-PDF – UBS Laboratório da Planificação SES-DF e cenário de prática da Universidade de Brasília

ESTÊVÃO CUBAS ROLIM; FERNANDA SANTANA, CRISTINA ROLIM, ELENI RIBEIRO
BRASÍLIA/ DF
estevaocubasr@gmail.com

CONTEXTO

A Escola de Pacientes DF é estratégia que atua em (1) padrão de cuidado técnico com segurança clínica, e (2) autocuidado apoiado do usuário através de orientações impressas e audiovisuais, tendo atividades em cenário da Planificação SES-DF – Itapoã e vínculos com a Universidade de Brasília.

PROBLEMA

Especialmente em cenários de vulnerabilidade social e pressão assistencial aumentada, é fundamental haver padrão de cuidados em critérios de avaliação, diagnóstico, tratamento e coordenação de cuidado. Infelizmente, diversos serviços apresentam déficits importantes nesses quesitos.

ESTRATÉGIAS DE MELHORIA E INTEVENÇÃO

Os anexos de supervisão da Pasta-PDF permitem acesso online A UBS condutora da EP é cenário de ensino e pesquisa da Universidade de Brasília, estando em região periférica do DF. Acadêmicos contribuíram com revisões de literatura e ajustes das ferramentas usadas durante as atividades de preceptoria e docência. O material fica disponível para fins de educação permanente e atuação clínica. Avanços da iniciativa são documentados em produções científicas.

AVALIAÇÃO DO PROBLEMA/CAUSAS

Contribuem para esse cenário casos de desassistência prévia por cobertura de APS insuficiente, além de evolução na história natural de doenças gerando complicações a longo prazo, em especial para DCNT. Nesses cenários, a educação permanente também sofre em especial, contribuindo para persistência de lacunas de conhecimento com ciclo vicioso de impacto assistencial.

MEDIÇÃO DAS MELHORIAS E EFEITOS DAS MUDANÇAS

As ferramentas são desenvolvidas desde 2016, tendo sido usadas para 17.091 atendimentos até 2019-Outubro. Atualmente tema de estudo de doutorado na Universidade de Brasília, a Escola de Pacientes DF tem iniciativas premiadas com arquivos compartilhados com 193 supervisores e alunos via Google Drive. Com o uso da Pasta-PDF há impacto em maior número de atendimentos e resolução de demandas, gerando menor tempo de espera e tempo para demandas administrativas e institucionais, também em versão impressa.

ENVOLVIMENTO DA EQUIPE

Com múltiplos colaboradores, ferramentas de gestão clínica para as condições mais comuns em saúde pública, sejam agudas ou crônicas, em compartilhada do Google Drive de supervisão – Pasta-PDF, disponível para profissionais de saúde e alunos.

LIÇÕES APRENDIDAS

O desenvolvimento contínuo de ferramentas para aumento de resolubilidade e acesso trouxe lições sobre importância de fluxo de trabalho, pactuação de metas, monitoramento e avaliação. O cenário de laboratório da planificação trouxe ainda feedbacks sobre alicerces da atenção primária, fortalecendo processos em curso desde 2016.

CONCLUSÃO

A Pasta-PDF contribui tanto a educação popular em saúde quanto otimiza a abordagem de condições comuns na APS com maior segurança e eficiência. A educação permanente em serviços de Atenção Primária à Saúde é desafiadora e prioritária, impactando assistência à saúde e segurança do paciente.

CONASS-PLANIFICA – 2019 – BRASÍLIA – **Escola de Pacientes DF e a Pasta-PDF – UBS Laboratório da Planificação SES-DF e cenário de prática da Universidade de Brasília**

CONTEXTO: A Escola de Pacientes DF é estratégia que atua em (1) padrão de cuidado técnico com segurança clínica, e (2) autocuidado apoiado do usuário através de orientações impressas e audiovisuais, tendo atividades em cenário da Planificação SES-DF – Itapoã e vínculos com a Universidade de Brasília.

PROBLEMA: Especialmente em cenários de vulnerabilidade social e pressão assistencial aumentada, é fundamental haver padrão de cuidados em critérios de avaliação, diagnóstico, tratamento e coordenação de cuidado. Infelizmente, diversos serviços apresentam déficits importantes nesses quesitos.

AVALIAÇÃO E CAUSAS: Contribuem para esse cenário casos de desassistência prévia por cobertura de APS insuficiente, além de evolução na história natural de doenças gerando complicações a longo prazo, em especial para Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Nesses cenários, a educação permanente também sofre em especial, contribuindo para persistência de lacunas de conhecimento com ciclo vicioso de impacto assistencial.

ENVOLVIMENTO: Em conjunto com múltiplos colaboradores, o desenvolvimento de capítulos da Escola de Pacientes DF oferece corpo progressivamente mais robusto de ferramentas de gestão clínica para as condições mais comuns em saúde pública, sejam agudas ou crônicas. Os arquivos ficam disponíveis em pasta compartilhada do Google Drive de supervisão – Pasta-PDF, disponível para profissionais de saúde e alunos.

ESTRATÉGIA: Os anexos de supervisão da Pasta-PDF permitem acesso online para condições desde hipertensão e diabetes até pré-natal, dispepsia, asma, escabiose e ideação suicida. A impressão gera a Pasta-PDF física, estratégica se impressora for pouca

disponível. Referencial teórico inclui Diretrizes e Protocolos do Ministério, Secretária de Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

POPULAÇÃO BENEFICIADA: população da ESF5 Itapoã-Brasília, região saúde Leste

INTERVENÇÃO: A UBS condutora da EP é cenário de ensino e pesquisa da Universidade de Brasília, estando em região periférica do DF. Acadêmicos contribuíram com revisões de literatura e ajustes das ferramentas usadas durante as atividades de preceptoria e docência. O material fica disponível para fins de educação permanente e atuação clínica. Avanços da iniciativa são documentados em produções científicas.

MEDIÇÕES DE MELHORIAS: As ferramentas são desenvolvidas desde 2016, tendo sido usadas para 17.091 atendimentos até 2019-Outubro. Atualmente tema de estudo de doutorado na Universidade de Brasília, a Escola de Pacientes DF tem iniciativas premiadas (Mostra SUS DF, INOVA Brasília, Saúde Cidadã), com arquivos compartilhados com 193 supervisores e alunos via Google Drive.

EFEITOS: Com o uso da Pasta-PDF há impacto em maior número de atendimentos e resolução de demandas, gerando menor tempo de espera e tempo para demandas administrativas e institucionais. A Pasta-PDF impressa tem relação direta com o Acolhimento Tático-Operativo -ATO-, operacionalizando a abordagem de demandas para maior acesso e resolutividade.

LIÇÕES: O desenvolvimento contínuo de ferramentas para aumento de resolubilidade e acesso trouxe lições valiosas sobre importância de fluxo de trabalho, pactuação de metas, monitoramento e avaliação. O cenário de laboratório da planificação trouxe ainda feedbacks valiosos sobre alicerces da atenção primária, fortalecendo processos em curso desde 2016.

CONCLUSÕES: A Pasta-PDF contribui tanto a educação popular em saúde quanto otimiza a abordagem de condições comuns na APS com maior segurança e eficiência. A educação permanente em serviços de Atenção Primária à Saúde é desafiadora e prioritária, impactando assistência à saúde e segurança do paciente.

CONASS-PLANIFICA – 2019 – BRASÍLIA – **Escola de Pacientes DF e o Acolhimento Tático Operativo –ATO–**

CONTEXTO: O Itapoã é cidade especialmente vulnerável no DF, tendo tripla carga de doenças desafiadora. Dentre as variadas demandas na Atenção Primária à Saúde, os cuidados para condições agudas e crônicas exigem ferramentas para aumento de acesso, eficiência e maior segurança do usuário e da equipe de saúde.

PROBLEMA: O enfrentamento de situações EPIDÊMICAS agudas e crônicas é URGENTE e prioritário, tanto crônicas não transmissíveis (como hipertensão) quanto infecto-contagiosas (como dengue), com impacto em morbi-mortalidade e custos. Insuficiência de RH, espaço físico e territorialização são desafios frequentes.

AVALIAÇÃO E CAUSAS: A vulnerabilidade social do território impacta sobremaneira tanto a pressão assistencial do serviço quanto a evolução dos casos clínicos. Dificuldades de seguimento prévio tornam mais comuns e graves as complicações de doenças crônicas. Contribui ainda a dificuldade de letramento funcional em saúde e desfalque de espaço físico e RH, tanto para atendimento quanto de Agentes Comunitários de Saúde.

ENVOLVIMENTO: A Escola de Pacientes DF é estratégia que objetiva fortalecer autocuidado apoiado e SEGURANÇA CLÍNICA com padrão de cuidado, com ferramentas desenvolvidas desde 2016 e atualmente tema de estudo de doutorado na Universidade de Brasília, tendo iniciativas premiadas (Mostra SUS DF, INOVA Brasília, Saúde Cidadã). Até Outubro-2019, tais ferramentas foram usadas para 17.091 atendimentos.

ESTRATÉGIA: Para aumento de acesso e resolutividade, foi padronizada forma operacional de acolhimento otimizando tempo e eficiência. Em sala de triagem ou sala de grupos, usa-se (1) lista de atendimentos via ESUS, (2) exclusão de necessidade de atendimento preferencial, (3) adiantamento de demanda administrativa, Anexos e Pastas-PDF, (4) Orientações. Há espaço para adaptações pontuais em diferentes serviços.

POPULAÇÃO BENEFICIADA: população da ESF5 Itapoã-Brasília, região saúde Leste

INTERVENÇÃO: O Acolhimento Tático Operativo -ATO- usa os capítulos da Escola de Pacientes DF para organização de atendimentos e resolução otimizada de demandas. Com padronização de fluxos, condições como Hipertensão e Diabetes têm benefício acentuado. O mesmo vale para fases epidêmicas agudas, como dengue. Dessa forma, há proteção de orientações, diagnóstico e tratamento para todas as condições de saúde.

MEDIÇÕES DE MELHORIAS: O -ATO- permite consistentemente aumento de produtividade de atendimentos entre 50% e 100% em relação a equipe controle. Protege dias subsequentes, sem acúmulo progressivo de demandas não prioritárias com múltiplas idas e vindas de usuários. Há também maior satisfação referida por usuários e equipe.

EFEITOS: Houve mais atendimentos, maior resolução de demandas, menor tempo de espera de usuários e melhor controle do número de atendimentos. Houve ainda maior planejamento para coordenação de cuidado, demandas administrativas, reunião de equipe e educação permanente, além de tempo para alimentação e hidratação para RH atendente.

LIÇÕES: O -ATO- tem impacto significativo no serviço. Foi também marcante a importância de proteger grupos prioritários, em especial gestantes, hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular, quadros infecciosos e álgicos, usuários com vínculo frágil e horários de agendamento. Houve ainda a criação das Pastas-PDF para operacionalização do -ATO-.

CONCLUSÕES: Sem o Acolhimento Tático-Operativo -ATO-, percebe-se menos acesso para orientações e atendimentos, maior demanda reprimida, dificuldade de controle do tempo, menos educação permanente e potencial sobrecarga em todos os membros da equipe.

CONASS-PLANIFICA – 2019 – BRASÍLIA – **Escola de Pacientes DF e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – UBS Laboratório da Planificação SES-DF e cenário de prática da Universidade de Brasília**

CONTEXTO: A Escola de Pacientes DF é estratégia cujas atividades incluem atuação em cenário da Planificação SES-DF – Itapoã e vínculos com a Universidade de Brasília. Os pilares da estratégia são (1) padrão de cuidado com segurança clínica, e (2) autocuidado apoiado para condições agudas e crônicas.

PROBLEMA: Doenças crônicas trazem grandes impactos em morbimortalidade, especialmente hipertensão e diabetes. No território socialmente vulnerável da UBS desse relato, houve parceria do governo local com o CONASS para planificação da rede de saúde a partir da APS, sendo a UBS laboratório inicial do processo.

AVALIAÇÃO E CAUSAS: Modificações no estilo de vida e adesão à farmacoterapia são fundamentais no tratamento, e o autocuidado é prejudicado por baixos níveis de Letramento Funcional em Saúde. Foram criadas ferramentas para cuidado de condições agudas, crônicas e agudizações. Os arquivos de texto ficam disponíveis em pasta Google compartilhada entre os consultórios da UBS, com material técnico e de orientação popular.

ENVOLVIMENTO: Em conjunto com múltiplos colaboradores, o desenvolvimento de capítulos da Escola de Pacientes DF oferece corpo progressivamente mais robusto de ferramentas de gestão clínica para as condições mais comuns em saúde pública, sejam agudas ou crônicas. Os arquivos ficam disponíveis em pasta compartilhada do Google Drive de supervisão – Pasta-PDF, disponível para profissionais de saúde e alunos.

ESTRATÉGIA: O desenvolvimento das ferramentas se deu em conjunto com múltiplos parceiros, em especial da Secretaria de Saúde do DF, Universidade de Brasília e feedbacks de tutorias do CONASS para matriciamentos em cardiologia e endocrinologia. Acadêmicos beneficiam-se pela educação continuada e pela produção científica enquanto auxiliam no sucesso da educação popular.

POPULAÇÃO BENEFICIADA: população da ESF5 Itapoã-Brasília, região saúde Leste

INTERVENÇÃO: Há destaque para sinais de alarme e orientações específicas de tratamento, investigação complementar e lesão de órgão-alvo. Para alto risco há acompanhamento conjunto com equipe multidisciplinar do Ambulatório de Atenção Especializada e elaboração de plano de autocuidado. Para usuários de risco de erro medicamentoso foi validada a "Receita Simples" - Técnica Delphi em mestrado profissional na UnB.

MEDIÇÕES DE MELHORIAS: As ferramentas são desenvolvidas desde 2016, tendo sido usadas para 17.091 atendimentos até 2019-Outubro. Os capítulos de hipertensão e diabetes fortalecem o padrão de cuidado, envolvendo diagnóstico, tratamento e coordenação de cuidado. O tema é estudo de doutorado na UnB e tem iniciativas premiadas, tendo pasta Google online compartilhada.

EFEITOS: Com os anexos de cada capítulo e orientações obteve-se maior qualidade e resolutividade de atendimento, especialmente para hipertensão e diabetes. O encaminhamento qualificado também otimizou o funcionamento em rede e facilitou a coordenação de cuidado. Com grupos e informações para usuários, fortaleceu-se o autocuidado

LIÇÕES: Ferramentas de gestão clínica contribuem na otimização do cuidado e são especialmente importantes para doenças crônicas. A Escola de Pacientes DF promove educação popular em saúde, sendo que o conjunto forma uma poderosa ferramenta de ensino, contribuindo para formar usuários "experts" e disseminadores de informação na sociedade.

CONCLUSÕES: O cenário de laboratório da planificação trouxe ainda feedbacks valiosos sobre alicerces da atenção primária. O conjunto de ferramentas da Escola de Pacientes DF se fortaleceu no processo, especialmente para hipertensão e diabetes, com vantagens para abordagens individuais e coletivas.

CONASS-PLANIFICA – 2019 – BRASÍLIA – Escola de Pacientes DF e as Simulações para Educação Permanente

CONTEXTO: A Escola de Pacientes DF é estratégia que atua em (1) padrão de cuidado técnico com segurança clínica, e (2) autocuidado apoiado do usuário através de orientações impressas e audiovisuais, tendo atividades em cenário da Planificação SES-DF – Itapoã e vínculos com a Universidade de Brasília.

PROBLEMA: Especialmente em cenários de vulnerabilidade social e pressão assistencial aumentada, é fundamental haver padrão de cuidados em critérios de avaliação, diagnóstico, tratamento e coordenação de cuidado. Infelizmente, diversos serviços apresentam déficits importantes nesses quesitos.

AVALIAÇÃO E CAUSAS: Contribuem para esse cenário casos de desassistência prévia por cobertura de APS insuficiente, além de evolução na história natural de doenças gerando complicações a longo prazo, em especial para Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Nesses cenários, a educação permanente também sofre em especial, contribuindo para persistência de lacunas de conhecimento com ciclo vicioso de impacto assistencial.

ENVOLVIMENTO: Em conjunto com múltiplos colaboradores, o desenvolvimento de capítulos da Escola de Pacientes DF oferece corpo progressivamente mais robusto de ferramentas de gestão clínica para as condições mais comuns em saúde pública, sejam agudas ou crônicas. Os arquivos ficam disponíveis em pasta compartilhada do Google Drive de supervisão – Pasta-PDF, disponível para profissionais de saúde e alunos.

ESTRATÉGIA: Os anexos de supervisão da Pasta-PDF permitem acesso online para condições desde hipertensão e diabetes até pré-natal, dispepsia, asma, escabiose e ideação suicida. A impressão gera a Pasta-PDF física, estratégica se impressora for pouca disponível. Referencial teórico inclui Diretrizes e Protocolos do Ministério, Secretária de Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

POPULAÇÃO BENEFICIADA: população da ESF5 Itapoã-Brasília, região saúde Leste

INTERVENÇÃO: A UBS condutora da EP é cenário de ensino e pesquisa da Universidade de Brasília, estando em região periférica do DF. Acadêmicos contribuíram com revisões de literatura e ajustes das ferramentas usadas durante as atividades de preceptoria e docência. O material fica disponível para fins de educação permanente e atuação clínica. Avanços da iniciativa são documentados em produções científicas.
MEDIÇÕES DE MELHORIAS: As ferramentas são desenvolvidas desde 2016, tendo sido usadas para 17.091 atendimentos até 2019-Outubro. Atualmente tema de estudo de doutorado na Universidade de Brasília, a Escola de Pacientes DF tem iniciativas premiadas (Mostra SUS DF, INOVA Brasília, Saúde Cidadã), com arquivos compartilhados com 193 supervisores e alunos via Google Drive.
EFEITOS: Com o uso da Pasta-PDF há impacto em maior número de atendimentos e resolução de demandas, gerando menor tempo de espera e tempo para demandas administrativas e institucionais. A Pasta-PDF impressa tem relação direta com o Acolhimento Tático-Operativo -ATO-, operacionalizando a abordagem de demandas para maior acesso e resolutividade.
LIÇÕES: O desenvolvimento contínuo de ferramentas para aumento de resolubilidade e acesso trouxe lições valiosas sobre importância de fluxo de trabalho, pactuação de metas, monitoramento e avaliação. O cenário de laboratório da planificação trouxe ainda feedbacks valiosos sobre alicerces da atenção primária, fortalecendo processos em curso desde 2016.
CONCLUSÕES: A Pasta-PDF contribui tanto a educação popular em saúde quanto otimiza a abordagem de condições comuns na APS com maior segurança e eficiência. A educação permanente em serviços de Atenção Primária à Saúde é desafiadora e prioritária, impactando assistência à saúde e segurança do paciente.

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(PRÊMIO OPAS APS 2019)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(CONCURSO ENAP INOVAÇÃO 2019)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO SBMFC 2019)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(PRÊMIO – FAP – 2019)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(CONGRESSO ABRASCÃO 2018)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(PRÊMIO SAÚDE CIDADÃ – 2018)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

CONGRESSO - ABRASCO-NATAL-2017

- ABRASCO: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
- CONGRESSO: 3o CONGRESSO POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: NATAL - RIO GRANDE DO NORTE - BRASIL
- DATA: 01-05-17 A 04-05-17
- AUTORES: ESTÊVÃO CUBAS (1), BRUNA HUMMEL (2), LETÍCIA CÔRTES (2), RAFAELA GARCIA (2), VANESSA MARTINS (2)
- APRESENTADORES: ESTÊVÃO CUBAS (POSTER), BRUNA HUMMEL (POSTER), LETÍCIA CÔRTES (POSTER)
- VÍNCULOS: 1 SES-DF; 2 UNB
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **PASTA DA SAÚDE** - PROJETO PASTA DA SAÚDE – CONFERINDO AO PACIENTE MAIOR ENTENDIMENTO E AUTONOMIA NO CUIDADO DE SUA SAÚDE - POSTER
  - **EDUCAÇÃO CONTINUADA** - PRÁTICAS DE MELHORIA CONTINUADA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – INCORPORANDO EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO NA DINÂMICA DE TRABALHO - POSTER
  - **RISCO CARDIOVASCULAR** - RISCO CARDIOVASCULAR EM NÚMEROS: REALIDADE EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DE UMA CIDADE SATÉLITE DO DISTRITO FEDERAL - POSTER
  - **RECEITA SIMPLES** - PROPOSTA DE MODELO VISUAL COM TEXTO PARA COMPREENSÃO DE RECEITUÁRIO - PROJETO RECEITA SIMPLES - POSTER
  - **VDS** - SISTEMATIZAÇÃO DE PARÂMETROS CHAVE PARA VISITAS DOMICILIARES POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - POSTER

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ABRASCO-NATAL-2017 - **PASTA DA SAÚDE** - PROJETO PASTA DA SAÚDE – CONFERINDO AO PACIENTE MAIOR ENTENDIMENTO E AUTONOMIA NO CUIDADO DE SUA SAÚDE - POSTER

PROJETO PASTA DA SAÚDE – CONFERINDO AO PACIENTE MAIOR ENTENDIMENTO E AUTONOMIA NO CUIDADO DE SUA SAÚDE

Estêvão C. Rolim[1], Bruna B. Hummel[2], Letícia M. Côrtes[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. Martins[2]

1- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/DF, Brasil;
2- Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB), DF, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na atenção primária há queixas e dúvidas com vários graus de complexidade. Longitudinalidade e coordenação de cuidado são importantes para abordagem de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que representam importante morbi-mortalidade.
Então, elaborou-se uma pasta para cada paciente com relatórios e receitas (simples ou não) sempre atualizadas e disponíveis, a Pasta da Saúde.

OBJETIVOS

- O objetivo principal do projeto é dar mais autonomia e controle das informações por parte do paciente.
- Outros objetivos são: elaboração de relatórios atualizados, compilação de medicamentos em uso e diagnósticos em investigação, facilitação de abordagens em diferentes cenários das redes de saúde, desde ambulatórios de especialidades até servoços de pronto-atendimento e hospitais regionais e universitários.

MÉTODOS

• Em Abril de 2016 iniciou-se a elaboração sistematizada de relatórios de acompanhamento e receituários simplificados para pacientes com maiores demandas por diferentes morbidades.

• As primeiras pastas foram para pacientes de demanda programada ou espontânea que apresentassem necessidade referida ou percebida de maior sistematização dos dados para uso em outros serviços públicos, principalmente de saúde ou judiciais. Com as anotações digitais do prontuário, os primeiros relatórios eram elaborados durante o atendimento.

• A atualização contínua tem como base a primeira página do arquivo digital de cada paciente, onde estão organizados em tópicos as comorbidades e as medicações em uso.

RESULTADOS

Além desses atendimentos apresentados na figura a seguir,
muitas pastas foram confeccionadas durante consultas para outras demandas.
Estas estão diluídas nos 4058 atendimentos de Fev/16 a Fev/17, com resgate de números precisos dificultado por ausência de marcador específico.
Houve crescimento na produção das pastas após início de projetos de planificação na regional, com enfoque nos pacientes de risco cardiovascular aumentado (diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos e tabagistas).

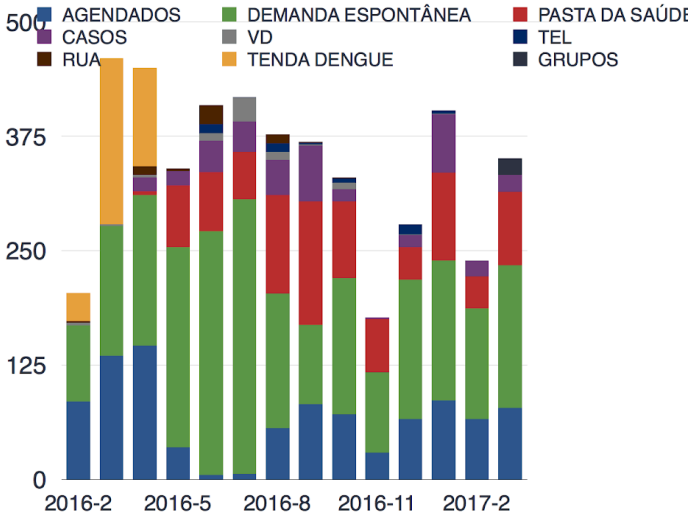


Figura 1. Número de atendimentos de Abril/2016 a Fevereiro/2017, totalizando 718 atendimentos exclusivos para elaboração de Pastas de Saúde, com uma média de atendimento de 60,9 pacientes por mês.

CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

O início do processo foi gradual, feito de acordo com necessidades pontuais até a planificação, deixando a análise de aceitação e impacto prejudicada. Houve maior regularidade com o início da planificação, com reforços constantes na educação dos pacientes e impactos esperados no aumento da autonomia, seja no serviço de origem seja em outros pontos de cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica,
BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus
REFERÊNCIA MORTALIDADE CARDIOVASCULAR

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

ABRASCO-NATAL-2017 - **PASTA DA SAÚDE** - PROJETO PASTA DA SAÚDE – CONFERINDO AO PACIENTE MAIOR ENTENDIMENTO E AUTONOMIA NO CUIDADO DE SUA SAÚDE - RESUMO

INTRODUÇÃO (320 DE 400)

Na atenção primária há queixas e demandas com variados graus de complexidade. Longitudinalidade e coordenação de cuidado são importantes para abordagem de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que apresentam importante morbi-mortalidade. Elaborou-se uma pasta para cada paciente com relatórios e receitas atualizadas e disponíveis para resgate: a Pasta da Saúde.

OBJETIVOS (221 DE250)

O objetivo principal é conferir autonomia ao paciente. Outros objetivos são: elaborar relatórios atualizados, compilar medicações em uso e diagnósticos, facilitar abordagem em outros cenários (ex.: ambulatórios de especialidades, pronto-atendimento).

METODOLOGIA (530 DE 650)

Em abril de 2016 iniciou-se a elaboração sistematizada de relatórios de acompanhamento e receituários simplificados para pacientes com maiores demandas.

As primeiras pastas foram para pacientes que apresentavam necessidade referida ou percebida de maior sistematização dos dados para uso em outros serviços públicos, principalmente de saúde ou judiciais. Com as anotações digitais do prontuário, os primeiros relatórios eram feitos durante o atendimento.

A atualização contínua é baseada na primeira página do arquivo digital de cada paciente, onde estão organizadas em tópicos as comorbidades e as medicações em uso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO (597 DE 700)

De Abr/16 a Fev/17 houve 718 atendimentos para elaboração de Pastas da Saúde, divididos assim: Abr/16 4; Mai/16 67; Jun/16 65; Jul/16 52; Ago/16 108; Set/16 135; Out/16 84; Nov/16 58; Dez/16 36; Jan/17 96; Fev/17 (até 9/2) 13; média 60,9/mês. Além desses atendimentos, outras pastas foram confeccionadas durante consultas para outras demandas. Estas estão diluídas nos 4058 atendimentos de Fev/16 a Fev/17, com resgate de números precisos dificultado por ausência de marcador específico.

Houve crescimento na produção das pastas após início de projetos de planificação na regional, com enfoque nos pacientes de risco cardiovascular aumentado (diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos e tabagistas).

CONCLUSÃO - CONSIDERAÇÕES FINAIS (296 DE 350)

As pastas foram feitas de acordo com necessidades pontuais até a planificação, dificultando a análise de aceitação e impacto pela falta de marcador específico. Após seu início, houve maior regularidade, com reforços constantes na educação dos pacientes e impactos esperados no aumento da autonomia no serviço de origem e em outros pontos de cuidado.

REFERÊNCIAS (348 DE 350)

BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica,
BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus
Lopes, A.A.F.(2015) Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. Saúde e Sociedade, 24(2),486-500

PRÁTICAS DE MELHORIA CONTINUADA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – INCORPORANDO EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO NA DINÂMICA DE TRABALHO

Estêvão Cubas R.[1], Bruna B. Hummel[2], Letícia M. Côrtes[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. Martins[2]
1- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/DF, Brasil – SES-DF;
2- Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB), DF, Brasil - UnB.

INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma prática que busca proporcionar atendimento de maior integralidade e equidade ao usuário. Como sua prática ainda não está homogeneamente implementada na atenção primária (APS), em cada serviço há práticas diferenciadas para sua realização. Há muitos serviços onde esta prática é vista como subtipo de triagem, mas o acolhimento, quando bem realizado, envolve muito mais do que isto. Para que seja realizado com boa eficácia e qualidade, é preciso o envolvimento de toda a equipe, com integração multiprofissional e intersetorial durante o processo.

Se destacam ainda com grande importância a avaliação constante das necessidades dos usuários e a educação continuada, uma vez que muitos dos profissionais que trabalham na APS não possuem formação direcionada. Como as demandas são muitas, estruturar práticas de educação continuada no serviço apresenta inúmeros desafios, dentre eles o aproveitamento das atividades de educação continuada na tomada de decisões. Um exemplo é a identificação de sinais de alarme durante a triagem e tomada de conduta consciente.

Acolhimento, triagem e educação continuada são pilares e desafios na prática da APS.

OBJETIVOS

O objetivo primário deste estudo é propor maneiras de aprimoramento do atendimento aos usuários, com vistas a aumentar a segurança dos pacientes. Além disso, como objetivos secundários buscamos mostrar o trabalho que está sendo feito na Unidade Básica de Saúde (UBS) Itapoã - Distrito Federal para a realização de projetos de educação continuada, preparo de material de consulta e informação no processo de acolhimento, atém de otimização da triagem com busca de sinais de alarme.

MÉTODOS

Ao longo de 2016, foram implementados ajustes no processo de acolhimento, triagem e educação continuada em parceria com alunos de medicina da Universidade de Brasília (UnB), os quais também participam da confecção de materiais, como cartilhas informativas e listas de sinais de alarme.

O ajuste e aprimoramento das atividades levou em conta as opiniões da equipe e da gerência, bem como as demandas da população. O trabalho é feito pelos alunos de rodízio mensal e equipe, auxiliando no preparo de aulas e triagem de pacientes.

Os ajustes dos atendimentos médicos (demandas espontâneas e programadas) foram realizados pela equipe de enfermagem, medicina e gerência, com otimização do modo de agendamento para marcação de consultas, buscando deixar espaço para atendimentos de demanda espontânea e buscando cumprir os calendários para consultas de pré-natal e pediatria.

RESULTADOS



Figura 1. Organização da Agenda. Para diminuir a demanda reprimida, 1/3 da agenda é para demanda espontânea, dando prioridade aos pacientes com sinais de alarme. Esgotado o número de vagas, em casos sem sinais de alarme a orientação é de retorno para nova consulta em período posterior, com atendimento da queixa em até 48h. Caso a agenda dos próximos dias esteja sem espaço para agendamento, é aventada a possibilidade de o paciente voltar como demanda espontânea nos próximos dias, tendo prioridade na segunda visita

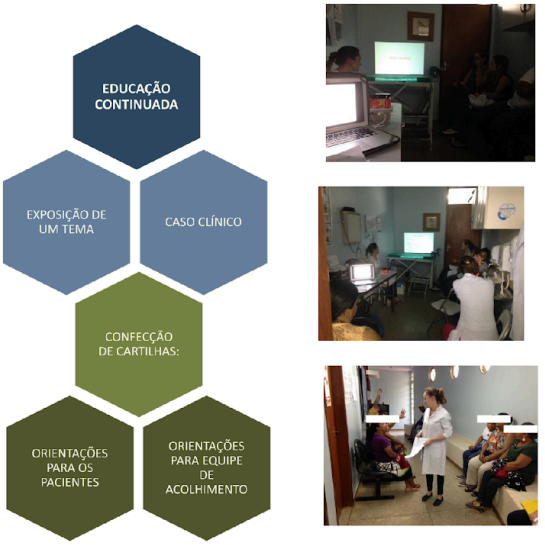


Figura 2. As atividades de educação continuada são quinzenais, por meio de aula e discussão de casos, com duração de uma hora envolvendo todos os profissionais, incluindo: médicos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), gerência e odontologia. É utilizada linguagem técnica e popular, sendo o material disponibilizado para a equipe. Houve efeito em várias etapas do cuidado, como, por exemplo, nas visitas domiciliares, em que os ACS identificaram icterícia neonatal após aula do tema, orientando a família a buscar atendimento na unidade. São confeccionadas cartilhas informativas para uso da equipe e/ou pelos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

Ao longo de 2016, foram implementados ajustes no processo de acolhimento, triagem e educação continuada em parceria com alunos de medicina da Universidade de Brasília (UnB), os quais também participam da confecção de materiais, como cartilhas informativas e listas de sinais de alarme.

O ajuste e aprimoramento das atividades levou em conta as opiniões da equipe e da gerência, bem como as demandas da população. O trabalho é feito pelos alunos de rodízio mensal e equipe, auxiliando no preparo de aulas e triagem de pacientes.

Os ajustes dos atendimentos médicos (demandas espontâneas e programadas) foram realizados pela equipe de enfermagem, medicina e gerência, com otimização do modo de agendamento para marcação de consultas, buscando deixar espaço para atendimentos de demanda espontânea e buscando cumprir os calendários para consultas de pré-natal e pediatria.

REFERÊNCIAS

Gusso, G., & Lopes, J. M. C. (2012). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.

Silva, T. F. D., & Romano, V. F. (2015). Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde debate, 39(105), 363-374.

Coutinho, L. R. P., Barbieri, A. R., & Santos, M. L. D. M. D. (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde debate, 39(105), 514-24.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

ABRASCO-NATAL-2017 - **EDUCAÇÃO CONTINUADA** - PRÁTICAS DE MELHORIA CONTINUADA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES DISTRITO FEDERAL – INCORPORANDO EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO NA DINÂMICA DE TRABALHO - POSTER

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ABRASCO-NATAL-2017 - **EDUCAÇÃO CONTINUADA** - PRÁTICAS DE MELHORIA CONTINUADA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – INCORPORANDO EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO NA DINÂMICA DE TRABALHO - RESUMO

INTRODUÇÃO (1164 DE 1200)

O acolhimento é uma prática que busca proporcionar atendimento de maior integralidade e equidade ao usuário. Como sua prática ainda não está homogeneamente implementada na atenção primária (APS), em cada serviço há práticas diferenciadas para sua realização. Há muitos serviços onde esta prática é vista como subtipo de triagem, mas o acolhimento, quando bem realizado, envolve muito mais do que isto. Para que seja realizado com boa eficácia e qualidade, é preciso o envolvimento de toda a equipe, com integração multiprofissional e intersetorial durante o processo.

Se destacam ainda com grande importância a avaliação constante das necessidades dos usuários e a educação continuada, uma vez que muitos dos profissionais que trabalham na APS não possuem formação direcionada. Como as demandas são muitas, estruturar práticas de educação continuada no serviço apresenta inúmeros desafios, dentre eles o aproveitamento das atividades de educação continuada na tomada de decisões. Um exemplo é a identificação de sinais de alarme durante a triagem e tomada de conduta consciente.

Acolhimento, triagem e educação continuada são pilares e desafios na prática da APS.

OBJETIVOS (480 DE 500)

O objetivo primário deste estudo é propor maneiras de aprimoramento do atendimento aos usuários, com vistas a aumentar a segurança dos pacientes. Além disso, como objetivos secundários buscamos mostrar o trabalho que está sendo feito na Unidade Básica de Saúde (UBS) Itapoã - Distrito Federal para a realização de projetos de educação continuada, preparo de material de consulta e informação no processo de acolhimento, atém de otimização da triagem com busca de sinais de alarme.

METODOLOGIA (857 DE 1000)

Ao longo de 2016, foram implementados ajustes no processo de acolhimento, triagem e educação continuada em parceria com alunos de medicina da Universidade de Brasília (UnB), os quais também participam da confecção de materiais, como cartilhas informativas e listas de sinais de alarme.

O ajuste e aprimoramento das atividades levou em conta as opiniões da equipe e da gerência, bem como as demandas da população. O trabalho é feito pelos alunos de rodízio mensal e equipe, auxiliando no preparo de aulas e triagem de pacientes.

Os ajustes dos atendimentos médicos (demandas espontâneas e programadas) foram realizados pela equipe de enfermagem, medicina e gerência, com otimização do modo de agendamento para marcação de consultas, buscando deixar espaço para atendimentos de demanda espontânea e buscando cumprir os calendários para consultas de pré-natal e pediatria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO (1200 de 1200)

As atividades de educação continuada são quinzenais, por meio de aula e discussão de casos, com duração de uma hora envolvendo todos os profissionais, incluindo: médicos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), gerência e odontologia. É utilizada linguagem técnica e popular, sendo o material disponibilizado para a equipe. Houve efeito em várias etapas do cuidado, como, por exemplo, nas visitas domiciliares, em que os ACS identificaram icterícia neonatal após aula do tema, orientando a família a buscar atendimento na unidade.

Para diminuir a demanda reprimida, 1/3 da agenda é para demanda espontânea, dando prioridade aos pacientes com sinais de alarme. Esgotado o número de vagas, em casos sem sinais de alarme a orientação é de retorno para nova consulta em período posterior, com atendimento da queixa em até 48h. Caso a agenda dos próximos dias esteja sem espaço para agendamento, é aventada a possibilidade de o paciente voltar como demanda espontânea nos próximos dias, tendo prioridade na segunda visita, justificando a porcentagem final de 69,4% de atendimentos de encaixe ainda que a agenda esteja organizada para marcação de 2/3 dos horários de consultas agendadas.

CONCLUSÃO - CONSIDERAÇÕES FINAIS (689 DE 1000)

O acolhimento é muito importante para uma melhor aplicação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Quando bem realizado, auxilia na redução da demanda reprimida e facilita o acesso do usuário ao serviço. Como atualmente não há sistematização implementada e cada serviço tem suas particularidades, o acolhimento é um processo realizado de maneira bastante variável entre as diferentes equipes.

Assim, conhecer a realidade de outros serviços pode ajudar a aprimorar a prática local, incrementando estratégias que pareçam se adequar às dinâmicas da UBS. Nesta unidade, as práticas de aprimoramento são revistas e ajustadas sempre que necessário, com vistas à superação de desafios.

RISCO CARDIOVASCULAR EM NÚMEROS: REALIDADE EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DE UMA CIDADE SATÉLITE DO DISTRITO FEDERAL

Estêvão Cubas R.[1], Bruna B. Hummel[2], Letícia M. Côrtes[2], Cristina L. R. Rolim[1], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. Martins[2]

1- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/DF, Brasil – SES-DF;
2- Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB), DF, Brasil - UnB.

INTRODUÇÃO

A atenção primária funciona como palco estratégico para prevenção e tratamento inicial de várias doenças. Dentro do eixo Estratégia Saúde da Família, Hipertensão (HAS) e diabetes (DM) se configuram como algumas das principais doenças-alvo, por aumentarem o risco de eventos cardiovasculares e de mortalidade da população, especialmente acima de 40 anos.

No Distrito Federal, foi iniciado um projeto de fortalecimento de redes de saúde e padronização dos atendimentos para HAS e DM, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) por meio do Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária. Na realidade da UBS Itapoã DF Equipe 7, observou-se uma dificuldade prévia em manter o seguimento adequado de toda a população sabidamente portadora de HAS ou DM, além do rastreio de novos casos. Dentre os desafios, se destacam a rotatividade da equipe médica e áreas descobertas de Agente Comunitário de Saúde.

De forma a planejar as próximas abordagens na área, julgou-se necessário conhecer quantas pessoas portadoras de HAS e DM se espera encontrar naquela população, quantas estão atualmente diagnosticadas e em tratamento e qual seria a demanda de consultas em um ano.

OBJETIVOS

O objetivo primário foi conhecer melhor as demandas de saúde para HAS e DM, comorbidades crônicas que aumentam o risco cardiovascular.

Como objetivos secundários foi possível conhecer o número de pacientes atualmente em acompanhamento para HAS e DM, discriminar o número de hipertensos e diabéticos que deveriam ser encontrados na área, estimar o número de pacientes atualmente sem diagnóstico e tratamento e o número de consultas necessárias para realizar uma cobertura completa.

MÉTODOS

Dados oficiais do Distrito Federal para a região, como a porcentagem de habitantes >18 anos (62%), foram utilizados para estimar a população maior de idade assistida pela equipe tendo como base o número de prontuários (n=2800). As estimativas de quantos portadores de HAS e DM há na área foi feita por meio da porcentagem dada pelo CONASS para DM (7%) e HAS (20,4%) em relação à estimativa da população >18 anos cadastrada. A estimativa da estratificação de risco também seguiu percentual do CONASS: DM – baixo: 20%, médio: 50%, alto e muito alto: 30%; HAS – baixo: 40%, moderado: 35%, alto e muito alto: 25%.

Os números estimados foram comparados aos números de pacientes já em acompanhamento, os quais estão registrados em uma tabela unificada contendo uma combinação da lista de atendidos em consultório e da lista discriminada de HAS-DM por microárea coberta por Agente Comunitário de Saúde.

RESULTADOS

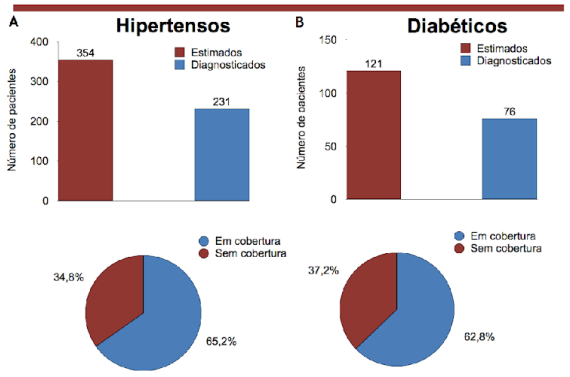


Figura 1. Número de Hipertensos (painel A) e diabéticos (painel B), números de total estimativos e em acompanhamento atual pela Equipe 7 UBS Itapoã DF.

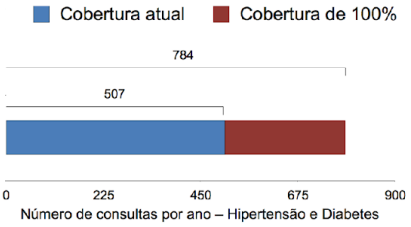


Figura 2. Número de consultas por ano para pacientes hipertensos e diabéticos necessárias para suprir a demanda de pacientes já diagnosticados e a demanda ao se atingir a cobertura de 100% do território da UBS.

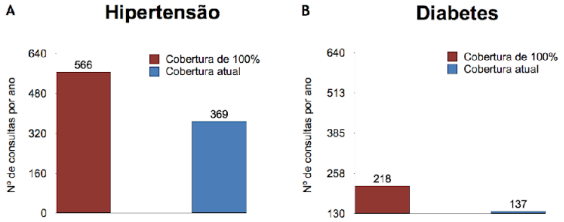


Figura 3. Número de consultas por ano para pacientes hipertensos (A) e diabéticos (B) necessárias para suprir a demanda de pacientes já diagnosticados e a demanda ao se atingir a cobertura de 100% do território da UBS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

Considerando o grande impacto em morbi-mortalidade e custos das afecções cardiovasculares, medidas de saúde pública que tenham efeito positivo em indicadores de saúde se mostram extremamente relevantes.

Visando esse alvo, conhecer o estado atual de acompanhamento dos pacientes é fundamental para: o planejamento de ações de rastreio de HAS e DM, a estimativa do número de consultas necessárias para abordar novos casos e a organização da agenda para realizar seguimento adequado dos casos de diagnóstico prévio.

Sendo um processo com apoio de gestores com abrangência nacional, as estratégias de fortalecimento da atenção primária se configuram como ferramenta e janela de oportunidade para melhor acompanhamento dos pacientes de risco cardiovascular aumentado.

REFERÊNCIAS

- GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e. Comunidade - Seção XV - Problemas Cardiovasculares - Hipertensão Arterial Sistêmica.
- GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e. Comunidade - Seção XVII - Problemas Metabólicos - Diabetes tipo 1 e 2.
- GDF 2016 - BRASÍLIA SAUDÁVEL, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.
- CODEPLAN-DF 2015-2016 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - ITAPOÃ - PDAD 2015/2016.
- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL 2015, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

ABRASCO-NATAL-2017 - **RISCO CARDIOVASCULAR** - RISCO CARDIOVASCULAR EM NÚMEROS: REALIDADE EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DE UMA CIDADE SATÉLITE DO DISTRITO FEDERAL - RESUMO

INTRODUÇÃO (1200 DE 1200)

A atenção primária funciona como palco estratégico para prevenção e tratamento inicial de várias doenças. Dentro do eixo Estratégia Saúde da Família, Hipertensão (HAS) e diabetes (DM) se configuram como algumas das principais doenças-alvo, por aumentarem o risco de eventos cardiovasculares e de mortalidade da população, especialmente acima de 40 anos.

No Distrito Federal, foi iniciado um projeto de fortalecimento de redes de saúde e padronização dos atendimentos para HAS e DM, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) por meio do Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária.

Na realidade da UBS Itapoã DF Equipe 7, observou-se uma dificuldade prévia em manter o seguimento adequado de toda a população sabidamente portadora de HAS ou DM, além do rastreio de novos casos. Dentre os desafios, se destacam a rotatividade da equipe médica e áreas descobertas de Agente Comunitário de Saúde.

De forma a planejar as próximas abordagens na área, julgou-se necessário conhecer quantas pessoas portadoras de HAS e DM se espera encontrar naquela população, quantas estão atualmente diagnosticadas e em tratamento e qual seria a demanda de consultas em um ano.

OBJETIVOS (481 DE 500)

O objetivo primário foi conhecer melhor as demandas de saúde para HAS e DM, comorbidades crônicas que aumentam o risco cardiovascular.

Como objetivos secundários foi possível conhecer o número de pacientes atualmente em acompanhamento para HAS e DM, discriminar o número de hipertensos e diabéticos que deveriam ser encontrados na área, estimar o número de pacientes atualmente sem diagnóstico e tratamento e o número de consultas necessárias para realizar uma cobertura completa.

METODOLOGIA (895 DE 1000)

Dados oficiais do Distrito Federal para a região, como a porcentagem de habitantes >18 anos (62%), foram utilizados para estimar a população maior de idade assistida pela equipe tendo como base o número de prontuários (2800). As estimativas de quantos portadores de HAS e DM há na área foi feita por meio da porcentagem dada pelo CONASS para DM (7%) e HAS (20,4%) em relação à estimativa da população >18 anos cadastrada. A estimativa da estratificação de risco também seguiu percentual do

CONASS: DM – baixo: 20%, médio: 50%, alto e muito alto: 30%; HAS – baixo: 40%, moderado: 35%, alto e muito alto: 25%.

Os números estimados foram comparados aos números de pacientes já em acompanhamento, os quais estão registrados em uma tabela unificada contendo uma combinação da lista de atendidos em consultório e da lista discriminada de HAS-DM por microárea coberta por Agente Comunitário de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO (1168 DE 1200)

Pacientes acima de 18 anos foram estimados em 1737, com potenciais 121 diabéticos e 354 hipertensos. Em acompanhamento atual estão 76 diabéticos (62,8% do estimado) e 231 hipertensos (65,2% do estimado).

Estratificação de risco para HAS e DM: HAS 142 baixo, 124 moderado e 88 alto e muito alto riscos; DM 24 baixo, 61 médio e 36 alto e muito alto riscos.

Necessidade de consultas médicas anuais: HAS – baixo 142, médio 248 e alto 176, totalizando 566 consultas; para DM – baixo 24, médio 122 e alto 72, totalizando 218 consultas. Assim, para a abordagem de ambas as comorbidades, seriam necessárias aproximadamente 784 consultas anuais, sendo 507 para pacientes já identificados.

A taxa de cobertura atual vem sendo ampliada com as medidas de fortalecimento da atenção primária, sendo o objetivo 100% de cobertura nos próximos anos.

Ao se considerar a população estimada, o número necessário é de 784 consultas/ano para HAS e DM. A demanda é grande e se apresenta como um desafio importante, pelas fragilidades estruturais da UBS (onde equipe médica e de enfermagem dividem o mesmo consultório) e pela necessidade de atender outras demandas da atenção primária.

CONCLUSÃO - CONSIDERAÇÕES FINAIS (765 DE 1000)

Considerando o grande impacto em morbi-mortalidade e custos das afecções cardiovasculares, medidas de saúde pública que tenham efeito positivo em indicadores de saúde se mostram extremamente relevantes.

Visando esse alvo, conhecer o estado atual de acompanhamento dos pacientes é fundamental para: o planejamento de ações de rastreio de HAS e DM, a estimativa do número de consultas necessárias para abordar novos casos e a organização da agenda para realizar seguimento adequado dos casos de diagnóstico prévio.

Sendo um processo com apoio de gestores com abrangência nacional, as estratégias de fortalecimento da atenção primária se configuram como ferramenta e janela de oportunidade para melhor acompanhamento dos pacientes de risco cardiovascular aumentado.

PROPOSTA DE MODELO VISUAL COM TEXTO PARA COMPREENSÃO DE RECEITUÁRIO - PROJETO RECEITA SIMPLES

Estêvão Cubas R., Bruna B. Hummel[2], Letícia M. Côrtes[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. Martins[2]

1- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/DF, Brasil;
2- Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB), DF, Brasil.

INTRODUÇÃO

A população residente no Itapoã, incluindo a da área de abrangência da ESF 7, se caracteriza por um elevado grau de carência, apresentando diversas necessidades, decorrentes de fatores como dificuldade financeira e baixo grau de escolaridade. Tais fatores contribuem para a presença de diversos pacientes acometidos por uma ou mais doenças crônicas, em polifarmácia, com má adesão ao tratamento e, consequentemente, com baixo grau de controle de suas doenças.
Dentre as comorbidades crônicas mais frequentes, estão incluídas hipertensão (HAS), diabetes (DM) e saúde mental. Tais doenças são especialmente prevalentes em idosos, o que se alia a preocupação do risco de dificuldade de leitura nessa faixa etária - dados do IBGE para o DF indicam índice de 43,2% de analfabetismo em adultos acima de 60 anos. Considerando a dificuldade de leitura e compreensão de terapia de parte importante da população adscrita à equipe 7 do ESF Itapoã, especialmente em idosos, propôs-se uma simplificação da receita entregue aos pacientes, na tentativa de melhorar a adesão ao tratamento e seus desfechos. Esse projeto, iniciado em fevereiro de 2016, foi denominado "Receita Simples".

OBJETIVOS

- O objetivo foi aumentar a segurança dos pacientes no uso de medicações.
- Como objetivos secundários estão: cuidado focalizado em HAS e DM, diminuição do risco de erro medicamentoso em analfabetos e pacientes com baixa acuidade visual além de facilitação da administração supervisionada de medicamentos para pacientes com e sem cuidadores. Como objetivo vinculado a outros projetos da unidade, ainda está o desenvolvimento contínuo de material para a coordenação de cuidado e longitudinalidade.

MÉTODOS

A partir de Abril de 2016 iniciou-se a sistematização de elaboração de receituários simplificados para pacientes em risco de erro medicamentoso e com maiores demandas por diferentes morbidades.

Os primeiros receituários foram elaborados para pacientes de demanda programada ou espontânea que apresentassem necessidade referida ou percebida de simplificação visual da posologia das medicações prescritas. A elaboração desses receituários ocorreu durante atendimentos presenciais ou durante revisões de prescrição e relatórios.

Ao longo de meses, foram organizadas tabelas com modelo a ser adaptado para a prescrição de cada paciente. As cartelas das medicações de uso mais frequente foram escaneadas e incluidas em banco de imagens do serviço.

RESULTADOS

O processo de concretização se deu ao longo de meses, com ajustes progressivos do número de linhas e colunas da tabela, além do tamanho da fonte. Inicialmente, as medicações eram agrupadas por períodos do dia (manhã, tarde e noite), ocupando metade de uma folha A4, e a outra metade era ocupada pela receita convencional, explicando a posologia a ser tomada por extenso e com intervalo de horas. Houve um período de disponibilização de espaço para descrição de efeitos colaterais pelo paciente, que não se mostrou proveitosa. Em Maio/2016, com o ajuste do tamanho do modelo para folha A4, iniciou-se processo sistemático de inclusão de imagens escaneadas no receituário. Além disso, o horário de administração dos medicamentos passou a ser organizado de acordo com as refeições (café da manhã, almoço e jantar). Houve tentativa de indicação de posologias com adesivos e fitas coloridas, que não demonstrou boa relação custo-benefício pelo número de horas exigidas.
Como próximos passos, pretende-se obter avaliação quali-quantitativa do impacto da receita simples para a segurança do paciente, com diminuição do erro de posologia e baixa adesão.



FIGURA 1. EXEMPLO DE RECEITUÁRIO SIMPLFICIADO

CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

O cuidado direcionado aos pacientes com polifarmácia e em risco de erro medicamentoso tem grande impacto sobre a morbi-mortalidade e custos das afecções. Medidas que tenham efeito positivo em indicadores de saúde, especialmente relacionadas a HAS e DM, seguem as linhas de cuidado dos programas verticais do Ministério da Saúde.
A importância da simplificação das informações de prescrição é extremamente relevante, considerando a realidade de analfabetismo em idosos, os quais tem maior prevalência de comorbidades crônicas e maior risco de polifarmácia.
A receita simples segue a linha de instrumentalização do paciente em seu auto-cuidado, sendo parte importante da rotina de serviço da unidade, com potencial para validação do instrumento e tentativa de aplicação em outros cenários.

REFERÊNCIAS

BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica,
BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus
Gatutério-Abreu, (2016). Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(2), 335-342
CODEPLAN-DF. PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – ITAPOÃ – PDAD 2015/2016

VISUAL COM TEXTO PARA COMPREENSÃO DE RECEITUÁRIO - PROJETO RECEITA SIMPLES - POSTER

ABRASCO-NATAL-2017 - **RECEITA SIMPLES** - PROPOSTA DE MODELO VISUAL COM TEXTO PARA COMPREENSÃO DE RECEITUÁRIO - PROJETO RECEITA SIMPLES - RESUMO

INTRODUÇÃO (1186 DE 1200)
A população residente no Itapoã, incluindo a da área de abrangência da ESF 7, se caracteriza por um elevado grau de carência, apresentando diversas necessidades, decorrentes de fatores como dificuldade financeira e baixo grau de escolaridade. Tais fatores contribuem para a presença de diversos pacientes acometidos por uma ou mais doenças crônicas, em polifarmácia, com má adesão ao tratamento e, consequentemente, com baixo grau de controle de suas doenças.

Dentre as comorbidades crônicas mais frequentes, estão incluídas hipertensão (HAS), diabetes (DM) e saúde mental. Tais doenças são especialmente prevalentes em idosos, o que se alia a preocupação do risco de dificuldade de leitura nessa localidade – dados da CODEPLAN para o Itapoã apontam 47,58% de maiores de 25 anos apresentam ensino fundamental incompleto.

Considerando a dificuldade de leitura e compreensão de terapia de parte importante da população adscrita à equipe 7 do ESF Itapoã, especialmente em idosos, propôs-se uma simplificação da receita entregue aos pacientes, na tentativa de melhorar a adesão ao tratamento e seus desfechos. Esse projeto, iniciado em fevereiro de 2016, foi denominado “Receita Simples”.

OBJETIVOS (486 DE 500)

O objetivo foi aumentar a segurança dos pacientes no uso de medicações. Como objetivos secundários estão: cuidado focalizado em HAS e DM, diminuição do risco de erro medicamentoso em analfabetos e pacientes com baixa acuidade visual além de facilitação da administração supervisionada de medicamentos para pacientes com e sem cuidadores. Como objetivo vinculado a outros projetos da unidade, está o desenvolvimento contínuo de material para a coordenação de cuidado e longitudinalidade.

METODOLOGIA (743 DE 1000)

A partir de abril de 2016 iniciou-se a sistematização de elaboração de receituários simplificados para pacientes em risco de erro medicamentoso e com maiores demandas por diferentes morbidades.

Os primeiros receituários foram elaborados para pacientes de demanda programada ou espontânea que apresentassem necessidade referida ou percebida de simplificação visual da posologia das medicações prescritas. A elaboração desses receituários ocorreu durante atendimentos presenciais ou durante revisões de prescrição e relatórios.

Ao longo de meses, foram organizadas tabelas com modelo a ser adaptado para a prescrição de cada paciente. As cartelas das medicações de uso mais frequente foram escaneadas e incluídas em banco de imagens do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO (1146 DE 1200)

O processo de concretização se deu ao longo de meses, com ajustes progressivos do número de linhas e colunas da tabela, além do tamanho da fonte. Inicialmente, as medicações eram agrupadas por períodos do dia (manhã, tarde e noite), ocupando metade de uma folha A4, e a outra metade era ocupada pela receita convencional, explicando a posologia a ser tomada por extenso e com intervalo de horas. Houve um período de disponibilização de espaço para descrição de efeitos colaterais pelo paciente, que não se mostrou proveitosa. Em Maio/2016, com o ajuste do tamanho do modelo para folha A4, iniciou-se processo sistemático de inclusão de imagens escaneadas no receituário. Além disso, o horário de administração dos medicamentos passou a ser organizado de acordo com as refeições (café da manhã, almoço e jantar). Houve tentativa de indicação de posologias com adesivos e fitas coloridas, que não demonstrou boa relação custo-benefício pelo número de horas exigidas.

Como próximos passos, pretende-se obter avaliação quali-quantitativa do impacto da receita simples para a segurança do paciente, com diminuição do erro de posologia e baixa adesão.

CONCLUSÃO - CONSIDERAÇÕES FINAIS (460 DE 1000)

A importância da simplificação das informações de prescrição é extremamente relevante, considerando a realidade de analfabetismo em idosos, os quais tem maior prevalência de comorbidades crônicas e maior risco de polifarmácia.

A receita simples segue a linha de instrumentalização do paciente em seu auto-cuidado, sendo parte importante da rotina de serviço da unidade, com potencial para validação do instrumento e tentativa de aplicação em outros cenários.

SISTEMATIZAÇÃO DE PARÂMETROS CHAVE PARA VISITAS DOMICILIARES POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Estêvão Cubas R.[1], Bruna B. Hummel[2], Letícia M. Côrtes[2], Cristina L. R. Rolim[1], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. Martins[2]

1- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/DF, Brasil – SES-DF;
2- Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB), DF, Brasil - UnB.

INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde (ACS) é ator de destaque na integração dos serviços de saúde da Atenção Primária com a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida por meio da promoção e da vigilância em saúde. O processo de qualificação dos agentes deve ser permanente para que se tornem capacitados a reconhecer situações de maior vulnerabilidade. Dessa forma o aperfeiçoamento teórico e prático continuado é peça estratégica dentro da dinâmica do serviço. Visitas domiciliares pré-estruturadas podem facilitar a identificação de situações de risco e evitar o esquecimento de aspectos importantes, além de auxiliar no esclarecimento de dúvidas de forma objetiva, planejada e sistematizada.

OBJETIVOS

O objetivo primário das visitas pré-estruturadas foi aumentar a segurança do paciente, garantindo que pontos chaves fossem avaliados. Situações de risco não poderiam deixar de ser identificadas pelos ACS. Secundariamente, objetivou-se aumentar a eficiência das visitas realizadas pelos ACS, reconhecer áreas de vulnerabilidade e, ainda, criar instrumentos que facilitassem essa avaliação, como tabelas padronizadas. E para que isso se torne possível, a estratégia é estimular o interesse e incentivar a participação dos ACS em programas de educação continuada realizadas na Unidade de Saúde.

MÉTODOS

A visita pré-estruturada era previamente planejada de acordo com a demanda trazida pelos ACS durante as reuniões da equipe, reuniões do NASF e durante as discussões de casos individualizados. Dessa forma, os parâmetros principais a serem abordados nas visitas sistematizadas eram estabelecidos. Os ACS também tinham liberdade para complementar a visita conforme as particularidades de cada caso.

Aulas destinadas à equipe são realizadas quinzenalmente na Unidade de Saúde. Revisões sobre as doenças mais frequentes e sinais de alarme são temas geralmente abordados.

RESULTADOS

Os parâmetros selecionados para compor a visita pré-estruturada foram:

- Nome
- Endereço
- Data da última prescrição médica
- Erro medicamentoso
- Risco leitura (analfabetismo total ou funcional)
- Risco lixo (entulho ou resíduos peri-domicílio)
- Risco drogas (abuso de substâncias psicoativas)
- Risco psiquiatria (sofrimento emocional ou transtorno identificado e tratamento prévio)
- Vacina (calendário vacinal e suplementação de vitamina A)
- Filas (encaminhamentos e exames pendentes)

Com a estratégia de educação continuada, por meio de aulas e discussões de caso, notou-se aumento do interesse, da motivação e sobretudo, da capacidade dos ACS e outros integrantes da equipe em identificar sinais de alarme, fatores de risco e situações de vulnerabilidade durante as visitas.

Após aula do tema, os ACS identificaram caso de icterícia neonatal durante visita e orientaram a família e a equipe sobre necessidade de atendimento na Unidade. Logo após uma discussão de caso sobre molusco contagioso, em outra visita realizada pelos ACS foi identificado pré-escolar com molusco contagioso. (lembrei desse caso, temos outros exemplos?)

CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

A integração das tarefas da equipe é importante para a qualidade do cuidado continuado.

Visitas pré-estruturadas aumentam a segurança do paciente na medida em que tentam garantir que pontos chaves serão avaliados e que situações de risco e vulnerabilidade serão reconhecidas.

A estratégia de educação continuada permite que os ACS adquiram conhecimento progressivamente, estejam mais capacitados para identificação de situações de risco e tornem-se personagens ativos na produção de ferramentas de avaliação utilizadas nas visitas domiciliares.

Futuramente pretende-se avaliar em números o impacto da pré-estruturação e educação continuada.

Figura 1. TABELA IMPRESSA PARA USO DURANTES VISITAS DOMICILIARES

PACIENTES	QUADRA	DATA VISITA	DATA RECEITA	ERRO MED	RISCO LEITURA	RISCO LIXO	RISCO DROGAS	RISCO PSIQ	VACINA	FILAS
PACIENTE 1										
PACIENTE 2										
...										

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde . Cunha CLF & Gama MEA. Publicado em Malagutti W (organizador). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

(Não sei se esta certa essa referencia)

- Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72

(essa referencia era a primeira desse texto ai de cima que dei uma olhada)

PARA VISITAS DOMICILIARES POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - POSTER

ABRASCO-NATAL-2017 - **VDS** - SISTEMATIZAÇÃO DE PARÂMETROS CHAVE PARA VISITAS DOMICILIARES POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - RESUMO

INTRODUÇÃO (399 de 400)

O cuidado na atenção primária exige integração de atenção continuada de múltiplos profissionais. É importante a capacidade de identificação por parte dos Agentes Comunitários de Saúde das situações de maior vulnerabilidade. A variedade de demandas orientou lista de critérios para direcionar as visitas.
O aperfeiçoamento teórico e prático se mostra peça estratégica dentro da dinâmica de serviço.

OBJETIVOS (231 de 250)
O objetivo primário foi aumentar a segurança do paciente por parâmetros pré-estruturados.
Os objetivos secundários foram: criar tabela padronizada, identificar as áreas de vulnerabilidade e aumentar a eficiência das visitas dos ACS.

METODOLOGIA (650)
A formulação da visita estruturada se baseou na demanda trazida pelos ACS durante as reuniões da equipe, reuniões do NASF e durante passagens de caso individualizadas. Foram estabelecidos os principais parâmetros para as visitas sistematizadas, com informações padrão pré-estruturadas. Os ACS tiveram liberdade para complementar a visita de acordo com as particularidades de cada caso e incluir na observação os conhecimentos adquiridos progressivamente por meio da educação continuada, com aulas destinadas à equipe realizadas quinzenalmente e revisões para doenças mais frequentes e sinais de alarme.

RESULTADOS E DISCUSSÃO (700)
Os parâmetros pré-estruturados foram: nome, endereço, data da última prescrição médica, erro medicamentoso, risco leitura (analfabetismo total ou funcional), risco lixo (entulho ou resíduos peri-domicílio), risco drogas (abuso de substâncias psicoativas), risco psiquiatria (sofrimento emocional ou transtorno identificado e tratamento prévio), vacina (calendário vacinal e suplementação de vitamina A), filas (encaminhamentos e exames pendentes).
Foi aplicado o atendimento sistematizado e observou-se benefício direto da educação continuada. Após aula do tema, os ACS identificaram icterícia neonatal durante visita e orientaram a família e a equipe sobre necessidade de atendimento na unidade.

CONCLUSÃO - CONSIDERAÇÕES FINAIS (350)

A integração das tarefas da equipe é importante para a qualidade do cuidado continuado, com destaque aos de maior vulnerabilidade e com fatores de gravidade, especialmente beneficiados pela pré-estruturação das visitas dos ACS. Futuramente pretende-se avaliar em números o impacto da pré-estruturação e educação continuada.

(PRÊMIO – INOVA BRASÍLIA 2017)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(PRÊMIO – OPAS 2017)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

CONGRESSO - CALASS-BÉLGICA-2017

- CALASS: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINA DE ANÁLISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE
- CONGRESSO: XXVII CONGRESSO DA ALASS
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: LIÈGE - XX - BÉLGICA
- DATA: 07-09-17 A 09-09-17
- AUTORES: ESTÊVÃO CUBAS (1), BRUNA HUMMEL (2), LETÍCIA CÔRTES (2), CAIO ROCHA (2), LUCAS SHIRATORI (2), LUÍSA FERRAÇO (2), DAYANA TRIFONI (2)
- APRESENTADORES: ESTÊVÃO CUBAS (X), BRUNA HUMMEL (X), LUCAS SHIRATORI (X)
- VÍNCULOS: 1 SES-DF; 2 UNB
- TRABALHOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **ATENDIMENTOS 2016** - UBS ITAPOÃ DF EQ. 7 - ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 1 ANO: CONCENTRAÇÃO DE CONSULTAS, COMORBIDADES - POSTER ATENDIDAS, TOTAL DE ATENDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA
  - **EDUCAÇÃO CONTINUADA** - Reavaliando a Prática Diária e Pensando em Aprimoramento - Experiências de Educação Continuada em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal - POSTER
  - **GERIATRIA E BENZOS** - ATENDIMENTO MÉDICO À POPULAÇÃO GERIÁTRICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – PERFIL

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

DEMOGRÁFICO, COMORBIDADES E USO DE BENZODIAZEPÍNICOS - POSTER (JUNÇÃO COM ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 1 ANO)

- **PRÉ-PLANIFICAÇÃO** - 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. - APRESENTAÇÃO ORAL
- **PRONTUÁRIO POR IDADE** - UBS ITAPOÃ DF - MODELOS DE ATENDIMENTO EM CONSULTA INDIVIDUAL SEGUINDO FAIXA ETÁRIA - PARÂMETROS PRÉ-ESTRUTURADOS COM FOCO EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA - APRESENTAÇÃO ORAL
- **RODA DE CONVERSA** - “GRUPO RODA DE CONVERSA” - EXPERIÊNCIAS DE FORTALECIMENTO NO CUIDADO DE SAÚDE MENTAL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REGIÃO VULNERÁVEL DO DISTRITO FEDERAL - BRASIL (NÃO ACEITO - DESCRIÇÃO DO NO SERVIÇO)

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

- CALASS-BÉLGICA-2017 -**ATENDIMENTOS EM 1 ANO** - UBS ITAPOÃ DF EQ. 7 - ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 1 ANO: CONCENTRAÇÃO DE CONSULTAS, COMORBIDADES ATENDIDAS, TOTAL DE ATENDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA - POSTER

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

7-8-9 SEPTEMBRE 2017
LIÈGE-CENTRE VILLE
AMPHITHÉATRES OPÉRA ULg

UBS ITAPOÃ DF EQ. 7 - ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 1 ANO: CONCENTRAÇÃO DE CONSULTAS, COMORBIDADES ATENDIDAS, TOTAL DE ATENDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.1, Lucas B. Shiratori2, Bruna B. Hummel2, Letícia M. Côrtes2, Caio O. Rocha2, Luísa Ferraço de Paula2, Dayana Natalia Trifoni1

1 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, Brazil;
2 - Faculdade de Medicina, University of Brasília (UnB), Brasília, Brazil.

INTRODUÇÃO

Em 1994 foi criado no Brasil o que hoje chamamos de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a finalidade de fortalecer a atenção primária, promovendo saúde de maneira continuada. A região do Itapoã em Brasília-DF apresenta-se com grande potencial para desenvolvimento, mas também com grandes vulnerabilidades; com uma população estimada em sessenta mil habitantes, é uma das regiões com a menor renda per capita do distrito. Diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde orientam o tratamento dos problemas de saúde mais comuns e mais graves, portanto, compreender a demanda da comunidade permite o planejamento da oferta de serviços médicos e a definição de temas mais relevantes para educação continuada e coordenação de cuidado junto aos demais atores da atenção primária.

OBJETIVOS

Esta análise tem como objetivo principal entender o perfil da demanda de atendimentos do serviço médico da equipe 7 da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Itapoã. Objetivos secundários incluem: organização da oferta de consultas na agenda, programação da educação continuada da equipe, planejamento estratégico de atendimento das comorbidades mais prevalentes e incidentes na área, buscando a redução da morbimortalidade, considerando o custo-benefício.

MÉTODOS

A coleta de dados ocorreu entre 02 de fevereiro de 2016 e 26 de janeiro de 2017. Os dados para análise foram obtidos das informações provenientes de cada consulta médica, num sistema onde cada paciente possui um arquivo digital identificado por nome, endereço, sexo e nascimento. Em cada consulta, os nomes dos arquivos digitais recebiam marcadores que seriam posteriormente incluídos na planilha de consolidação. A planilha contém colunas para cada parâmetro de interesse, com células para soma automática e links para geração de gráficos. O sistema alimenta dados de produtividade para fechamentos mensais e gera gráficos de acompanhamento dos parâmetros de interesse: frequentação (consultas por paciente em um ano), comorbidades (prevalência das comorbidades em consulta), curvas de atendimento (total de atendidos, revisões de caso, casos de preceptoria, Pasta da Saúde), origem dos pacientes (área, fora de área, equipe), número de atendimentos semanais e proporção das consultas agendadas, de demanda espontânea, casos de preceptoria e Pasta da Saúde.

RESULTADOS

Foram realizadas 4.508 consultas médicas em 390 turnos de 5 horas, uma média 11,7 consulta por turno. Houve um total de 2.666 revisões, 306 casos por preceptoria de internato e 718 atendimentos para Pasta da Saúde. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão (35%) e diabetes (17%), com a afecção aguda mais incidente sendo IVAS (16%). Pacientes da área de cobertura foram 73,8% dos atendimentos. A média semanal de atendimentos foi 69,6 (18-121) e mensal 324 (173-418). A proporção de consultas agendadas e de demanda espontânea manteve uma média mensal de 29,5% e 69,4% respectivamente. A maioria dos pacientes teve 1 consulta (54%), seguido de 4 ou mais (18%), 2 consultas (17%) e 3 (11%).



CONCLUSÃO

Diabetes e hipertensão se destacam pela alta prevalência, bem como pelo papel determinante em fazer do infarto agudo de miocárdio e do acidente vascular encefálico as principais causas de mortalidade e hospitalização no SUS. A maioria dos pacientes com apenas 1 consulta incluem atendimentos para intercorrências agudas pontuais sem indicação de rastreios ou seguimento, enquanto que os pacientes com 4 ou mais incluem gestantes em pré-natal, crianças em crescimento e desenvolvimento, hipertensos, diabéticos e pacientes em acompanhamento de saúde mental. Próximos passos incluem a padronização da geração automática de dados e facilitação do preenchimento das planilhas para uso por outras equipes. A organização dos processos de trabalho permite a obtenção de informações que embasam reflexões e aprimoramentos nos parâmetros de serviço da atenção básica. O conhecimento da demanda ainda possibilita o ajuste na educação continuada, fundamental para manutenção da qualidade técnica e sensibilização para temáticas de realce no âmbito do SUS.

- CALASS-BÉLGICA-2017 -**ATENDIMENTOS EM 1 ANO** - UBS ITAPOÃ DF EQ. 7 - ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 1 ANO: CONCENTRAÇÃO DE CONSULTAS, COMORBIDADES ATENDIDAS, TOTAL DE ATENDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA - RESUMO

- os objetivos de investigação;
O objetivo principal desta análise é entender o perfil da demanda de atendimentos do serviço médico da Equipe 7 - ESF da UBS Itapoã, Brasilia-DF.

Como objetivos secundários estão: organização da oferta de consultas na estrutura da agenda, programação da educação continuada médica e da equipe, além do planejamento estratégico de atendimento das comorbidades mais prevalentes e incidentes na área, com vistas a redução de morbi-mortalidade com espaço para consideração de custo-benefício.

- o contexto e a descrição do problema ;
A As demandas presentes no dia a dia da atenção primária variam em quantidade e complexidade. De consultas agendadas a encaixes por demanda espontânea, as atribuições de todos os membros da equipe enfrentam algum grau de imprevisibilidade e flutuação na produtividade em cada período.

Cada território tem sua particularidade no perfil de pacientes atendidos e não atendidos, com diferentes pressões assistenciais, frequentações e vulnerabilidades. No Brasil, a atenção primária tem grande heterogeneidade nos mais variados parâmetros de oferta de serviço, com realidades especialmente discrepantes na capital do país. O Distrito Federal enfrenta baixa cobertura populacional, dificuldades na consolidação e na análise estratégica dos dados de produtividade, além de formação não especializada em atenção primária de grande parte dos servidores.

Conhecer a demanda no serviço ajuda na programação de sua oferta, bem como orienta os principais tópicos com vistas a educação continuada.

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

A geração dos dados para análise ocorreu de 02 de Fevereiro de 2016 a 26 de Janeiro de 2017, com marcadores de interesse inseridos durante a realização das consultas nas cópias digitais de atendimento de cada paciente. O mesmo sistema alimentava dados de produtividade para fechamentos mensais e gráficos de acompanhamento dos parâmetros de interesse, sendo os principais: frequentação (concentração de consultas por paciente em um ano), comorbidades atendidas (prevalência de abordagem das comorbidades em consulta), curvas de atendimento (total de atendidos, revisões de caso, casos de preceptoria, Pasta da Saúde), origem dos pacientes (área, fora de área, equipe), número de

atendimentos semanais e panorama dos atendimentos mensais (proporção das consultas agendadas, de demanda espontânea, casos de preceptoria, Pasta da Saúde).

- os resultados e a discussão;

Foram realizados 4058 atendimentos em 390 períodos de 5 horas (sendo 318 em consultório), com média de 11,7 pacientes-período. 320 pacientes foram vistos fora da unidade durante realização de campanha de tratamento para dengue, não sendo contabilizados nas horas de consultório. Houve um total de 2666 revisões, 306 casos por preceptoria de internato e 718 atendimentos para Pasta da Saúde.

A maior parte dos pacientes teve 1 consulta (54%), seguida de 2 (17%), 3 (11%) e 4 ou mais consultas (18%). As principais comorbidades crônicas foram hipertensão (35%) e diabetes (17%), e a principal afecção aguda foi infecção de vias áreas superiores (16%). 73,8% dos pacientes eram da área adstrita, e 11,1% dos atendimentos foram relacionados a servidores da unidade ou seus familiares. A média de atendimento semanal foi de 69,6 pacientes (18-121). A média de atendimento mensal foi 324 (173-418). Dos atendidos em consultório, a média da proporção de agendados foi de 29,5% (1-50%). A média de demanda espontânea foi de 69,4%.

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

A organização dos processos de trabalho permite a obtenção de informações que embasam reflexões e aprimoramentos nos parâmetros de serviço da atenção básica. O diagnóstico de base de oferta de serviço médico contribui para adequação e planejamento de ações. Mesmo lidando com limitações, a otimização do controle das variáveis permite a adequação do serviço ao certo grau inerente de imprevisibilidade na demanda de cada dia. Conhecendo a realidade numérica de cada setor, fica mais real a valorização dos olhares de gestão regional, distrital e nacional, visando principalmente as políticas públicas de saúde e impacto em comorbidades de maior prevalência e morbo-mortalidade. Por fim, o conhecimento da demanda ainda possibilita o ajuste na educação continuada, fundamental para manutenção da qualidade técnica e sensibilização para temáticas de realce no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente na realidade tão própria de desafios e encantos da atenção primária.

- CALASS-BÉLGICA-2017 - **CALASS BÉLGICA EDUCAÇÃO CONTINUADA - Reavaliando a Prática Diária e Pensando em Aprimoramento - Experiências de Educação Continuada em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal - RESUMO**

OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO:
Gerais: ilustrar a inserção de educação continuada no serviço;
Verificar o preparo de materiais de estudo, atualização e capacitação;
Específico: avaliar a estratégia de aperfeiçoamento da qualidade e segurança da assistência oferecida aos pacientes da UBS Itapoã – Região Leste do Distrito Federal.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA:
O contexto de surgimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca ressignificar os perfis de atuação das equipes de saúde com implantação e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) na lógica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a formação e a prática dos profissionais permanecem distantes do cuidado integral à saúde do usuário. O perfil de formação do profissional se mostra insuficiente para a prática integral.
A despeito dos princípios da universalidade e descentralização preconizados pelo SUS, o atendimento em saúde em espaços tradicionais e hospitalares, mantém-se médico-centrado.
A ESF, por meio da descentralização do atendimento e do trabalho em equipe, viabiliza a integralidade da assistência de saúde.
A fluidez de construção e desconstrução de conhecimentos técnicos torna mais difícil a constante atualização da equipe de saúde, o que implica diretamente na qualidade e segurança do atendimento. Assim, reconhece-se a necessidade de espaços de discussão e de hábitos de estudo para atualização do conhecimento técnico individual e a valorização da abordagem crítica do conhecimento pelos servidores.
Contudo, é importante que a capacitação técnica esteja atrelada a um olhar voltado para as demandas dos usuários e aumento do vínculo com este, de forma a desenvolver uma atenção empática e de corresponsabilidade.

AS TEORIAS, MÉTODOS, MODELOS E MATERIAIS UTILIZADOS:
O processo de educação continuada da UBS Itapoã passou por ajustes durante os anos de 2016 e 2017. Tal refinimento foi realizado pela equipe de saúde da família em parceria com alunos de medicina da Universidade de Brasília (UnB), os quais também participam da confecção de materiais.
O ajuste e aprimoramento das atividades foram baseados nas opiniões da equipe e da gerência do serviço, bem como nas demandas da população. O trabalho é feito por alunos de rodízio mensal da UnB e equipe.

As atividades de educação continuada acontecem por meio de estudo teórico com explanação e discussão de casos, a cada 14 dias, com horário fixo na agenda de serviço da UBS e duração de uma hora envolvendo todos os profissionais, incluindo: médicos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), gerência, odontologia e alunos do último semestre de medicina, responsáveis pela preparação de material para provocação de discussão. É utilizada linguagem técnica e popular, sendo o material disponibilizado para a equipe.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A proposta de ação estratégica de educação continuada no serviço da UBS Itapoã aparece como contribuição para transformação e qualificação das práticas de saúde em exercício, além da organização de ações e serviços e do desenvolvimento dos trabalhadores, como previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Quando realizada com planejamento e organização, a qualificação da equipe de saúde é capaz de produzir mudanças significativas no desempenho das pessoas, na qualidade do atendimento e engajamento junto da comunidade.

É fundamental para o processo de construção da atenção continuada a ser adotada pelo serviço é de que as demandas devem ser construídas a partir das necessidades dos usuários e do serviço, possibilitando a transformação dos processos de trabalho e aperfeiçoamento da oferta de saúde ao usuário do serviço. A proposta deve ser baseada em metodologias ativas de ensino/aprendizagem e contemplação de espaços de prática com problematização do cotidiano e abertura de espaços de diálogo dos trabalhadores.

É importante a conscientização de que a educação continuada envolve atores além dos profissionais em exercício, como instituições de ensino superior, escolas técnicas e Ministério de Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde (MS).

CONTRIBUIÇÃO E INTERESSE DA COMUNICAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESTADO DA ARTE OU PRÁTICAS ATUAIS:

As demandas e necessidades da população para atendimento na atenção primária são de número e intensidade que abrangem amplo espectro, configurando desafio para a estrutura do serviço a implementação de estratégias que viabilizam uma melhor oferta de serviços de saúde.

Em meio a diferentes limitações, as experiências de educação continuada no serviço da UBS Itapoã trouxeram resultados palpáveis de casos relatados pela própria equipe de melhoria de assistência, com impactos que vão desde a triagem até consultórios e grupos, nas atividades dentro da UBS e dentro da comunidade.

- CALASS-BÉLGICA-2017 - **GERIATRIA E BENZOS** - ATENDIMENTO MÉDICO À POPULAÇÃO GERIÁTRICA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – PERFIL DEMOGRÁFICO, COMORBIDADES E USO DE BENZODIAZEPÍNICOS - RESUMO

- os objetivos de investigação;
A caracterização do atendimento à população geriátrica constitui uma etapa essencial para o seu aprimoramento. A investigação conduzida por este estudo tem como objetivo principal determinar o perfil da assistência prestada aos idosos pela equipe 7 da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Itapoã, uma região administrativa localizada na região Leste do Distrito Federal (DF), Brasil. A fim de alcançá-lo, foi definida como objetivo secundário a avaliação de dados como: perfil demográfico; assiduidade às consultas; existência de comorbidades com marcadores especiais de interesse para o serviço; e frequência de prescrição de medicações psicotrópicas, em especial os que compõem a classe dos benzodiazepínicos (BZD).

- o contexto e a descrição do problema ;
O uso crônico de BZD pode trazer complicações importantes, que merecem um destaque especial na população idosa. Os BZD podem ser indicados em casos de transtornos de ansiedade, terapia adjuvante em outros transtornos psiquiátricos e profilaxia para crises convulsivas. A prescrição de BZD representa um importante desafio na atenção primária (APS), tendo em vista sua prescrição indiscriminada por diferentes especialistas, com estimativas de 50 milhões de usuários diários em todo o mundo.
O Itapoã está entre as regiões de mais baixa renda do DF e sua cobertura de APS é de 45,7%. A população idosa configura 5,75% dos habitantes locais e as dificuldades estruturais da região Itapoã contribuem para quadros de sofrimento emocional, e o acesso limitado à rede assistencial de saúde mental no DF constitui um grande desafio à coordenação do cuidado de casos mais graves.
- as teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados ;

Neste trabalho, avaliou-se o perfil das consultas médicas para população de idosos, em especial o perfil de uso de BZD por idosos no serviço. O estudo conduzido é do tipo observacional descritivo exploratório com levantamento de dados retirados de prontuário do período de 02/02/16 a 09/09/16. O critério de idade utilizado para a seleção de pacientes foi estabelecido como 60 anos ou mais no período analisado, sendo descritos média de idade, distribuição por sexo, número médio de comorbidades, número médio de princípios ativos prescritos, número médio de consultas por paciente, porcentagem de

consultas para idosos dentro do total de consultas, total de pacientes com prescrição de BZD e proporção de BZD dentro do total dos medicamentos prescritos. Para compor o número de comorbidades consideraram-se doenças agudas, doenças crônicas e sintomas ainda sem diagnóstico firmado.

- os resultados e a discussão;
De um total de 2373 atendimentos médicos realizados no período, incluindo visitas domiciliares e consultas de demanda espontânea ou programada, 161 foram para 67 pacientes acima de 60 anos, com média de idade de 66,7 anos. Desse total, 40 foram do sexo feminino (59%) e 27 do sexo masculino (41%). O número médio de comorbidades nessa população foi de 3,4, e o número médio de princípios ativos prescritos foi de 2,8. Na análise de concentração de atendimentos para população acima de 60 anos, 25 pacientes (37,3%) foram atendidos 1 única vez, 20 pacientes (29,8%) atendidos 2 vezes, 8 pacientes (11,9%) 3 vezes e 20,8% 4 ou mais vezes. Os idosos foram 6,3% dos pacientes atendidos (67 de 1051 prontuários), com 6,7% das consultas (161 de 2373). 6 pacientes tinham prescrição para uso de BZD (diazepam 3, clonazepam 2, não especificado 1), sendo 4 de uso contínuo.
Observou-se que a proporção de pacientes com mais de 60 anos se aproxima da de idosos da área. Por se tratar de população com maior concentração de comorbidades, as necessidades de frequentação se mostram diversas daquelas da população em geral, sendo relevantes questões de acesso e acolhimento para suas necessidades específicas.

- a contribuição/o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais
Interpretar o perfil da demanda em uma UBS é essencial na construção de sua coordenação do cuidado, a fim de que se possa atender às demandas populacionais e consolidar a integralidade. O registro dos dados de atendimentos feito de forma organizada possibilita a análise e a abordagem de grupos específicos, sendo primariamente importante o foco para grupos prioritários com maior necessidade de cuidados, como é o caso da população de idosos. O número de comorbidades e de princípios ativos prescritos permite fazer uma estimativa mais acurada do risco de complicações para estes pacientes. Merece destaque neste trabalho o achado de uma menor prevalência de pacientes idosos do sexo masculino.
A próxima etapa do trabalho possui perspectivas de realizar uma melhor caracterização da população geriátrica que faz uso de BZD, além de estabelecer um planejamento de acompanhamento especial desse grupo, com abordagem estrutural e individualizada. Um tema relevante neste caso também inclui a questão do acesso dos usuários ao serviço.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

- CALASS-BÉLGICA-2017 **- PRÉ-PLANIFICAÇÃO** - 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 - RESUMO

A atenção primária e em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é ambiente estratégico para abordagem dessas condições, ganhando destaque as abordagens que englobam os diversos atores de saúde, dentre os diferentes níveis de gestão pública, municipal, estadual, distrital e nacional. Nesse sentido, o Distrito Federal iniciou um projeto de fortalecimento de redes de atenção à saúde e padronização dos atendimentos para HAS e DM, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) por meio do projeto "Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária" O foco e objetivo da investigação foi melhorar o diagnóstico de base para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e para diabetes melitus (DM), tendo objetivos secundários a elaboração de tabela única com informações de todos os pacientes com risco cardiovascular aumentado, o início da estratificação por risco cardiovascular de todos os pacientes da área, a atualização da linha terapêutica e preventiva para pacientes em acompanhamento e a identificação dos prontuários com marcadores visuais por comorbidade específica.

No Brasil, eventos cardiovasculares figuram entre as principais causas de mortalidade, contribuindo para isso fatores como sedentarismo e erro alimentar, além de comorbidades como HAS, DM, dislipidemia (DLP) e tabagismo. Sem o acompanhamento adequado para todos os pacientes na área da Equipe 7 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Itapoã DF, especialmente devido a rotatividade da equipe médica e áreas de abrangência sem cobertura por agentes comunitários de saúde (ACS), definiu-se necessário o levantamento de dados do território referentes a HAS, DM, DLP e tabagismo para obter-se uma visão panorâmica e ao mesmo tempo individual da situação de saúde e doença.

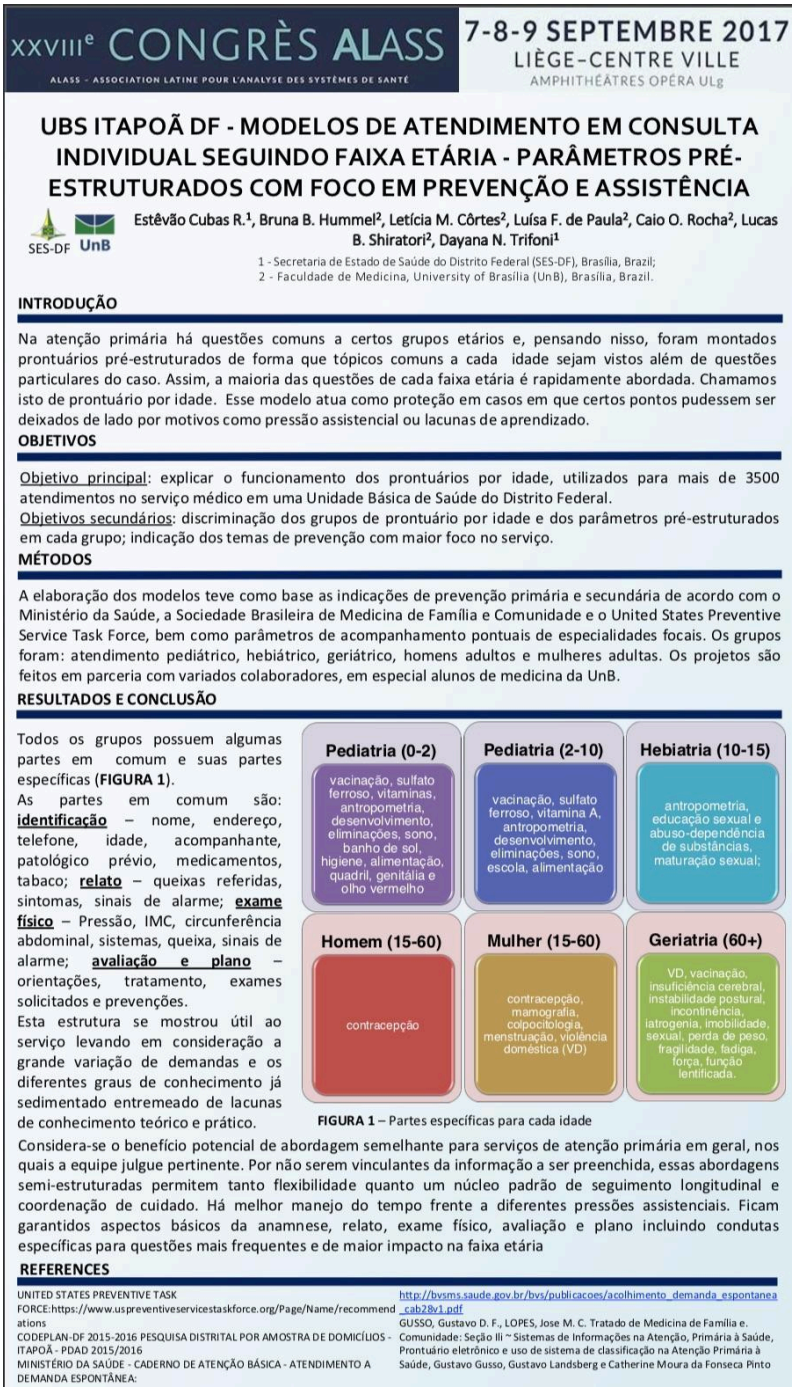
Inicialmente foi elaborada pelos ACS uma lista de pacientes sabidamente hipertensos e diabéticos de cada micro-área, posteriormente comparada com a lista de comorbidades atendidas em consultório. Também foram elencados os pacientes com DLP e tabagismo. Com a lista de pacientes unificada e atualizada, elaborou-se planilha digital única para atualização dos parâmetros individuais clinicamente relevantes. A obtenção dos dados ocorreu por meio de revisão dos prontuários, que foram identificados com marcadores visuais coloridos por comorbidade de interesse para otimizar novos resgates de dados quando necessário.

Como resultado, foi obtida tabela única de controle, incluindo para cada pacientes as informações pertinentes de identificação, data da última consulta, data de revisão do caso, data de último receituário, tabagismo, data de encaminhamento e atendimento em serviço de saúde oral, IAM-AVE, história familiar de HAS ou DM, escala de Coelho-Savassi, risco cardiovascular, data de última receita visualmente simplificada para pacientes analfabetos e frequentação de consultas. Referentes a HAS: pressão arterial (PA) sistólica e diastólica da última consulta, data e resultados alterados de últimos eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma se aplicável, laboratório inicial de HAS para rastreio de lesão de órgão-alvo ou HAS secundária, número de anti-hipertensivos, AAS e alvo da pressão arterial. Referentes a DM: data de diagnóstico, uso de insulina, últimos valores de exame para glicemia de jejum, hemoglobina glicada, albuminúria e avaliação da prevenção de pé diabético, hipoglicemiantes orais e alvo de hemoglobina glicada. Referente a DLP: últimos valores para colesterol total, triglicerídeos, HDL e LDL, estatinas e alvo para valores de colesterol. Referente a antropometria: peso, altura, IMC e circunferência abdominal.
Durante primeira comparação entre as listas elaboradas pelos ACS e no atendimento médico, observou-se atendimento médico para 81 (60,4%) dos 134 pacientes listados pelos ACS, durante 10 meses de análise até 2016-Outubro, de um total de 1266 pacientes atendidos. Dados atuais de 2017-Abril indicam 116 atendimentos médicos dos 160 pacientes identificados (cobertura atual 72,5%). Observou-se dificuldade de seguimento de pacientes em consulta médica por desencontro de jornadas de trabalho, sobrecarga de agenda e demanda reprimida, com tentativa de solução por mutirões de atendimento e de resgate de vínculo com a unidade.

O levantamento dos dados foi fundamental para otimização do acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, que passaram a ter parâmetros consolidados em tabela única e seguimento estratégico. A cobertura de atendimentos médicos de 72,5% dos pacientes sabidamente hipertensos da área, tanto mostra espaço para melhoria, visando a cobertura de 100%, quanto orienta o resgate de pacientes com pouco vínculo a UBS para retorno de acompanhamento interrompido.
Os dados obtidos até o momento não são os finais, mas refletem os passos iniciais para e viabilizam a estratificação de risco com adequação do seguimento e retorno com melhora de qualidade de vida para a população. A maior integração dentro da dinâmica de serviço permite que as informações não fiquem descoladas em prontuários físicos ou eletrônicos, mas passem a fazer parte dos planos de tratamento e metas pactuadas, com produtos de geração de saúde e organização de serviço, melhor formação dos profissionais e ressignificação do processo, dentro de lógica de planejamento participativo estratégico para intervenção, promoção e prevenção corresponsabilizadas.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

- CALASS-BÉLGICA-2017 - **PRONTUÁRIO POR IDADE** - UBS ITAPOÃ DF - MODELOS DE ATENDIMENTO EM CONSULTA INDIVIDUAL SEGUINDO FAIXA ETÁRIA - PARÂMETROS PRÉ-ESTRUTURADOS COM FOCO EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA – POSTER



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

7-8-9 SEPTEMBRE 2017
LIÈGE-CENTRE VILLE
AMPHITHÉATRES OPÉRA ULg

UBS ITAPOÃ DF - MODELOS DE ATENDIMENTO EM CONSULTA INDIVIDUAL SEGUINDO FAIXA ETÁRIA - PARÂMETROS PRÉ-ESTRUTURADOS COM FOCO EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.[1], Bruna B. Hummel[2], Letícia M. Côrtes[2], Luísa F. de Paula[2], Caio O. Rocha[2], Lucas B. Shiratori[2], Dayana N. Trifoni[1]

1 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, Brazil;
2 - Faculdade de Medicina, University of Brasília (UnB), Brasília, Brazil.

INTRODUÇÃO

Na atenção primária há questões comuns a certos grupos etários e, pensando nisso, foram montados prontuários pré-estruturados de forma que tópicos comuns a cada idade sejam vistos além de questões particulares do caso. Assim, a maioria das questões de cada faixa etária é rapidamente abordada. Chamamos isto de prontuário por idade. Esse modelo atua como proteção em casos em que certos pontos pudessem ser deixados de lado por motivos como pressão assistencial ou lacunas de aprendizado.

OBJETIVOS

Objetivo principal: explicar o funcionamento dos prontuários por idade, utilizados para mais de 3500 atendimentos no serviço médico em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.
Objetivos secundários: discriminação dos grupos de prontuário por idade e dos parâmetros pré-estruturados em cada grupo; indicação dos temas de prevenção com maior foco no serviço.

MÉTODOS

A elaboração dos modelos teve como base as indicações de prevenção primária e secundária de acordo com o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e o United States Preventive Service Task Force, bem como parâmetros de acompanhamento pontuais de especialidades focais. Os grupos foram: atendimento pediátrico, hebiátrico, geriátrico, homens adultos e mulheres adultas. Os projetos são feitos em parceria com variados colaboradores, em especial alunos de medicina da UnB.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

Todos os grupos possuem algumas partes em comum e suas partes específicas (**FIGURA 1**).
As partes em comum são: **identificação** – nome, endereço, telefone, idade, acompanhante, patológico prévio, medicamentos, tabaco; **relato** – queixas referidas, sintomas, sinais de alarme; **exame físico** – Pressão, IMC, circunferência abdominal, sistemas, queixa, sinais de alarme; **avaliação e plano** – orientações, tratamento, exames solicitados e prevenções.
Esta estrutura se mostrou útil ao serviço levando em consideração a grande variação de demandas e os diferentes graus de conhecimento já sedimentado entremeado de lacunas de conhecimento teórico e prático.

FIGURA 1 – Partes específicas para cada idade

Considera-se o benefício potencial de abordagem semelhante para serviços de atenção primária em geral, nos quais a equipe julgue pertinente. Por não serem vinculantes da informação a ser preenchida, essas abordagens semi-estruturadas permitem tanto flexibilidade quanto um núcleo padrão de seguimento longitudinal e coordenação de cuidado. Há melhor manejo do tempo frente a diferentes pressões assistenciais. Ficam garantidos aspectos básicos da anamnese, relato, exame físico, avaliação e plano incluindo condutas específicas para questões mais frequentes e de maior impacto na faixa etária

REFERENCES

UNITED STATES PREVENTIVE TASK FORCE:https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations
CODEPLAN-DF 2015-2016 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - ITAPOÃ - PDAD 2015/2016
MINISTÉRIO DA SAÚDE - CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e. Comunidade: Seção III ~ Sistemas de Informações na Atenção, Primária à Saúde, Prontuário eletrônico e uso de sistema de classificação na Atenção Primária à Saúde, Gustavo Gusso, Gustavo Landsberg e Catherine Moura da Fonseca Pinto

- CALASS-BÉLGICA-2017 - **PRONTUÁRIO POR IDADE** - UBS ITAPOÃ DF - MODELOS DE ATENDIMENTO EM CONSULTA INDIVIDUAL SEGUINDO FAIXA ETÁRIA - PARÂMETROS PRÉ-ESTRUTURADOS COM FOCO EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA - RESUMO

- os objetivos de investigação;
O objetivo principal desta proposta é explicar o funcionamento dos prontuários por idade, utilizados nos últimos 12 meses para mais de 3500 atendimentos no serviço médico da Equipe 7 de Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do Itapoã, Brasilia, Distrito Federal.

Como objetivos secundários estão: discriminação dos grupos de prontuário por idade e dos parâmetros pré-estruturados em cada grupo, e indicação dos temas de prevenção primária e secundária com maior foco no serviço.

- o contexto e a descrição do problema ;
As demandas na atenção primária são diversas, e há questões comuns a certos grupos etários. Considerá-las facilita o rastreio e a assistência, com maior segurança para médico e paciente.

Com isto, foram montados prontuários pré-estruturados de forma que tópicos comuns de prevenção ou abordagem de comorbidades sejam rapidamente questionados. Há também lugar para registro de questões particulares da consulta. Este modelo visa garantir que a maioria das questões de saúde pertinentes a cada faixa etária seja rapidamente abordada, proporcionando melhor uso do tempo e evitando erros por negligência ou excessos. Chamamos isto de prontuário por idade.

No Distrito Federal, cada regional apresenta desafios próprios. Poucos que atuam na atenção primária têm formação específica para tal. Pensando na resolução de 90% das demandas neste nível de atenção, é importante o preparo adequado para as principais linhas de cuidado. Embora não sejam capacitação continuada, tópicos pré-estruturados são um mecanismo de proteção em casos em que certos pontos pudessem ser vistos de maneira insuficiente por várias razões, como pressão assistencial ou lacunas de aprendizado.

- as teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados ;
A elaboração dos modelos de atendimento foi iniciada em Fevereiro-2016 levando em conta o perfil dos pacientes nos atendimentos tanto de demanda programada quanto espontânea. Incluíram-se indicações de prevenção primária e secundária de acordo com o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e o

United States Preventive Service Task Force, bem como parâmetros de acompanhamento pontuais de especialidades focais.

Os grupos se dividiram em atendimento pediátrico, hebiátrico e geriátrico, além de população adulta masculina e feminina.

Na prática, todos os projetos da unidade começam nos minutos disponíveis entre atendimentos e sempre em parceria com múltiplos colaboradores acadêmicos de variados níveis de graduação, em especial os alunos do último semestre de medicina da UnB. Considerou-se o perigo de esperar por condições ideais para o início ou aprimoramento das iniciativas científicas e técnicas.

- os resultados e a discussão;

São os grupos: Pediatria CD 0-2a e geral 2-10a, Hebiatria 10-15a, Homens Adultos 15-60a, Mulheres Adultas 15-60a e Geriatria >60a.

Todos têm em comum: IDENTIFICAÇÃO (nome, endereço, telefone, idade, acompanhante, patológico prévio, medicamentos, tabaco); RELATO (queixas referidas, sintomas, sinais de alarme); EXAME FÍSICO (Pressão, IMC, circunferência abdominal, sistemas, queixa, sinais de alarme); AVALIAÇÃO E PLANO (orientações, tratamento, exames solicitados e prevenções).

Partes específicas - 0-2: vacinação, sulfato ferroso, vitaminas, antropometria, desenvolvimento, eliminações, sono, banho de sol, higiene, alimentação, quadril, genitália e olho vermelho; 2-10: vacinação, sulfato ferroso, vitamina A, antropometria, desenvolvimento, eliminações, sono, escola, alimentação; 10-15: antropometria, educação sexual e abuso-dependência de substâncias, maturação sexual; 15-60 homem: contracepção; 15-60 mulher: contracepção, mamografia, colpocitologia, menstruação, violência doméstica; >60: violência doméstica, vacinação, insuficiência cerebral, instabilidade postural, incontinência, iatrogenia, imobilidade, sexual, perda de peso, fragilidade física, fadiga, força, função lentificada.

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

Os prontuários por idade se mostraram importantes no serviço levando em consideração a grande variação de demandas na atenção primária e os diferentes graus de conhecimento já sedimentado entremeado de lacunas de conhecimento teórico e prático.

Assim, considera-se o benefício potencial de abordagem semelhante para serviços de atenção primária em geral, nos quais a equipe julgue pertinente. Por não serem vinculantes da informação a ser preenchida, essas abordagens semi-estruturadas permitem tanto flexibilidade quanto um núcleo padrão de seguimento longitudinal e coordenação de cuidado.

Destacam-se os benefícios do projeto em relação ao melhor manejo do tempo frente a diferentes pressões assistenciais. Ficam garantidos, dentro de certos limites, aspectos básicos da anamnese, relato, exame físico, avaliação e plano incluindo condutas

específicas para queixas agudas e crônicas, abordagem e rastreio de doenças e fatores de risco mais frequentes e de maior impacto na faixa etária

os objetivos de investigação;
Objetivo geral:
Ampliar o cuidado em saúde mental de usuários e cuidadores.

Objetivos específicos:
Promover uma rede de apoio entre usuários;
Qualificar o vínculo destes com a equipe de saúde;
Evitar medicalização com psicotrópicos;
Estabelecer critérios para a estruturação do grupo.

- o contexto e a descrição do problema ;
A rede de atendimento em saúde mental no Brasil apresenta um acesso restrito para a população. No Distrito Federal (DF), a implementação da reforma psiquiátrica concentrou os atendimentos em saúde mental e oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Fragilidades importantes estão presentes no funcionamento da Rede de Apoio a Saúde Mental no DF, destacando-se a permanência de lógica de atendimento ambulatorial com poucas ações extra-muros e permeabilidade limitada no território, poucos e consequentemente sobrecarregados CAPS, além de equipes desfalcadas em quantidade de recursos humanos e carga horária.
Finalmente, o encaminhamento inadequado de pacientes com transtornos mentais leves para o CAPS contribui para a diminuição da resolutividade e sustentabilidade da oferta do serviço, evidenciando a importância de mecanismos de fortalecimento do cuidado em saúde mental na atenção primária.

- as teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados ;
Entre os dispositivos de cuidado de saúde mental, abordagens em grupo apresentam potenciais diferenciados para implementação na atenção primária, configurando como um importante mecanismo de empoderamento individual e coletivo. Pelo seu formato circular, os participantes podem se ver mutuamente; as fragilidades e potencialidades são trabalhadas por meio de fenômenos de reconhecimento, espelhamento e enriquecimento de conteúdos e diferentes perspectivas. Durante o processo, ocorre também uma

aproximação da equipe de saúde que atua junto dos participantes, e o fortalecimento dos vínculos sociais dos usuários, em geral em situação de vulnerabilidade.
Espaços de escuta e fala horizontalizada empedram os usuários no protagonismo de apropriação de sua saúde e bem estar, ao mesmo tempo promovendo sensação de acolhimento e qualificação do acesso em momento de fragilidade e necessidade dentro de lógica de atendimento compartilhado, multi-disciplinar e descentralizado com enfoque biopsicosocial.
A participação médica fora de consultório fortalece o vínculo do médico com a equipe e privilegia os dispositivos de cuidado de base comunitária, com enfoque diferenciado em forma de cuidado para problemas psicológicos e sociais.
Para realização das primeiras sessões do Grupo Roda de Conversa foram selecionados 39 pacientes por meio de revisão de prontuário visando os quadros emocionais descritos como mais significativos.
O grupo teve inicio no dia 27/10/16, com encontros semanais às terças-feiras, de 9h às 10:30h. Foram feitas modificações progressivas na sua estruturação de acordo com o retorno trazido pelos participantes envolvidos na ação. Posteriormente, foi entregue convite impresso pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Participaram das atividades alternadamente os ACS, enfermeiros e gerentes da unidade, sempre com a presença do médico e estudantes de medicina.
Todos os grupos apresentaram como estrutura básica: identificação de cada participante com adesivo na roupa com o nome que gostaria de ser chamado; relato de eventos marcantes da semana; avaliação do grupo; sugestões para a próxima semana; participação aberta para a comunidade e temas elegidos pelo próprio grupo.

- os resultados e a discussão;
No período de 27/10/16 a 31/01/17 ocorreram 14 encontros. Foram observadas ao longo das semanas de atividade, variações do número de pacientes de 5 a 15 integrantes, e 3 a 9 membros da equipe. As temáticas trabalhadas foram: O Bem Estar do Toque, Medo da Morte, Lembranças da Infância, Brincadeiras da Infância, Significado do Nome, Tornar-se Adulto, Principais Desafios Pessoais, Principais Loucuras, Música Favorita. Foram realizadas atividades sugeridas pelos participantes e direcionadas às suas habilidades prévias: auto-massagem, jardinagem e música.

Próximas adaptações incluem estabilização da frequentação, aumento progressivo do vínculo entre os participantes e continuidade das atividades de jardinagem. Está programado também o início de novas atividades e melhorias estruturais relacionadas à ambiência (oferecimento de água, frutas e música ambiente no início das atividades). A realização de parcerias com CAPS e outros pontos de cuidado da rede de saúde também são um desafio a ser conquistado.

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

Processos que permitam congruência interdisciplinar são base importante para a renovação da prática tradicional em cuidado de saúde. A implementação do grupo de saúde mental na UBS Itapoã permitiu ao serviço maior capacidade de cobertura com autonomia e empoderamento dos usuários, com enfoque na horizontalidade dos participantes e ruptura da hegemonia de modelo biomédico, com avaliação auto-referida de impacto positivo pelo grupo.
Destaca-se a boa aceitação do grupo dos mecanismos de participação conjunta e decisão colaborativa, em consonância com valores humanizadores na atenção a saúde. Próximas etapas planejadas de ampliação das propostas de atribuição de valor social por atividades envolvendo habilidades manuais, como grupos de artesanato e costura.

CONGRESSO - ECIM-MILÃO-2017

- ECIM: EUROPEAN CONGRESS OF INTERNAL MEDICINE
- CONGRESSO: XVI ECIM
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: MILÃO - MILÃO - ITÁLIA
- DATA: 31-08-17 A 02-09-17
- AUTORES: ESTÊVÃO CUBAS ROLIM (1), LUCAS BEZERRA SHIRATORI (2), ARTHUR HENRIQUE CAMARGO DOS SANTOS (2), BRUNA BIANCO HUMMEL (2), CAIO OLIVEIRA ROCHA (2), LETÍCIA MENDES CÔRTIS (2), PETRA ARIADNE TRINDADE ARAÚJO (2), RAFAELA DEBASTIANI GARCIA (2), VANESSA CAROLINE PINHEIRO MARTINS RESENDE (2), WERTLEY DE OLIVEIRA MATOS MELO (2)
- VÍNCULOS: 1 SES-DF; 2 UNB
- APRESENTADORES: LUCAS SHIRATORI (X), BRUNA HUMMEL (X)
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **CONTINUADA** - CONTINUING EDUCATION EXPERIENCES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - CURRENT STRATEGIES ON 2017-MAY
  - **PRONTUÁRIO POR IDADE** - MEDICAL CONSULTATION TEMPLATES FOR AGE GROUP – STRUCTURED PARAMETERS WITH FOCUS ON PREVENTION AND MEDICAL CARE - CURRENT STATUS ON 2017-May
  - **RODA DE CONVERSA** - COMMUNITY-BASED APPROACHES TO MENTAL HEALTH: EXPERIENCES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - CURRENT STRATEGIES ON 2017-MAY

- **ACOLHIMENTO** - INITIAL PATIENT EVALUATION ON A PRIMARY CARE FACILITY - STRATEGIES TO FOSTER CONTINUOS IMPROVEMENT UNTIL 2017-MAY
- **ATENDIMENTOS 2016** - NUMBERS FROM PRIMARY CARE: MEDICAL VISITS, DEMANDS AND CARDIOVASCULAR COMMORBIDITIES IN 2016-2017
- **GERIATRICS BZD** - GERIATRICS AND BENZODIAZEPINES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - PLANNING NEXT APPROACHES FOR MENTAL CARE
- **HEALTH FOLDERS** - HEALTH FOLDERS PROJECT – OFFERING PATIENTS MORE KNOWLEDGE AND AUTONOMY ABOUT HEALTH CARE
- **PRÉ-ESTRUTURADAS** - COMMUNITY-BASED APPROACHES FOR IMPROVING HYPERTENSION AND DIABETES CARE: SYSTEMATIZATION OF PARAMETERS FOR COMMUNITY HEALTH AGENTS DOMICILIARY VISITS
- **RCV** - NUMBERS FROM PRIMARY CARE - IMPROVING KNOWLEDGE FOR HYPERTENSION AND DIABETES AT A VULNERABLE REGION IN DISTRITO FEDERAL - BRAZIL
- **RECEITA SIMPLES** - IMPROVING CARE AND PATIENT SECURITY: CURRENT STATUS OF THE SIMPLIFIED VISUAL MODEL PROPOSAL FOR MEDICAL PRESCRIPTION ON 2017-MAY

ECIM-MILÃO-2017 - **CONTINUADA** - CONTINUING EDUCATION EXPERIENCES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - CURRENT STRATEGIES ON 2017-MAY - RESUMO

The Brazilian Family Health Strategy was created in order to strengthen primary care services in the country. It aims to achieve an integral approach to patients' needs, including biological, psychological, social and economic issues. Nevertheless, daily activities of the health care professionals remain far from this reality: they show fragmented views and actions and follow the hospital-centered paradigm. The educational process that such professionals have gone through did not equip them with the knowledge and skills that would allow an integral view of the patient. In order to change this reality, during the years of 2016 and 2017 we implemented a continuing education program in a primary care facility in a low income area in Brazil in conjunction with medical students from the University of Brasilia. The aim of this study was to implement and evaluate the impact of this program. Meetings were held twice monthly and consisted of lectures, case-based discussions and distribution of written material to the professionals. The activities were based on the opinions of the team, managers of the service, and the demands of the population. The qualification of the health team promoted significant changes in their performance, in the quality of care, and increased patient satisfaction. The implementation of continuing education on primary services is challenging and should be one of the priorities of the ministries of health and the education, since its impact on patient care and safety is profound. The experience we had shows that the implementation is viable and brings significant improvement.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **PRONTUÁRIO POR IDADE** - MEDICAL CONSULTATION TEMPLATES FOR AGE GROUP – STRUCTURED PARAMETERS WITH FOCUS ON PREVENTION AND MEDICAL CARE - CURRENT STATUS ON 2017-May - POSTER



MEDICAL CONSULTATION TEMPLATES FOR AGE GROUP – STRUCTURED PARAMETERS WITH FOCUS ON PREVENTION AND MEDICAL CARE - CURRENT STATUS ON 2017-May

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.[1], Lucas B. Shiratori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Humme[2], Caio O. Rocha[2], Petra A. T. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wertley de O. Matos Melo[2]

INTRODUCTION

Primary care is diverse in nature and when approached by grouping its common demands, can be done with more ease and security for both patients and doctors. The Family Health Strategy was created in order to strengthen primary care services in Brazil, and it is the strategy used at the basic Health Unit of Itapoa, region with great potential as well as great challenges in Brasilia, Brasil's Capital City.

OBJECTIVES

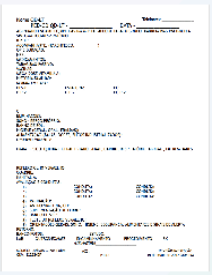
To establish medical consultation templates to be used for the more than 3500 yearly consultations done by the multidisciplinary team at a primary healthcare unit in Distrito Federal, Brazil. To discriminate the necessary age groups and determine the structured parameters for each group, while also finding the main topics for primary and secondary prevention at the service.

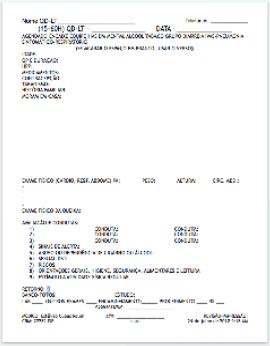
METHODS

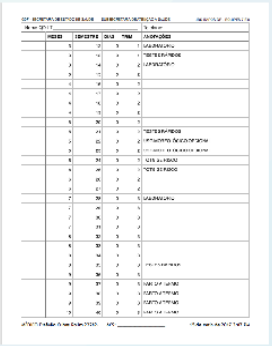
Beginning in February 2016, taking into consideration the population and consultation profiles, templates for each age group were produced. The templates included primary and secondary prevention recommendations from the Brazilian Ministry of Health, the Brazilian Society of Family and Community Medicine and the United States Preventive Service Task Force. Elaboration of templates was set in partnership with multiple collaborators, mainly last year medical students from Universidade de Brasília.

RESULTS

Templates produced were pediatric 0 to 2 years and 2 to 10 years, hebiatric 10 to 15 years, adult men 15 to 60 years, adult women 15 to 60 years, geriatric more than 60 years. Templates shared parameters: identification, story, physical examination, evaluation and plan. Specific to each template parameters included vaccination, school situation, contraception, menstruation, iatrogenic risk and others.







CONCLUSION

Structured templates allows for flexibility while also granting a fast approach to the most significant demands for each age group, decreasing the required consultation time and improving long term monitoring.

REFERENCES

GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, José M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Seção II - Sistemas de Informações na Atenção Primária à Saúde, Prontuário eletrônico e uso de sistema de classificação na Atenção Primária à Saúde, Gustavo Gusso, Gustavo Lanctberg e Catherine Moura da Fonseca Pinto

MINISTÉRIO DA SAÚDE - CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

CDF 2016 - BRASÍLIA SAUDÁVEL, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

UNITED STATES PREVENTIVE TASK FORCE:https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations

CODEPLAN-DF 2015-2016 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - ITAPOÃ - PDAD 2015/2016

ECIM-MILÃO-2017 - **PRONTUÁRIO POR IDADE** - MEDICAL CONSULTATION TEMPLATES FOR AGE GROUP – STRUCTURED PARAMETERS WITH FOCUS ON PREVENTION AND MEDICAL CARE - CURRENT STATUS ON 2017-May - RESUMO

OBJECTIVES: To establish medical consultation templates to be used for the more than 3500 yearly consultations done by the multidisciplinary team at a primary healthcare unit in Distrito Federal, Brazil. To discriminate the necessary age groups and determine the structured parameters for each group, while also finding the main topics for primary and secondary prevention at the service.

METHODS: Primary care is diverse in nature and when approached by grouping its common demands, can be done with more ease and security for both patients and doctors. Beginning in February 2016, taking into consideration the population and consultation profiles, templates for each age group were produced. The templates included primary and secondary prevention recommendations from the Brazilian Ministry of Health, the Brazilian Society of Family and Community Medicine and the United States Preventive Service Task Force. Elaboration of templates was set in partnership with multiple collaborators, mainly last year medical students from Universidade de Brasília.

RESULTS: Templates produced were pediatric 0 to 2 years and 2 to 10 years, hebiatric 10 to 15 years, adult men 15 to 60 years, adult women 15 to 60 years, geriatric more than 60 years. Templates shared parameters: identification, story, physical examination, evaluation and plan. Specific to each template parameters included vaccination, school situation, contraception, menstruation, iatrogenic risk and others.

CONCLUSION: Structured templates allows for flexibility while also granting a fast approach to the most significant demands for each age group, decreasing the required consultation time and improving long term monitoring.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **RODA DE CONVERSA** - COMMUNITY-BASED APPROACHES TO MENTAL HEALTH: EXPERIENCES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - CURRENT STRATEGIES ON 2017-MAY - POSTER



COMMUNITY-BASED APPROACHES TO MENTAL HEALTH: EXPERIENCES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - CURRENT STRATEGIES ON 2017-MAY

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.[1], Lucas B. Shiratori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Hummel[2], Caio O. Rocha[2], Petra A. I. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wertley de O. Matos Melo[2]

1 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, Brazil;
2 - Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brazil.

INTRODUCTION

The family health strategy was created in order to strengthen primary care services in Brazil. The activities described here occurred in Brasília, capital city of Brazil, at the basic health unit of Itapoã – region with great potential as well as great challenges and vulnerabilities. Activities at the unit have the collaboration of final semester medical from the University of Brasília, who in numbers of 2 or 3 take monthly rounds at the service and have supervision at medical consults in consulting rooms, co participation in triage and welcoming of patients and group activities. There are special difficulties in relation to emotional suffering and mental health issues, which cause great pain and are extremely common.

OBJECTIVES

This study aims to improve mental health care for patients and caregivers while also establishing a social network of care between community members and reducing use of psychotropic medication.

METHODS

In mental health care, group approaches present great potential for implementation in primary healthcare, working as means of individual and collective empowerment. Organizing the meetings in a circular seating plan, allows participants to see each other; the individual fragilities and potentialities are shared through phenomena of retrogriffon, mirroring, enrichment of contents and different perspectives. Initially, 39 patients were selected based on their medical records, targeting patients with most significant emotional frame. The meetings were scheduled weekly, with a 90 minute duration. Participants beyond the patients included community health agents, nurses, health managers, medical students and medical doctor. Each meeting included at least: identification with preferred name, topics raised by the patients, open participation from the community, evaluation and suggestions for the next meeting.



RESULTS

From October 2016 to January 2017, there were fourteen meetings, with participants varying from 5 to 15 patients and 3 to 9 caregivers. Topics discussed were: fear of death, childhood memories, childhood games, becoming adult, personal challenges, favorite music, wellbeing of the touch, name meaning and insanitites. During the process, it was observed an increasing bond between patients and caregivers and also the strengthening of the social networks between patients.

CONCLUSION

The implementation of the group allowed caregivers to increase mental health care coverage in the area while also could confer autonomy to the patients. The strengthening of these care mechanisms is specially important considering the difficulties of mental health network care at the Federal District, even greater at Itapoã due to the recent economic and institutional crisis at different support services. During the process, we observed strengthening of the bonds among patients, themselves and the team, perception of diminished frequentation in medical office for hyper frequentation patients and strengthening of the additional space for mental health care.

REFERENCES

Luiz Paulo de C. Bechelli, 2005. O paciente na psicoterapia de grupo. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2005. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100019

GUSSO, 2012, TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PRINCÍPIOS, FORMAÇÃO E PRÁTICA / Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes.

Ministério da Saúde 2004. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.

BRASIL MS Saúde Mental em Dados 8, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf

ECIM-MILÃO-2017 - **RODA DE CONVERSA** - COMMUNITY-BASED APPROACHES TO MENTAL HEALTH: EXPERIENCES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - CURRENT STRATEGIES ON 2017-MAY - RESUMO

OBJECTIVES: To improve mental health care for patients and caregivers while also establishing a social network of care between community members and reducing use of psychotropic medication.

METHODS: In mental health care, group approaches present great potential for implementation in primary healthcare, working as means of individual and collective empowerment. Organizing the meetings in a circular seating plan, allows participants to see each other; the individual fragilities and potentialities are shared through phenomena of recognition, mirroring, enrichment of contents and different perspectives. Initially, 39 patients were selected based on their medical records, targeting patients with most significant emotional frame. The meetings were scheduled weekly, with a 90-minute duration. Participants beyond the patients included community health agents, nurses, health managers, medical students and medical doctor. Each meeting included at least: identification with preferred name, topics raised by the patients, open participation from the community, evaluation and suggestions for the next meeting.

RESULTS: From October 2016 to January 2017, there were fourteen meetings, with participants varying from 5 to 15 patients and 3 to 9 caregivers. Topics discussed were: fear of death, childhood memories, childhood games, becoming adult, personal challenges, favorite music, wellbeing of the touch, name meaning and insanitites. During the process, it was observed an increasing bond between patients and caregivers and also the strengthening of the social networks between patients.

CONCLUSION: The implementation of the group allowed caregivers to increase mental health care coverage in the area while also conferring autonomy to the patients.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **ACOLHIMENTO** - INITIAL PATIENT EVALUATION ON A PRIMARY CARE FACILITY - STRATEGIES TO FOSTER CONTINUOS IMPROVEMENT UNTIL 2017-MAY - POSTER

16th European Congress of Internal Medicine
Thinking outside the box in a world of limited resources
University of Milan MILAN 31 August 2 September 2017
EFIM

INITIAL PATIENT EVALUATION ON A PRIMARY CARE FACILITY - STRATEGIES TO FOSTER CONTINUOUS IMPROVEMENT UNTIL 2017-MAY

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R[1], Lucas B. Shiratori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Hummel[2], Caio O. Rocha[2], Petra A. T. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wertley de O. Matos Melo[2]

1 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília, Brazil;
2 - Faculdade de Medicina, University of Brasília (UnB), Brasília, Brazil.

INTRODUCTION

Primary care facilities should implement efficient strategies to secure appropriate initial assessment of patients who seek for medical attention. An effective initial evaluation does not consist only in simply screening patients. It is a complex activity that demands multi-professional healthcare team effort and adequate training in order to work properly. Adequate initial assessment leads to better management of time and resources and improves patient outcomes. In Brazil there is currently no standardized guide to establish the elements of this initial evaluation, and individual premises employ different strategies. Many primary care units use unstructured and inefficient strategies, thus compromising quality of care.

OBJECTIVES

The present study aimed to identify the main obstacles faced in the triage room in a primary care facility in a low income area in Brazil, and present the mechanisms we proposed to improve initial patient reception. Our main objective was to develop such strategies and evaluate their impact on patient care and safety.

METHODS

Throughout 2016 until May 2017, adjustments were made in the patient reception process in partnership with medical students from the University of Brasília. The study began with monitoring the everyday work at the triage room in order to identify the most common and most dangerous patients complaints and recognize potential limitations or errors in the actions of the healthcare team. We then took into account input from management, nursing and medical staff, and also the demands of the population in order to identify opportunities for improvement. The next step was to implement improvement strategies, which included engaging the whole team on continuing education actions and creating material such as lists of alarm signs, informational booklets and lectures. Finally, were able to observe the outcomes of such strategies on patient care.



Figure 1. Flowchart depicting the main steps followed during the implementation of a strategy to improve initial patient evaluation

RESULTS

One-hour continuing education meetings - which included lectures and case-based discussions - began to occur biweekly. The whole team, including nursing staff, physicians, dentists, managers and community agents attended the meetings. Written orientations on initial patient management and on red flag signs and symptoms were handed to the professionals. The effects of these strategies soon became apparent. There was noticeable improvement in different stages of care. For example, during home visits the community health agents began to effectively identify neonatal jaundice after attending to the lecture where this issue was discussed, and therefore they were able to promptly orient the family to seek medical care in the unit.

Another point of evident improvement was the scheduling of medical appointments, which became more efficient after we clearly established which situations were considered a priority (e.g. red flag signs and symptoms). Appointments included those resulting from immediate spontaneous demand and those that had been electively scheduled previously. After getting input from the medical, nursing and management professionals, the following rules for appointment were created: ⅔ of consultations would be reserved for scheduled visits and 1/3 for those needed from spontaneous demand. Among these, all patients with red flags and symptoms would be seen by the doctor on the same day. After all the vacancies were filled, the remaining patients had their appointment secured in the next 48 hours. The implementation of these strategies led to better patient flow, prompt care for those in need, better queue management and better patient and healthcare team satisfaction.

CONCLUSION

Continuing education of the healthcare professionals was identified as an effective mean to increase awareness about red flag signs and symptoms and boost the capacity to evaluate patient's demands and identify those at higher risk of morbidity or mortality. Establishing the mainstays of the initial evaluation and the minimum requirements for a proper initial patient assessment leads to better quality of care and raises patient and staff satisfaction. Input from all the professionals from the healthcare team and patients themselves is important in order to identify the main demands and plan better and more efficient actions. We believe that we successfully improved initial patient evaluation in our facility by implementing simple measures and we consider that applying these actions on other primary care facilities would also be beneficial, leading to increased patient safety and better outcomes.

REFERENCES

1. Gusso, G., & Lopes, J. M. C. (2012). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.
2. Silva, T. F. D., & Romano, V. F. (2015). Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde debate, 39(105), 363-374.
3. Coutinho, L. R. P., Barbieri, A. R., & Santos, M. L. D. M. D. (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde debate, 39(105), 514-24.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010

ECIM-MILÃO-2017 - **ACOLHIMENTO** - INITIAL PATIENT EVALUATION ON A PRIMARY CARE FACILITY - STRATEGIES TO FOSTER CONTINUOS IMPROVEMENT UNTIL 2017-MAY - RESUMO

Primary care facilities should implement efficient strategies to secure appropriate initial assessment of patients who seek for medical attention. In Brazil there is currently no standardized guide to establish the elements of this initial evaluation, and individual premises employ different strategies. An effective initial evaluation does not consist only in simply screening patients. It is a complex activity that demands multi-professional healthcare team effort and adequate training in order to work properly. The present study aimed to identify the main obstacles faced in the triage room in a primary care facility in a low income area, and present the mechanisms we developed to improve initial patient reception.

Continuing education of the healthcare professionals was identified as an effective mean to increase awareness about red flag signs and symptoms and boost the capacity to evaluate patient's demands and identify those at higher risk of morbidity or mortality. One-hour continuing education meetings began to occur twice monthly, and written orientations on initial patient management and on red flag signs and symptoms were elaborated and handed to the professionals. The results of this strategy rapidly became noticeable, and there was an optimization on patient scheduling and on risk identification and stratification. As an example, members of the health team properly identified neonatal jaundice during home visits and promptly scheduled a medical appointment. We believe that implementing these actions on other primary care facilities would also be beneficial, leading to increased patient safety and better outcomes.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **ATENDIMENTOS 2016** - NUMBERS FROM PRIMARY CARE: MEDICAL VISITS, DEMANDS AND CARDIOVASCULAR COMMORBIDITIES IN 2016-2017 - POSTER



Numbers from primary care: Medical visits, demands and cardiovascular comorbidities in 2016-2017

SES-DF UnB
Estêvão Cubas R.[1], Lucas B. Shirakori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Hummel[2], Caio O. Rocha[2], Petra A. T. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wemerley de O. Matos Melo[2]

INTRODUCTION

THE FAMILY HEALTH STRATEGY WAS CREATED IN ORDER TO STRENGTHEN PRIMARY CARE SERVICES IN BRAZIL, AND IT IS THE STRATEGY USED AT THE BASIC HEALTH UNIT OF TAPOA, REGION WITH GREAT POTENTIAL AS WELL AS GREAT CHALLENGES AND VULNERABILITIES IN BRASILIA, BRASIL CAPITAL CITY.
UNDERSTANDING THE DEMANDS FOR MEDICAL VISITS HELP IN PLANNING THE OFFERING OF HEALTH SERVICES AND THE TOPICS FOR CONTINUING EDUCATION AND CARE COORDINATION IN RELATION TO OTHER ACTORS OF HEALTH SERVICES.

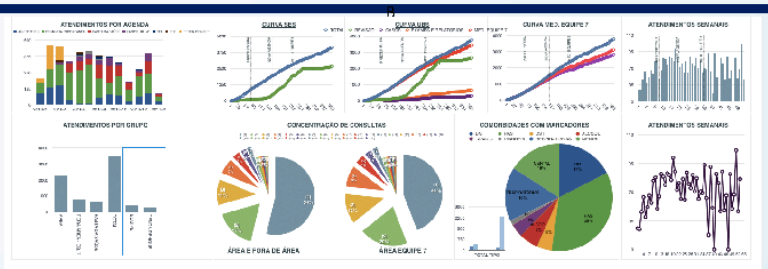
OBJECTIVES

Objectives were to understand the demand profile for medical service in primary care in order to optimize the organization of the offer of appointments in the agenda structure, scheduling of medical and team education, as well as strategic planning for attending to the most prevalent commorbidities and incidents in the area.

METHODS

Data was collected from February 2, 2016 to January 26, 2017, consisting of an exploratory descriptive observational study. Markers of interest inserted in medical records. The same system fed data for monthly productivity and monitoring charts of the parameters of interest, the main ones: attendance (concentration of consultations per patient in one year), comorbidities attended (prevalence of comorbidities approach in consultation), number of weekly visits and overview of monthly visits (proportion of scheduled appointments, spontaneous demand, Cases from students, Health Folders).

RESULTS



4058 visits were performed in 390 5 hour periods (318 in the office), with a mean of 11.7 patient period. 320 patients were seen outside the unit during the dengue treatment campaign, and were not counted during office hours.
Most patients had 1 consultation (51%), followed by 2 (17%), 3 (11%) and 4 or more consultations (18%). The main chronic comorbidities were hypertension (35%) and diabetes (17%), and the main acute condition was infection of upper areas (16%). The mean weekly care was 69.6 (18-171). The average monthly attendance was 324 (173-418). Of those attended in the office, the average proportion of patients scheduled was 29.5% (1-50%). The mean spontaneous demand was 69.4%.

CONCLUSION

The organization of the work processes allows the obtaining of information that bases reflections and improvements in the parameters of service for primary care. Finally, knowledge of the demand still allows for adjustments in continuing education, fundamental for maintaining technical quality and raising awareness about the themes of enhancement within the scope of the brazilian Unified Health System.

REFERENCES

BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus
REFERÊNCIA MORTALIDADE CARDIOVASCULAR
- CODEPLAN-DF 2015-2016 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PAPOA - PDAD 2015/2016.
- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL 2015, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

ECIM-MILÃO-2017 - **ATENDIMENTOS 2016** - NUMBERS FROM PRIMARY CARE: MEDICAL VISITS, DEMANDS AND CARDIOVASCULAR COMMORBIDITIES IN 2016-2017 - RESUMO

OBJECTIVES

Objetives were to understand the demand profile for medical service in primary care in order to optimize the organization of the offer of appointments in the agenda structure, scheduling of medical and team education, as well as strategic planning for attending to the most prevalent comorbidities and incidents in the area.

METHODOLOGY

Data was collected from February 2, 2016 to January 26, 2017, consisting of an exploratory descriptive observational study. Markers of interest inserted in medical records. The same system fed data for monthly productivity and monitoring charts of the parameters of interest, the main ones: attendance (concentration of consultations per patient in one year), comorbidities attended (prevalence of comorbidities approach in consultation), number of weekly visits and overview of monthly visits (proportion of scheduled appointments, spontaneous demand, Cases from students, Health Folders).

RESULTS AND DISCUSSION

4058 visits were performed in 390 5-hour periods (318 in the office), with a mean of 11.7 patient-period. 320 patients were seen outside the unit during the dengue treatment campaign, and were not counted during office hours.

Most patients had 1 consultation (54%), followed by 2 (17%), 3 (11%) and 4 or more consultations (18%). The main chronic comorbidities were hypertension (35%) and diabetes (17%), and the main acute condition was infection of upper areas (16%). The mean weekly care was 69.6 (18-121). The average monthly attendance was 324

(173-418). Of those attended in the office, the average proportion of patients scheduled was 29.5% (1-50%). The mean spontaneous demand was 69.4%.

CONCLUSION

The organization of the work processes allows the obtaining of information that bases reflections and improvements in the parameters of service for primary care. Finally, knowledge of the demand still allows for adjustment in continuing education, fundamental for maintaining technical quality and raising awareness about the themes of enhancement within the scope of the brazilian Unified Health System.

ECIM-MILÃO-2017 - **GERIATRICS BZD** - GERIATRICS AND BENZODIAZEPINES IN A PRIMARY CARE FACILITY IN A LOW INCOME AREA IN BRAZIL - PLANNING NEXT APPROACHES FOR MENTAL CARE - RESUMO

Objectives

This study has as its main objective to determine the profile of care provided to the elderly by a Primary Care Center located at Itapoã, a borough that has one of the highest proportion of poverty in the city of Brasília, Brazil. It is focused on the determination of benzodiazepine use by the elderly population assisted and the coverage of medical care provided.

Methods

It consists of an exploratory descriptive observational study with data collected from medical records from 02-Feb-16 to 09-Sep-16.

Results

Out of a total of 2373 medical consultations performed in the period, 161 were for 67 patients over 60 years of age, with a mean age of 66.7 years. Of these, 40 were female (59%) and 27 male (41%). The mean number of comorbidities in this population was 3.4, and the mean number of medications prescribed was 2.8. The elderly were 6.3% of patients attended (67 out of 1051 medical records), with 6.7% of consultations (161 of 2373). Six patients were taking benzodiazepines (diazepam: 3, clonazepam: 2, unspecified: 1), 4 of which were used continuously.

Conclusion

It was observed that the proportion of patients over 60 years old is compatible with the proportion of the elderly in the area. Because it is a population with a higher concentration

of comorbidities, the attendance needs are different from those of the population in general. Therefore, the issues of access and reception are very relevant in this population

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **HEALTH FOLDERS** - HEALTH FOLDERS PROJECT – OFFERING PATIENTS MORE KNOWLEDGE AND AUTONOMY ABOUT HEALTH CARE - POSTER



HEALTH FOLDERS PROJECT – OFFERING PATIENTS MORE KNOWLEDGE AND AUTONOMY ABOUT HEALTH CARE

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.[1], Lucas B. Shiratori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Hummel[2], Caio O. Rocha[2], Petra A. T. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wertley de O. Matos Melo[1]

INTRODUCTION

Health services in primary vary in a wide range of complexity. Offering patients theoretical and practical knowledge on their diseases foster self-care and allows better outcomes. Longitudinal care and care coordination are important essential features for chronic diseases such as hypertension and diabetes, aiming at reducing their burden in mortality and morbidity.

We initiated the project of elaborating folders for each patient containing medical reports and prescriptions, assuring that each patient always had their own basic health information with them.

The health folders project was conducted in the scenario of the strengthening of the Primary care in the Federal District, called Planification, which focused mainly in Hypertension and Diabetes but also Dyslipidemia and Tobacco addiction, not only for primary care but also for emergency rooms and focused specialties ambulatories.

OBJECTIVES

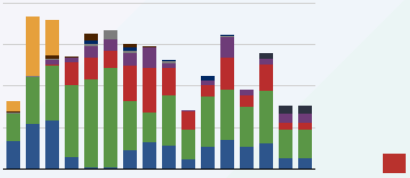
Main objective was fostering patient self-knowledge and autonomy, compiling updated reports, diagnostics and medicines in use - making approaches for focal specialities easier.

METHODS

On April 2016 we started systematized elaborations of follow-up reports and simplified prescription to patients with higher cardiovascular risk. Continuous updating is based on the first page of the digital archive of each patient, where the comorbidities and medicines in use are organized into topics.

RESULTS

B)



CONCLUSION

Health Folders were made according to specific needs, making acceptance and impact analysis difficult by the lack of a specific marker. After the first months of the project there was a greater regularity with constant reinforcements in patient education and self care.

REFERENCES

BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.
BRASIL 2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus
REFERÊNCIA MORTALIDADE CARDIOVASCULAR
GDF 2016 BRASÍLIA SAUDAVEL, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.
CODEPLAN DF 2015 2016 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - ITAPOÃ - PDAD 2015/2016.
- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico VIGITEL 2015. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

ECIM-MILÃO-2017 - **HEALTH FOLDERS** - HEALTH FOLDERS PROJECT – OFFERING PATIENTS MORE KNOWLEDGE AND AUTONOMY ABOUT HEALTH CARE - RESUMO

OBJECTIVES

Main objective was fostering patient self-knowledge and autonomy, compiling updated reports, diagnostics and medicines in use - making approaches for focal specialities easier.

METHODS

On April 2016 we started systematized elaborations of follow-up reports and simplified prescription to patients with higher cardiovascular risk. Continuous updating is based on the first page of the digital archive of each patient, where the comorbidities and medicines in use are organized into topics.

RESULTS

From Apr/16 to Feb/17 there were 718 medical evaluations to elaboration Health Folders, divided as follows: Apr/16 - 4; Mai/16 - 67; Jun/16 - 65; Jul/16 - 52; Aug/16 - 108; Sep/16 - 135; Oct/16 - 84; Nov/16 - 58; Dec/16 - 36; Jan/17 - 96; Feb/17 (through 9/feb) - 13; Average 60.9/month.

In addition to these evaluations, others folders were created during medical evaluation with different demands. These are diluted in 4058 consultations from Feb/16 to Feb/17, with accurate numbers retrieval hampered by the absence of specific marker. There was a growth in the production of the folders after initiation of planning projects in the regional, focusing on patients with increased cardiovascular risk (diabetics, hypertensive, dyslipidemic and smokers).

CONCLUSION

Health Folders were made according to specific needs, making acceptance and impact analysis difficult by the lack of a specific marker. After the first months of the project there was a greater regularity with constant reinforcements in patient education and self care.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **PRÉ-ESTRUTURADAS** - COMMUNITY-BASED APPROACHES FOR IMPROVING HYPERTENSION AND DIABETES CARE: SYSTEMATIZATION OF PARAMETERS FOR COMMUNITY HEALTH AGENTS DOMICILIARY VISITS - POSTER



COMMUNITY-BASED APPROACHES FOR IMPROVING HYPERTENSION AND DIABETES CARE: SYSTEMATIZATION OF PARAMETERS FOR COMMUNITY HEALTH AGENTS DOMICILIARY VISITS

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.[1], Lucas B. Shiratori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Hummel[2], Caio O. Rocha[2], Petra A. T. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wertley de O. Matos Me d[1]

INTRODUCTION

Community Health Agents (CHA) have a prominent role in integrating primary health care services with the community contributing to the improvement of the quality of life through the promotion and health surveillance. Hypertension and diabetes mellitus are chronic diseases highly prevalent with high social cost and great impact on the morbidity and mortality of the Brazilian and world population. Systematization of parameters on these diseases helps in the identification of situations of greater vulnerability.

OBJECTIVES

The primary objective of pre-structured visits was to increase safety of the patient, ensuring that key points were evaluated. Secondarily, the objective was to increase the efficiency of visits recognizing areas of vulnerability and creating instruments that facilitated this evaluation, as standardized tables.

METHODS

The visits were previously planned according to the demand brought by the CHA during the team meetings and during the individual case discussions. Then main parameters for systematized visits were established. The CHA also had the freedom to complement the visit according to the particularities of each case. Revisions about the most frequent illnesses and warning signs are topics usually addressed. This is called continuing education.

RESULTS

The parameters selected to compose the pre-structured visit were: name, address, date of last prescription, medicine error, reading risk (total or functional illiteracy), rubbish risk (rubble or residues peri-domicile), risk drugs (psychoactive substance abuse), risk psychiatry (emotional distress or disorder identified and pre-treatment), vaccine (vaccine schedule), queues (referrals and pending tests). With strategy of continuing education it noticed an increase in interest, motivation and above all the capacity of the CHA and other team members in identify alarm signals, risk factors and situations of vulnerability during the visits. The results evidences how the systematization of parameters could help in the care of hypertensive and diabetic patients, mainly those who present with complications, in that they facilitate the identification of alarm signals.

PATIENTS	ADDRESS	DATE OF VISIT	DATE PRESCRIP.	ERROR MED.	RISK READING	RISK TRASH	RISK DRUGS	RISK PSYCHIAT.	VACCINE	QUEUE
PATIENT 1										
PATIENT 2										
...										

CONCLUSION

Integration of team tasks is important for the quality of the continued care. Pre-structured visits increase patient safety according as try to ensure that key points will be assessed and t situations of risk and vulnerability will be recognized. The strategy of continuing education allows the CHA to acquire knowledge progressively, to be better able to identify situations of risk and to become active characters in the production of evaluation tools used in home visits. In the future, we intend to evaluate in numbers the impact of pre-structuring and continuing education, especially about these diseases.

REFERENCES

- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde . Cunha CLF & Gama MCA. Publicado em Malagutti W. Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.
- Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72

ECIM-MILÃO-2017 - **PRÉ-ESTRUTURADAS** - COMMUNITY-BASED APPROACHES FOR IMPROVING HYPERTENSION AND DIABETES CARE: SYSTEMATIZATION OF PARAMETERS FOR COMMUNITY HEALTH AGENTS DOMICILIARY VISITS - RESUMO

OBJECTIVES

The primary objective of pre-structured visits was to increase safety of the patient, ensuring that key points were evaluated.

Secondarily, the objective was to increase the efficiency of visits recognizing areas of vulnerability and creating instruments that facilitated this evaluation, as standardized tables.

METHODS

The visits were previously planned according to the demand brought by the ACS during the team meetings, NASF meetings and during the individual case discussions. Then main parameters for systematized visits were established.

The ACS also had the freedom to complement the visit according to the particularities of each case. Classes for the staff are held biweekly at the Health Unit. Revisions about the most frequent illnesses and warning signs are topics usually addressed. This is called continuing education.

RESULTS

The parameters selected to compose the pre-structured visit were: name, address, date of last prescription, medicine error, reading risk (total or functional illiteracy), rubbish risk (rubble or residues peri-domicile), risk drugs (psychoactive substance abuse), risk psychiatry (emotional distress or disorder identified and pre-treatment), vaccine (vaccine schedule and vitamin A supplementation), queues (referrals and pending tests).

With strategy of continuing education it noticed an increase in interest, motivation and above all the capacity of the ACS and other team members in identify alarm signals, risk factors and situations of vulnerability during the visits.

After class, the ACS identified a case of neonatal jaundice during the visit and guided the family and staff about the need for evaluation in the Unit.

CONCLUSION

Integration of team tasks is important for the quality of the continued care. Pre-structured visits increase patient safety according as try to ensure that key points will be assessed and t situations of risk and vulnerability will be recognized.

(The strategy of continuing education allows the ACS to acquire knowledge progressively, to be better able to identify situations of risk and to become active characters in the production of evaluation tools used in home visits.)

In the future, we intend to evaluate in numbers the impact of pre-structuring and continuing education.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **RCV** - NUMBERS FROM PRIMARY CARE - IMPROVING KNOWLEDGE FOR HYPERTENSION AND DIABETES AT A VULNERABLE REGION IN DISTRITO FEDERAL - BRAZIL - POSTER



NUMBERS FROM PRIMARY CARE - IMPROVING KNOWLEDGE FOR HYPERTENSION AND DIABETES AT A VULNERABLE REGION IN DISTRITO FEDERAL - BRAZIL.

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.[1], Lucas B. Shiratori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Hummel[2], Caio O. Rocha[2],
Petra A. T. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wertley de O. Matos Melo[1]

INTRODUCTION

Hypertension (SAH) and diabetes (DM) constitute some of the main target diseases in primary care, as they increase the risk of cardiovascular events and mortality in the population, especially over 40 years.
In the Federal District, there was a previous difficulty in maintaining adequate follow-up of all the population known to have SAH or DM, in addition to screening for new cases. Among the challenges, we highlight the turnover of the medical team and areas uncovered of Community Health Agent.

In order to plan the next approaches in the area, it was considered necessary to know how many people with SAH and DM are expected to be found in that population, how many are currently diagnosed and under treatment, and what the demand for consultations in a year would be.

OBJECTIVES

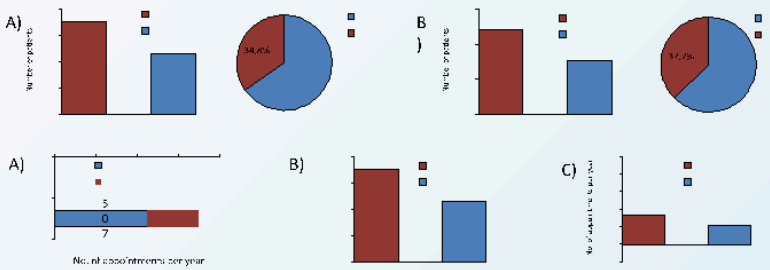
The primary objective was to better understand the health demands for SAH and DM in Primary Care Assistance

METHODS

Official data from the Federal District for the region, such as the percentage of inhabitants >18 years old (62%), were used to estimate the adult population assisted by the team, based on the number of medical records (n = 2800). Official sources were also used to estimate how many DM (7%) and SAH (20.4%) patients are in the territory in relation to the population estimate >18 years. The estimation of the risk stratification also followed official data: DM - low: 20%, medium: 50%, high and very high: 30%; SAH - low: 40%, moderate: 35%, high and very high: 25%.

The estimated numbers were compared to the numbers of patients already under follow-up, which were recorded in a unified table containing a combination of the list of patients seen in the office and the discriminated list of SAH-DM by micro-area covered by Community Health Agent.

RESULTS



CONCLUSION

Knowing the current state of follow-up of patients is fundamental for: planning the actions of screening for SAH and DM, estimating the number of appointments necessary to address new cases and organizing the agenda to carry out appropriate follow-up of cases with prior diagnosis.

REFERENCES

- GLSSO, Gustavo D. [illegible], LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Familia e Comunidade - Seção XV - Problemas Cardiovasculares - Hipertensão Arterial Sistêmica.
- GLSSO, Gustavo D. [illegible], LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Familia e Comunidade - Seção XVII - Problemas Metabolicos - Diabetes tipo 1 e 2.
GDF 2016 - BRASÍLIA SAUDAVEL, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.
CODEPLAN DF 2015 2016 PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - ITAPOÃ - PDAD 2015/2016.
- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL 2015. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

ECIM-MILÃO-2017 - **RCV** - NUMBERS FROM PRIMARY CARE - IMPROVING KNOWLEDGE FOR HYPERTENSION AND DIABETES AT A VULNERABLE REGION IN DISTRITO FEDERAL - BRAZIL - RESUMO

Objectives

Know the health demands for SAH and DM.

It was also possible to know the number of patients currently being followed for hypertension and DM and those who should be found in the area, besides estimating the number of patients without diagnosis and treatment and the number of consultations necessary for complete coverage.

Methods

Official data from the region were used to estimate the adult population assisted by the team based on the number of medical records (n = 2800). Estimates of DM and SAH patients in the area were made using the percentage of planning for DM (7%) and SAH (20.4%) over the estimated adult population. Estimation of the risk stratification also followed the planning percentage.

Results

Patients adults were estimated in 1737, with potential 121 diabetics and 354 hypertensive patients. In current follow-up are: 76 diabetics (62.8% of the estimated); 231 hypertensive (65.2% of the estimated).

Risk stratification: HAS 142 low risk, 124 moderate and 88 high and very high; DM 24 low risk, 61 medium and 36 high and very high.

Need for anual consultations: HAS totaling 556; DM totaling 218.

Conclusion

Considering the impact on morbidity and mortality and costs of cardiovascular diseases, public health measures with a positive effect on health indicators are extremely relevant. It is fundamental to know patients' data for the planning of actions of screening of SAH and DM and adequate follow-up.

Planning is configured as a tool for better follow-up of patients with increased cardiovascular risk.

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES ECIM-MILÃO-2017 - **RECEITA SIMPLES** - IMPROVING CARE AND PATIENT SECURITY: CURRENT STATUS OF THE SIMPLIFIED VISUAL MODEL PROPOSAL FOR MEDICAL PRESCRIPTION ON 2017-MAY - POSTER

16th European Congress of Internal Medicine
Thinking outside the box in a world of limited resources
University of Milan MILAN 31 August 2 September 2017
EFIM

IMPROVING CARE AND PATIENT SECURITY: CURRENT STATUS OF THE SIMPLIFIED VISUAL MODEL PROPOSAL FOR MEDICAL PRESCRIPTIONS ON 2017-MAY

SES-DF UnB

Estêvão Cubas R.[1], Lucas B. Shiratori[2], Arthur H. C. dos Santos[2], Bruna B. Hummel[2], Caio O. Rocha[2], Petra A. T. Araújo[2], Rafaela D. Garcia[2], Vanessa C. P. M. Resende[2], Wertley de O. Matos Melo[2]

1 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES DF), Brasília, Brazil;
2 Faculdade de Medicina, University of Brasília (UnB), Brasília, Brazil.

INTRODUCTION

The population living in Itapoã is characterized by a high degree of lack of adequate structural conditions, presenting several needs, due to factors such as financial difficulty and low level of schooling.

These factors contribute to the presence of several patients affected by one or more chronic diseases, in polypharmacy, with poor adherence to treatment and, consequently, with low degree of control of their diseases.

Among the most frequent chronic comorbidities, there are hypertension (SAH), diabetes (DM) and mental health. Such diseases are especially prevalent in the elderly, which is associated with the concern of the risk of reading difficulties in this locality - data indicate that 47.58% of those over 25 years of age have incomplete elementary education.

Considering the difficulty in reading and understanding the therapy of an important part of the enrolled population, especially in the elderly, it was proposed a simplification of the income given to patients, in an attempt to improve adherence to treatment and its outcomes. This project, which started in February 2016, presented a simple visual prescription.

OBJECTIVES

This study aims to increase patient safety in the use of medications, reducing the risk of drug error in illiterate patients and those with low visual acuity and facilitating supervised administration of medications for patients with and without caregivers.

METHODS

Since April of 2016, we started a systematization of simplified prescription preparation for patients at risk of drug error and with greater demands for different morbidities.

The first prescriptions were prepared for patients who presented a need for visual simplification of the dosage of prescribed medications. Over the months, tables were organized with a model to be adapted for the prescription of each patient.

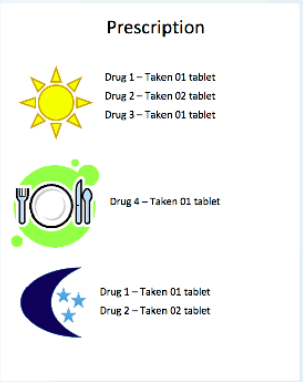


Figure 1. Example of a prescription, organized according to the main meals of each day (breakfast, lunch and dinner). In the prescription is provided for the patient are also placed the photos of the drugs.

RESULTS

The process of realization took place over several months, with progressive adjustments of the number of rows and columns of the table, besides the size of the source. Initially, the medications were grouped by periods of the day (morning, afternoon and night), explaining the dosage and range of hours. In May 2016, a systematic process of inclusion of scanned images in the prescriptions was started. In addition, the medication administration schedule was organized according to the main meals of each day (breakfast, lunch and dinner).

CONCLUSION

The importance of simplifying prescribing information is extremely relevant, considering the reality of illiteracy in the elderly, which has a higher prevalence of chronic comorbidities and a greater risk of polypharmacy. The simple recipe follows the line of instrumentalization of the patient in their self-care, with potential for validation of the instrument and attempt of application in other scenarios.

REFERENCES

1. Gusso, G., & Lopes, J. M. C. (2012). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.
2. BRASIL. 2013. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.
3. BRASIL. 2013. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus
4. Gautério-Abreu, I.2016). Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(2), 335-342.
5. CODEPLAN-DF. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Itapoã - PDAD 2015/2016
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2010

ECIM-MILÃO-2017 - **RECEITA SIMPLES** - IMPROVING CARE AND PATIENT SECURITY: CURRENT STATUS OF THE SIMPLIFIED VISUAL MODEL PROPOSAL FOR MEDICAL PRESCRIPTION ON 2017-MAY - RESUMO

Objectives

To increase patient safety in the use of medications, in addition to focused attention on SAH and DM, reduction of risk of drug error in illiterate patients and with low visual acuity, facilitation of supervised administration of medications for patients with and without caregivers.

Methods

From April 2016 began the systematization of simplified prescription preparation for patients at risk of drug error and with greater demands for different morbidities.
The first prescriptions were prepared for patients who presented a need for visual simplification of the dosage of prescribed medications.
Over the months, tables were organized with a model to be adapted for the prescription of each patient.

Results

The process of realization took place over months, with progressive adjustments of the number of rows and columns of the table, besides the size of the source. Initially, the medications were grouped by periods of the day (morning, afternoon and night), explaining the dosage and range of hours. In May 2016, a systematic process of inclusion of scanned images in the prescriptions was started. In addition, the medication administration schedule was organized according to the meals (breakfast, lunch and dinner).

Conclusion

The importance of simplifying prescribing information is extremely relevant, considering the reality of illiteracy in the elderly, which has a higher prevalence of chronic comorbidities and a greater risk of polypharmacy.

The simple recipe follows the line of instrumentalization of the patient in their self-care, with potential for validation of the instrument and attempt of application in other scenarios.

Abstract

The population of Itapoã has a high degree of lack, due to factors such as financial difficulty and low level of schooling. It was proposed to simplify the prescription given to patients, to improve adherence to treatment, reduce the risk of drug error in illiterate patients and with low visual acuity and facilitate the supervised administration of medications for patients with and without caregivers. Beginning in April 2016 the systematization of simplified prescriptions for patients at risk of drug error was started. The first prescriptions were prepared for patients who presented a need for visual simplification of the dosage of prescribed medications. Tables with a model to be adapted were organized. The process of realization took place over months, with progressive adjustments of the number of rows and columns of the table and size of the source. Initially, the medications were grouped by periods of the day (morning, afternoon and night), explaining the dosage and range of hours. In May 2016, a systematic process of inclusion of scanned images in the prescriptions was started. In addition, the medication administration schedule was organized according to the meals (breakfast, lunch and dinner). The importance of simplifying prescribing information is extremely relevant, considering the reality of illiteracy in the elderly, which has a higher prevalence of chronic comorbidities and a greater risk of polypharmacy. The simple recipe follows the line of

instrumentalization of the patient in their self-care, with potential for validation of the instrument and attempt of application in other scenario.

(MOSTRA SUS EXPERIÊNCIA INOVADORAS DF 2017)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(CONGRESSO SBMFC 2017)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

(LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO – OPAS 2017)

- (SIGLA)
- CONGRESSO: (NOME CONGRESSO)
- CIDADE-ESTADO-PAÍS: X – X – X
- DATA: X A X
- AUTORES: X
- VÍNCULOS: X
- APRESENTADORES: X
- TRABALHOS ACEITOS (APELIDO - TÍTULO - CATEGORIA):
  - **X** - X - X
  - **X** - X - X
  -

ESCOLA DE PACIENTES: MANUAL PUBLICAÇÕES

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(TEXTO)

RESUMOS NÃO ACEITOS

(CONGRESSO)-(CIDADE)-(ANO) – **(ANO)** – (TÍTULO) – (TIPO)

(PAINEL)

(PEDIATRIA 2019 – RESUMO 1)

(PEDIATRIA 2019 – RESUMO 2)