

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ENDY PUFF MENDES DO VALLE

**SISTEMATIZAÇÃO DE REGISTROS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE AO
NÍVEL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NA ATENÇÃO BÁSICA/ESF**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

ENDY PUFF MENDES DO VALLE

Sistematização de registros de situação de saúde ao nível de Agentes Comunitários de Saúde para acompanhamento de pacientes da comunidade na Atenção Básica/ESF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Raquel Conceição Ferreira

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

ENDY PUFF MENDES DO VALLE

Sistematização de registros de situação de saúde ao nível de Agentes Comunitários de Saúde para acompanhamento de pacientes da comunidade na Atenção Básica/ESF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Raquel Conceição Ferreira

Banca Examinadora

Prof^a. Raquel Conceição Ferreira - Orientador

Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 30/08/2014

“Embora as equipes de Saúde da Família gastem significativo percentual do seu tempo produzindo dados e alimentando sistemas de informação, a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, infelizmente, ainda não foram incorporados como atividade sistemática e cotidiana. Uma das dificuldades é porque os entendemos como algo que deve acontecer após a definição das intervenções, para ver os resultados”.

FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS

RESUMO

Este trabalho aborda a reorganização dos processos de trabalho através da vigilância à saúde, reestruturando o processo de coleta de informações em saúde pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Promissão – Lagoa Santa/MG. A proposta foi elaborada a partir da observação da falta de sistemas de registros padronizados, para acompanhamento da situação de saúde dos pacientes da comunidade, em nível da Atenção Básica/ESF e foi priorizada devido aos vários questionamentos feitos pela equipe. Esse problema tem gerado divergências na coleta de informações, dúvidas sobre sua veracidade, dados soltos, dúvida na eleição das informações a serem coletadas para cada grupo de pacientes. Essas situações levam a um prejuízo na qualidade da atenção a grupos específicos, com foco curativo e pouco preventivo. Afinal, como realizar ações de promoção, proteção e manutenção à saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação se há um desconhecimento dos problemas reais dessa comunidade? Ou seja, como fazer Vigilância à Saúde? O planejamento das ações de cuidado integral, no âmbito individual e coletivo, requer o conhecimento da realidade. Para isso, torna-se necessário selecionar as informações úteis a serem coletadas, bem como sistematizar o método de coleta, permitindo a construção de informações válidas para o planejamento de ações de saúde.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária. Vigilância Epidemiológica. Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção à Saúde. Sistemas de Informação.

ABSTRACT

This paper deals with the reorganization of work processes through health surveillance, restructuring the process of collecting information on the health of the Family Health Strategy Promissão Team Community Health Agents (ACS) - Lagoa Santa / MG. The proposal was drawn from the observation of the lack of standardized record systems to monitor the health status of patients in the community at the level of Primary Care / ESF and was prioritized due to several inquiries by staff. This problem has generated differences in data collection, doubts about its veracity, loose data, doubt the election of the information to be collected for each group of patients. These situations lead to impaired quality of care to specific groups, with little preventive and curative focus. After all, how to perform the promotion, protection and maintenance of health, diagnosis, treatment and rehabilitation if there is an ignorance of the real problems of this community? le how Health Surveillance? The planning of comprehensive care, both individually and collectively, requires knowledge of reality. For this, it is necessary to select useful information to collect and systematize data collection method, allowing to build valid for the planning of health information.

Keyword: SurveillanceHealthEpidemiological Surveillance. Systematization. AgentCommunityHealthFamily HealthProgram.Health CareData. Information.

SUMÁRIO

1 Introdução	08
1.1 Diagnóstico Situacional	10
1.2 Justificativa	18
2 Objetivos	21
3 Métodos	22
4 Resultados	23
5 Conclusão	41
6 Referências	42

1 INTRODUÇÃO

Conhecer a dinâmica e as vulnerabilidades da população/comunidade é fundamental para planejar, direcionar e organizar as ações de saúde. Planejar é “pensar no amanhã”, e peças-chaves para o planejamento ter sucesso são o diagnóstico administrativo e epidemiológico ou situacional. Essas ferramentas dão subsídios para desenvolver os planos de ações a serem adotados dentro das realidades encontradas (BRASIL, 2012).

O diagnóstico deve ter o propósito de crescimento do setor, referindo-se ao conhecimento do funcionamento do sistema, dos seus recursos existentes, da situação demográfica e de saúde da população. O diagnóstico é orientado por dados empíricos e de produtividade, estes, através de indicadores, taxas, etc. (CAMPOS, 2010).

A Vigilância Epidemiológica e Vigilância à Saúde estão neste campo de atuação. “Ao longo da década de 90 até a atualidade, muitas foram as produções científicas acerca da Vigilância à Saúde que, progressivamente, amplia e redefine o objeto da Vigilância Epidemiológica, chegando-se à conformação de um novo modelo de atenção à saúde, lastreado na concepção social da saúde-doença”. (FARIA e BERTOLOZZI, 2010)

A vigilância à saúde, considerada como modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde, de populações que vivem num mesmo território, sob a ótica da integralidade do cuidado, operando com base em sistemas geográficos de informação, a partir da microlocalização de problemas e visa o planejamento local em saúde. (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2014; FARIA e BERTOLOZZI, 2010)

Esse modelo apresenta como principais marcas: a intervenção sobre problemas de saúde nas várias fases do processo saúde-doença; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial e as ações sobre o território (FARIA E BERTOLOZZI, 2010).

Os dados mais utilizados pela equipe para gerar informações, como parte da vigilância à saúde, são aqueles coletados nas visitas domiciliares pelas ACS e os fornecidos pelos usuários durante atendimentos na unidade. Através destes dados, realiza-se o preenchimento dos dados do consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), seguida da análise destes em reunião de equipe. Tais dados e informações são utilizadas mensalmente, para que haja o planejamento das ações de saúde.

Através dessa análise, são apontados problemas que necessitam de intervenções, individual ou coletiva. Às vezes, atinge-se elevados graus de satisfação na resolução, em outras situações é necessário retomar a causa e recomeçar as ações para solução. De qualquer forma, sempre se colhe e somam dados, criando informações, levantando problemas, planejando soluções e avaliando resultados. Este planejamento está continuamente presente no cotidiano laboral e é fundamental para melhoria da prestação de serviços. Ou seja, dentre os planos de ação, definição de objetivos, finalidades, é importante lembrar e priorizar o que será feito para atingir aquilo que determinou e condicionou o problema (FARIA, 2012).

Analisar os dados coletados pela equipe, transformando-os em informações é um complexo e fundamental para o serviço de Saúde da Família. Se as informações não são analisadas e contextualizadas, não é possível perceber problemas e planejar ações, muito menos mudar a realidade. Sem informação não há prevenção e promoção da saúde. Para a obtenção de informações significativas são necessários dados válidos, reais e precisos da situação de saúde da comunidade atendida.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, de março de 2006, a análise da situação de saúde da população vinculada à Unidade de Saúde da Família (USF), permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, e o conhecimento essencial para planejar e executar ações de proteção, promoção, recuperação da saúde, e prevenção contra riscos e agravos. A identificação dessa situação de saúde da população adscrita é uma das tarefas fundamentais para a reorganização do processo de trabalho.

A necessidade de reorganização dos processos de trabalho dos serviços de saúde, visando responder às demandas da população, tem impulsionado amplo debate sobre a Vigilância à Saúde, de forma tal que muitas são as interpretações subjacentes ao termo. De qualquer forma, todas carregam, na prática, um eixo comum: estruturado na epidemiologia e na informação em saúde, orientadores para a integralidade do cuidado (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2014; FARIA e BERTOLOZZI, 2010)

Reconhecendo que o ACS é um personagem-chave na coleta e consolidação desses dados, que o presente estudo visa melhorar a qualidade da coleta desses dados, propondo uma sistematização da coleta de dados dos grupos prioritários de saúde, a fim de garantir a integralidade das ações de saúde, visando a prevenção, promoção, e recuperação de saúde da comunidade adscrita, e manutenção dos bancos de dados do SIAB de forma correta e atualizada (BRASIL, 2011; LIMA et.al, 2012).

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1.1.1 O município de Lagoa Santa

O município de Lagoa Santa está integrado à Região Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Saúde de Vespasiano. Dista 38 quilômetros de Belo Horizonte, capital do estado e 12 quilômetros de Vespasiano, sede da microrregião de saúde. Possui 230 quilômetros quadrados de área, é sede do Aeroporto Internacional Tancredo Neves, do Parque do Material Aeronáutico, da reserva ecológica Parque do Sumidouro, da Gruta da Lapinha e sua Lagoa Central e seus entornos possui singular beleza. O município tem uma população de 52.526 habitantes, segundo Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentando uma média de 228,37 habitantes/Km² e média de 2,55 habitantes por domicílio, em cerca de 20.500 residências (IBGE, 2010).

1.1.2 Rede de atenção em saúde de Lagoa Santa

Atualmente, a rede de atenção à saúde conta com 17 (dezessete) Equipes de Saúde da Família, além de três Unidades de Apoio, atingindo 100% de cobertura. São 13.301 famílias assistidas pela ESF, de acordo com dados do SIAB/MS, em julho de 2013. O município conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por: psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, profissional da educação física e nutricionista. A Atenção em Saúde Bucal atualmente, conta com 10 (dez) equipes de saúde alcançando 60% de cobertura da população na Estratégia de Saúde da Família. O Município conta com três unidades de Saúde Mental, dentre elas o Centro de Atenção Psicossocial de categoria 1 (CAPS1), Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Além disso, o município desenvolve os seguintes programas de promoção da saúde:

- Projeto Chegar Bem: consiste em um transporte por ônibus, gratuito, ao usuário que precisa deslocar-se para outro município para realização de procedimentos de saúde.
- Academia Livre: um programa de prática regular de atividade física orientada por

profissionais e educadores físicos, em equipamentos fixos e móveis em academias ao ar livre, espalhadas pela cidade.

- Mãe Santa: preconiza o aumento da assistência ao pré-natal e puerpério.
- Sorria Lagoa: um programa que propõe higiene bucal nas escolas e educação em saúde bucal para as crianças.
- Educar e Cuidar: Visa transformar as escolas do município em espaços de promoção da saúde.
- Programa de tabagismo: Desenvolvimento de grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental nas policlínicas para aqueles que querem parar de fumar.
- Programa Respira Lagoa: para atendimento de crianças de 0 a 12 anos, com o objetivo de diminuir as idas aos serviços de urgências, das internações e da mortalidade causada pela asma.
- Programa Lagoa Santa Mais Saudável: consiste num plano de enfrentamento à obesidade, ao sedentarismo, estresse e outras causas.

O Pronto Atendimento Municipal (PAM) é uma unidade de atendimento de Urgência e Emergência 24 horas, voltada para o atendimento de casos graves e situações de urgência, que impliquem em risco iminente de morte para o usuário.

1.1.3 A Unidade de Saúde da Família Promissão

- Nome: Cuidar Promissão - Unidade de Saúde no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Usuários: Atende exclusivamente pacientes do SUS.
- Área de cobertura: bairros Brant, Sobradinho e Promissão.
- População: aproximadamente, 3.200 pessoas.
- Tipo: Consiste de uma Unidade Básica de Saúde Pública.

1.1.3.1 Serviços oferecidos na Unidade de Saúde da Família Promissão

Acolhimento com classificação de risco, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, puericultura, pré-natal, saúde da mulher – prevenção do câncer de colo do útero, planejamento familiar, visitas domiciliares, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, programa DST/AIDS, realização de

curativos, aplicação de medicamentos, informação e educação em saúde, atividade física orientada pelo projeto Academia Livre, atendimento odontológico, solicitação de exames, encaminhamentos às especialidades e ao PAM. A unidade não possui leitos, existe 01(uma) maca que pode eventualmente ser usada para administrar medicações e observação de até 08 horas/dia.

1.1.3.2 Agenda semanal

Não há uma agenda semanal totalmente funcional, devido ao grande número de reuniões na Secretaria Municipal de Saúde, que apesar de serem programadas, interferem no agendamento de programas fixos. Há agendamentos de algumas atividades, já integrantes da rede de atenção básica, como por exemplo pré-natal, puericultura, saúde do idoso, dentre outros, agendados em dias da semana previamente definidos. Além da agenda, a enfermeira deve organizar-se para a realização das atividades gerenciais da unidade. De segunda a sexta-feira pela manhã acontece atendimento de livre demanda pelo médico, com classificação de risco, segundo o Protocolo de Manchester realizado pela enfermeira. No período da tarde, acontece em dias definidos, programa de Pré-natal e puerpério, puericultura, hiperdia e saúde da mulher.

1.1.3.3 Fluxo do atendimento

Na visão da equipe, o fluxo da unidade é satisfatório e eficaz, pois consiste no atendimento do usuário pela recepção, que por sua vez o encaminha para o acolhimento de enfermagem, onde é feito o direcionamento de acordo com suas necessidades e segundo prioridade clínica, senão por ordem de atendimento. Esta organização, por priorização, garante acesso a todos os usuários. O fluxo de pessoas que circula pelo local, diariamente, é composto pelos funcionários (13 pessoas), somados à população da área de abrangência.

1.1.3.4 Trabalhadores de saúde

Os trabalhadores são:

01 Enfermeira → Administra, gerencia a UBS, supervisiona a equipe, realiza acolhimento com classificação de risco, realiza consultas de enfermagem na UBS e no domicílio, executa ações de assistência em todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso), educação em saúde, curativos, acolhimento, administração de medicamentos, executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária, realiza grupos operativos, dentre outros.

01 Médico → Responsável pelo atendimento médico na UBS e no domicílio, executa ações de assistência em todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso), educação em saúde, encaminha aos serviços de maior complexidade quando necessário, indica internação hospitalar. Solicita exames complementares, verifica e atesta óbito.

01 Auxiliar de Enfermagem → realiza acolhimento, curativos, administração de medicamentos e outras técnicas, visitas domiciliares, zela pela limpeza e ordem do material e equipamentos, educação em saúde, realizar busca ativa de casos como tuberculose e hanseníase, dentre outros.

06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) → Responsável pelo mapeamento da sua área, pelo cadastramento das famílias residentes na área de abrangência da UBS, busca ativa de indivíduos e famílias em situação de risco, identifica área de risco, realiza visitas domiciliares, orientações das famílias para utilização correta dos serviços de saúde, educação em saúde, pesagem de crianças, agendamento de carros e exames, acompanhamento quando necessário, dentre outros.

02 Auxiliares de serviços gerais → Realiza a limpeza e organização da UBS.

Equipe Saúde Bucal → É composta por 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de saúde bucal. Realiza cuidado preventivo e de tratamento em saúde bucal da população adstrita.

02 Vigias -Responsáveis pela segurança e guarda dos equipamentos da unidade no período noturno.

- Carga horária: Todos os funcionários têm carga horária de 08horas/dia, salvo as auxiliares de serviços gerais, que trabalham 06horas/dia.

- A Enfermeira e a auxiliar de Enfermagem estão devidamente cadastradas no COREN-MG; o cirurgião-dentista e a auxiliar de saúde bucal e o médico.

- Processos de trabalho: as ações em saúde são originadas a partir do trabalho das ACS, e as prioridades determinadas após avaliação pela equipe. Cada ACS é responsável por uma micro-área. A cada membro da equipe é designada uma parte do trabalho, que é realizada de forma complementar, concluindo em uma assistência integrada e de qualidade à população local. A assistência de enfermagem é humanizada e estruturada de acordo com as necessidades da comunidade.

O trabalho é realizado em equipe e de forma integrada e saudável entre os trabalhadores, dentro do possível. Busca-se a convivência harmoniosa, pois o trabalho é muito pesado e de grande responsabilidade, muitas vezes causando exaustão. A coordenação da Unidade estimula a cooperação entre a equipe de saúde, visando a melhora do processo de trabalho e resolutividade na atenção aos usuários.

A equipe é funcional e trabalha na maior parte com o modelo de liderança democrática onde as diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo, estimulado e assistido pela enfermeira coordenadora; essa por sua vez orienta, treina, acompanha e avalia a equipe de acordo com o seu desempenho mensal. Consta também de uma avaliação documentada, realizada por meio de conceitos padrão da prefeitura, preenchida a cada seis meses, para avaliação de desempenho.

1.1.3.5 A área de abrangência/comunidade

A área de abrangência localiza-se na zona urbana, somando, aproximadamente, 3.200 pessoas e 1.100 famílias. A população residente possui nível de alfabetização alto, alta taxa de emprego e com ocupação bastante diversificada. Uma boa parcela da população trabalha em Belo Horizonte. O crescimento demográfico é estável, funcionando de forma positiva o planejamento familiar. Normalmente, os óbitos se

dão por doenças crônico-degenerativas. Como doenças cardiovasculares, e também nota-se um aumento considerável por Câncer.

Dentro da área de abrangência estão o Pronto Atendimento Municipal PAM e a Santa Casa de Lagoa Santa. A região possui comércio ativo, duas escolas, sendo uma municipal (Escola Municipal Professora Claudomira) e a outra estadual (Escola Estadual Padre Menezes). Há também escolas infantis particulares e igrejas evangélicas. Toda a área é coberta por energia elétrica, a população faz uso de água filtrada ou mineral. Toda a população da área de abrangência possui abastecimento de água fluoretada por rede pública. O sistema de descarte das fezes e urina se dá em esgoto ou fossa.

1.1.3.6 Planejamento em saúde pela equipe

A unidade de Saúde da Família Promissão tem uma equipe formada, em sua maioria, por novos funcionários que realiza a coleta de dados para elaboração do diagnóstico administrativo e situacional. À medida os dados vão sendo coletados e analisados, informações que emergem deles podem orientar o planejamento das ações em saúde. Porém, interligar as fases de coleta, análise de dados e planejamento em saúde não é tarefa fácil. Fazer dessa informação um diferencial no planejamento de saúde é um ponto a ser trabalhado, pois ainda encontram-se barreiras.

Para a realização de um processo de trabalho em saúde adequado, é necessário consolidar e analisar dados considerados estratégicos para conhecimento da realidade da população adscrita. No Planejamento Estratégico Situacional da Unidade de Saúde da Família Promissão (diagnóstico situacional), buscou-se por meio de vários registros do Ministério da Saúde, como CENSO, bancos do DATASUS, SINAN, SISVAN, HIPERDIA, SISPRÉ-NATAL, SIAB, dentre outros, obter o formulário ideal para a coleta dos dados fundamentais, um formulário que abrangesse a maior quantidade e qualidade de dados, e foi observado um atraso no preenchimento dos formulários, muitos dados faltosos, e que nenhum formulário englobava a somatória da maioria dos dados necessários para realização do diagnóstico atualizado da UBS. Dessa análise, foi percebida a necessidade de

revisão da coleta de dados sobre a população e de seus problemas. Percebeu-se que os problemas de saúde da comunidade não estão sendo acompanhados, que as ações em saúde tem sido, na sua maioria, curativas. Uma possível explicação para tanto é o pouco conhecimento das necessidades e determinantes da saúde-doença na população da área de abrangência. Percebeu-se também que este problema é causa e efeito de vários outros problemas, como:

- Falta de conhecimento da situação de saúde atual/mensal da comunidade;
- Difícil acompanhamento da evolução de cada usuário;
- Registros dos sistemas de informação do MS desatualizados e de difícil atualização;
- Falta de sistemas de registros de situação de saúde para acompanhamento de usuários da comunidade em nível da Atenção Básica/ESF.

Portanto, concluiu-se que faltam registros padronizados de vigilância à saúde dessas famílias e suas vulnerabilidades no nível da atenção básica, principalmente por parte dos ACS. A sistematização da coleta das informações permitirá a geração de informações mais confiáveis e seu uso no planejamento de atenção e assistência em saúde dos usuários. A sistematização da assistência trata-se de uma forma organizada de cuidar do paciente, seguindo passos previamente estabelecidos e orientado por instrumento de coleta de dados. Fornece a estrutura para a tomada de decisão na assistência ao usuário, tornando-a mais científica e menos intuitiva. Permite a busca direcionada para a manutenção, restauração ou promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Em decorrência dessa variedade de acepções e de práticas, desenvolveu-se este estudo para ampliação da Vigilância à Saúde da USF Promissão, cuja parcela aqui apresentada representa a elaboração do projeto de sistematização da vigilância à saúde realizada através da coleta de dados pelas ACS da Unidade de Saúde da Família Promissão.

1.2 Justificativa

Existem muitos sistemas de informação do Ministério da Saúde utilizados como instrumentos para coleta de dados epidemiológicos na Atenção Básica, dentre eles os principais: Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRÉ-NATAL), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas(MDDA). Porém, a maioria deles não contempla o acompanhamento da situação de saúde das áreas estratégicas da Atenção Primária, como a saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, controle da hipertensão e diabetes, dentre outros. Além disso, surge outro questionamento: *através de qual registro inicial iremos realizar a manutenção desses registros do MS? Qual será a fonte de dados primária?*

Percebeu-se que quem colhe essas informações são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém, sem uma padronização e sistematização desse processo, com cada profissional coletando e registrando as informações que considerava importantes. Com isso percebe-se dois problemas: falta de um instrumento válido para a coleta de dados e calibração das ACS. Para o preenchimento da produção mensal do SIAB, não há um padrão a seguir, nem ao certo de onde tirar as informações, uma vez que os dados estavam dispersos em vários cadernos, e registros variando de família a família. Com isso, muitas vezes faltavam dados fundamentais de acompanhamento nos registros do SIAB. Uma parte dos problemas diagnosticados pode ser explicada pela falta de formação acadêmica em saúde das ACS, dificultando a identificação, por elas, de que informações são importantes serem abordadas nas visitas domiciliares para o acompanhamento em saúde. Transformar esses dados em informações para realizar ações de saúde na atenção primária é muito complicado se não há uma sistematização desses registros em nível primário pelas ACS, ou seja, padronizar a coleta dos dados, definir o que é importante e essencial, servindo, no entanto como orientador do processo de trabalho de cada uma delas. Além disso, a atualização desses registros do MS não

acontece pela UBS, mas sim através da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa, o que deixa mais desatualizado ainda os registros do MS.

Mas e o PSF? Como fica a assistência do PSF? Como saber, por exemplo, se A Dona X, que é hipertensa, está aferindo sua pressão arterial periodicamente? Qual grau de hipertensão? Qual foi sua última consulta? É fumante? Faz atividade física? Outro ponto, foi que as próprias ACS consideraram os sistemas de registros do MS de difícil preenchimento. Então, uma solução seria a elaboração de uma nova forma que fosse possível a sistematização desses registros e que fosse de fácil preenchimento para as ACS, uma vez que isso é fundamental para a veracidade desses registros. Além disso, teria que ser de fácil análise para que as informações fossem levantadas com agilidade. E devem contemplar o máximo de informações fundamentais.

Dessa forma teríamos como atualizar corretamente o SIAB, o SISVAN, o HIPERDIA, e os demais necessários ao preenchimento, que são atualmente os principais sistemas alimentados no município. Com isso, um novo diagnóstico poderia ser realizado, mas de situação de saúde com especificidades, contemplando os problemas mais comuns na comunidade, permitindo o planejamento de ações de saúde que realmente atinjamos verdadeiros problemas do território. Ou seja, realizar Vigilância à Saúde.

Considerando as potencialidades da Vigilância à Saúde e a Sistematização das Informações, para contribuir para a redefinição das práticas de saúde, com a reorganização do processo de trabalho, propôs este estudo, que aqui é apresentado como intervenção, a criação de instrumentos de coleta de dados padronizados e sistematizados para as ACS em uso diário através de suas visitas domiciliares. Não se pode deixar de mencionar aqui que qualquer sistematização implementada visa também à manutenção correta e atualizada do SIAB, visto que é um programa de sistematização de dados proposto pelo Ministério da Saúde para retratar a realidade da área adscrita das Unidades de Saúde da Família (USF), uma vez que a Equipe de Vigilância Epidemiológica do município tem o dever de manter a atualização destes dados mensalmente na base de dados do SIAB, para inclusive a título de repasse de verbas do fundo nacional para o fundo municipal de saúde.

2 OBJETIVOS

- Sistematizar a coleta de dados de situação de saúde pelas Agentes Comunitários de Saúde para acompanhamento de pacientes da comunidade na Atenção Básica/PSF;
- Aumentar o conhecimento da situação de saúde atual/mensal da comunidade;
- Melhorar o acompanhamento da evolução de cada usuário;
- Facilitar os registros dos sistemas do MS, atualizando-os mensalmente;
- Facilitar a elaboração de ações de enfrentamento às vulnerabilidades dos usuários.

3 MÉTODOS

Durante o diagnóstico situacional foram detectados problemas relativos a coleta e registro de informações das ACS. Foi feita uma esitmativa participativa rápida com informantes chave (no caso ACS) para detectar a origem dos problemas relativos a coleta e registro dos dados da população adscrita pelas ACS.

Através deste diagnóstico foram identificados vários nós-críticos. Porém, foi observado que todos os problemas tinham origem na falta de conhecimento acerca da população adstrita. Em reunião de equipe, questões foram levantadas, como:

Como vamos saber se há risco cardiovascular aumentado, se nem sabemos ao certo quantos hipertensos e diabéticos, por exemplo, temos no território?

Opções de identificação desses dados, como por exemplo, pelo Sistema de Atenção Básica (SIAB), foram lembrados, porém, outra questão nos norteou:

Mas somos nós que fornecemos os dados para a alimentação desses sistemas, e se não temos esses dados atualizados, esses sistemas estão totalmente desatualizados. Como fazer para atualizar esses dados?

Apesar do tempo excessivo gasto com produção dos dados, como obter informações sem a coleta desses dados?

E essa coleta, está sendo bem realizada? Há dados verdadeiros ou hipotéticos? Faz parte do conhecimento do território a parte de coleta de dados. Mas como seria então a coleta destes?

A pesquisa bibliográfica foi realizada em livros e materiais produzidos pelo Ministério da Saúde do Brasil e em consulta nas bases de dados SciELO, Lilacs e Bireme, sobre o assunto, a partir dos seguintes descritores: Sistematização. Agente Comunitário de Saúde. Programa Saúde da Família. Atenção à Saúde. Dados. Informação.

4 RESULTADOS

4.1 REVISÃO DA LITERATURA

4.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

Sendo consolidado através da Constituição Federal, o SUS teve o firme propósito de alterar a situação de desigualdade na atenção à saúde no Brasil, adotando um novo conceito de saúde. O princípio da universalidade garante o acesso a atenção à saúde, público e gratuita, sem distinção de classe social ou raça, a todos os cidadãos. Assumi o conceito de saúde de forma ampliada, que passa a ser vista não mais como simples ausência de doença, mas sim de melhores padrões de qualidade de vida. Preconiza-se a assistência integral em substituição à assistência biomédica fragmentada e valorizam-se ações baseadas em preceitos humanísticos e holísticos na atenção à saúde (BRASIL, MS, 2001; KEBIAN e ACIOLI, 2014)

“Atenção básica é um nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (STARFIELD, 2004).

Com vista a alcançar este modelo, o SUS implementou como programa a Estratégia Saúde da Família (ESF). Muito mais do que uma nova estrutura, trata-se de uma reforma nos modos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários. (BRASIL, 2006; STARFIELD, 2004).

Implantada em 1994, a ESF, traz consigo a intenção de promover a reordenação do modelo assistencial praticado até o momento, desgastado pela insatisfação da população, ineficiência do setor e incapacidade de atender os princípios do SUS. Não se tratava de um programa ou campanha de saúde e, sim, de uma nova estratégia para mudar o modelo assistencial (BRASIL, 1998; (COSTA E CARBONE, 2004).

A ESF possui como princípios de reorganização da atenção básica a adscrição da clientela, a qual se refere ao vínculo permanente estabelecido entre a população e

as equipes de saúde; a territorialização, que implica na relação precisa entre território e população; o diagnóstico da situação de saúde da população, realizado a partir da análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos; e o planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde coerentes com as necessidades da população (BRASIL, 2011; COSTA E CARBONE, 2004).

A análise da situação de saúde das áreas de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família permite a identificação de problemas, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de promoção, proteção, prevenção e recuperação de saúde (VILASBÔAS, A.L.Q; TEIXEIRA, S.F., 2014).

De acordo com a Portaria 648, de 2006 a ESF deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;

e

V - ser um espaço de construção de cidadania”.

Dentre as atividades realizadas pela equipe de saúde da família, a visita domiciliar destaca-se por ser desenvolvida no território de atuação. É um instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. (KEBIAN e ACIOLI, 2014)

A visita domiciliar realizada através da ESF é uma das principais atividades que permite aos ACS conhecerem o contexto social e identificarem as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe, permitindo uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença. Sendo vista como estratégia para redução das práticas hospitalocêntricas e estratificadas, essa atividade tem sido identificada como uma das mais delicadas e complexas da proposta saúde da

família. Com isso, a visita domiciliar representa um grande desafio aos profissionais de saúde, no que tange a integralidade da assistência e a satisfação de usuários e gestores de saúde (KEBIAN e ACIOLI, 20146N).

A visita domiciliar deve ser realizada de forma sistematizada pelas equipes de saúde da família. Para isso, são traçadas formas de planejar, executar, registrar e avaliar a ação. (KEBIAN e ACIOLI, 2014).

4.1.2 Vigilância à Saúde

A Vigilância à Saúde é proposta como instrumento para a transformação dos determinantes de saúde e doença. Esta tem como pilares o conceito de território, de intersetorialidade, pela intervenção sobre problemas, pela participação da população e pela promoção da saúde e processo de trabalho em saúde. Em tal vertente, a Vigilância à Saúde opera com base em sistemas geográficos de informação, a partir da microlocalização de problemas e visa o planejamento local em saúde. Deve ter como principais marcas: a intervenção sobre problemas de saúde nas várias fases do processo saúde-doença, que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial e as ações sobre o território (FARIA E BERTOLOZZI, 2010).

Nas últimas décadas, tornou-se fundamental cuidar da vida de modo a diminuir as vulnerabilidades dos indivíduos ao adoecer e para adoecer. A promoção de saúde tem relação estreita com a vigilância de saúde, visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem saúde-doença, reduzindo a vulnerabilidade, os riscos e os danos que eles produzem (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2014).

A construção de uma rede de vigilância, requer a participação da comunidade e equipe da ESF; isso permite a identificação de nós críticos, maior eficácia e transparência aos programas epidemiológicos no Sistema Único de Saúde. Para tanto, considera-se essencial disponibilizar amplamente as informações e utilizar o instrumental apropriado nos microambientes sociais (FARIA E BERTOLOZZI, 2010).

Verifica-se que a Vigilância Ampliada em Saúde incorpora outras dimensões para além das doenças transmissíveis, incluindo as enfermidades crônico-degenerativas e outros agravos. Integra, ainda, ações relacionadas ao seguimento dos usuários, incluindo a infra-estrutura necessária, como a sistematização de informações, e debates sobre os casos, ampliando para além de foco em resultados, orientando-se para a continuidade das ações, e para o monitoramento da situação de saúde dos usuários que procuram o serviço de saúde (FARIA E BERTOLOZZI, 2010).

Os dados sobre saúde apoiam o planejamento em saúde, a operacionalização do acolhimento e a construção de alternativas para a melhoria da situação de saúde de forma partilhada com os usuários, operando com a seleção de indicadores de saúde, que auxiliem o monitoramento da saúde/doença dos usuários e o estabelecimento de metas (FARIA E BERTOLOZZI, 2010).

Assim, a vigilância à saúde concretiza-se por meio de projetos de trabalho, que integram trabalhadores que atuam em equipe, a partir de informações que evidenciam os riscos e os problemas da região, através da transformação dos processos de trabalho em saúde, a partir da inserção de novos instrumentos de trabalho, da articulação entre os diferentes trabalhadores para realizar o monitoramento em situações específicas de saúde (FARIA E BERTOLOZZI, 2010).

4.1.3 Processos de trabalho em saúde

Pensar em estratégias, mudanças no modo de trabalho, no trabalho em saúde, é pensar na transformação intencional da natureza, pelo homem, para a satisfação de necessidades. Nesse processo, o homem e a natureza mutuamente se transformam, sendo assim constituído e constituinte de uma conjuntura sócio-histórica (MISHIMA et al., 2003; MENDES-GONÇALVES, 1982).

Os elementos do processo de trabalho dizem respeito ao que se toma por objeto de trabalho. Pode-se tomar o corpo biológico, a família, o homem em sua condição de existência, entre outros. No processo de trabalho podemos também identificar os instrumentos. Aqui estão os saberes e os materiais necessários à produção. Para desenvolver a ESF, são necessários outros saberes e novos instrumentos:

considerando as famílias em suas condições concretas de vida. Os processos de trabalho respondem a finalidades. (FRANCO e MERHY, 2003).

4.1.4 ACS e Processo de trabalho em saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é de fundamental importância na ESF, ator ativo na relação entre a comunidade e a USF. Os ACS são fundamentais para o estabelecimento de vínculo entre os moradores e a unidade, participam de todas as atividades realizadas, são responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento das famílias (Brasil, 2006).

No entanto, dispor de agentes comunitários em uma unidade ou o fato de implantar uma equipe de saúde da família não significa mudança de modelo assistencial, sendo necessário trazer para discussão o compromisso com a mudança (BRASIL, 2011).

O processo de trabalho dos ACS deve ser organizado dentro de uma base territorial. O propósito fundamental deste processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados na base territorial de atuação, refletindo diretamente na definição de ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programações locais. Isso implica um processo de coleta e de sistematização de dados, que posteriormente devem ser analisados, atualizados e monitorados periodicamente pela equipe (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2014).

O monitoramento pode ser entendido como o contínuo acompanhamento das atividades, de forma a avaliar se as mesmas estão sendo desenvolvidas de acordo com o planejado. Sendo assim, avaliar, analisar, os indicadores coletados nas visitas domiciliares, permite detectar alterações que significam mudanças nas condições de saúde da comunidade, a identificação de suas causas e caracterização de seus efeitos. A equipe, de posse das informações de saúde, têm condições de adotar de forma ágil, medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões. (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2014).

4.1.5 ACS e a coleta de dados na visita domiciliar

O dia a dia do Agente Comunitário de Saúde é permeado por atividades variadas, que vão desde a assistência direta a indivíduos e famílias, apoio educativo e tarefas de cunho burocrático, como o cadastramento familiar. Para isso, o ACS realiza o preenchimento de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde e visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco a família (LIMA et.al, 2012).

O momento da visita domiciliar é o ideal para o acompanhamento das famílias, através da coleta de dados. A coleta de dados é uma das etapas do diagnóstico da comunidade, assim como a análise e interpretação destes, identificação dos problemas, necessidades, recursos e grupos de risco. Com base nestas informações deve ser realizado o planejamento e a programação das ações prioritizadas (BRASIL, 2006; LIMA et.al, 2012).

“A estrutura do Programa de Saúde da Família (PSF) permite a equipe identificar as famílias a serem atendidas, os principais problemas de saúde que acometem a população, os determinantes sociais que geram tais problemas e como a população percebe e enfrenta os problemas referidos. Assim, registrar corretamente os dados, garantindo sua fidedignidade, é uma grande contribuição do ACS no processo de diagnóstico das necessidades de saúde da população” (LIMA et.al, 2012)

4.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional realizado da USF Promissão, foi levantada uma série de problemas no mesmo, tanto internos quanto externos diretamente à população envolvida. De posse dos problemas, estabeleceu-se a prioridade de cada um deles, através de critérios: principais problemas, urgência no enfrentamento do problema, a capacidade da equipe de enfrentamento a este, e por fim, a seleção da prioridade.

Após essa etapa, foi identificado um problema a ser priorizado e trabalhado inicialmente, sendo: falta de sistemas de registros de coleta de dados para acompanhamento de pacientes da comunidade em nível da Atenção Básica/PSF pelas ACS.

Dessa forma, é apresentado aqui, o projeto de proposta de intervenção, através de um plano de ação.

4.2.1 Plano de ação

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os "nós críticos") do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano

4.2.1.1 Desenho das operações:

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Mistura de profissionais: recém-contratados e antigos	Vamos juntos	Possibilitar o intercâmbio de informações sobre a área de abrangência entre novos e antigos funcionários.	Rodas de conversa; Ajuda profissional dos funcionários antigos aos novatos.	<i>Organizacional</i> - disponibilizar registros anteriores. <i>Cognitivo</i> - disponibilizar conhecimento adquirido acerca dos registros antigos
Desmotivação das ACS com o serviço	Valendo fazer	Motivar as ACS a realizar suas funções com prazer	Reconhecer a importância de realizar bem o que se faz; Coleta de dados de qualidade; Oficinas de bem-estar	<i>Político</i> - articular os trabalhos das ACS. <i>Organizacional</i> - para realizar as oficinas de bem-estar
Rotatividade de coordenação	Um projeto diferente	Realizar o projeto de forma que conserve a continuidade do mesmo independente da coordenação que estiver.	Pactuação de reuniões de planejamento.	<i>Organizacional</i> - para organizar as reuniões. <i>Políticos</i> - para permitir a pactuação das reuniões futuras.
Nível de conhecimento das ACS sobre o que é importante saber	Aprendendo sempre	Equipe mais informada, com um nível de conhecimento maior sobre os principais conceitos de problemas de saúde atuais.	Capacitação das ACS	<i>Organizacional</i> - Para organizar as capacitações. <i>Cognitivo</i> - Abordar os conceitos fundamentais referentes a um sistema de informação de saúde. <i>Material</i> - para instruir as capacitações. <i>Político</i> - Parceria com o setor educação.
Processo de trabalho da equipe inadequado para o enfrentamento do problema	Prática inovadora	Implantar o sistema de registros de acompanhamento da situação de saúde, (foco: alterações de saúde) da comunidade abrangente.	Protocolo de sistematização com os formulários de registro.	<i>Organizacional</i> - para reuniões de formulação do protocolo. Adequação dos formulários. <i>Cognitivo</i> - elaboração do projeto. <i>Político</i> - articulação entre equipe e comunidade.

4.2.1.2 Identificando os recursos críticos para o processo de transformação da realidade

Após a realização do levantamento dos nós críticos, descrevendo o desenho das operações dos nós críticos, identificamos também que o problema base, que consideramos tão importante para o início de uma transformação da realidade, apresentava alguns recursos críticos. Sendo:

Operação/projeto	Recursos críticos
Vamos juntos	Não há recurso crítico
Valendo fazer	Financeiro - para conseguir os materiais necessários para as oficinas de bem-estar
Um projeto diferente	Não há recurso crítico
Aprendendo sempre	Financeiro - para conseguir os materiais necessários para as capacitações (material didático) Político - articulação intersetorial e aprovação do projeto
Prática inovadora	Financeiro - para a concretização dos formulários (papel e xerox) Político - adesão dos profissionais e da comunidade

Com isso, vimos que apesar de ser o problema base, este não apresentava muitos recursos críticos, o que facilita o plano de ação.

4.2.1.3 Estratégias de viabilização de recursos críticos

Além de visualizar os recursos críticos, é necessário realizar o controle desses recursos críticos, quem é o ator que controla esse recurso, qual a motivação, envolvimento desse ator para esse recurso crítico e quais ações estratégicas para motivar esses atores envolvidos.

Operação/ projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Vamos juntos	Não há recurso crítico	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Valendo fazer	Financeiro - para conseguir os materiais necessários para as oficinas de bem-estar	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Um projeto diferente	Não há recurso crítico	////////////////////	////////////////////	////////////////////
Aprendendo sempre	Financeiro - para conseguir os materiais necessários para as capacitações (material didático) Político - articulação intersetorial e aprovação do projeto	Secretário de Saúde e Coordenação da Atenção Básica (financeiro) Secretaria de Saúde e de Educação (político)	Todos Favoráveis	Apresentar o projeto à Secretaria de Educação
Prática inovadora	Financeiro - para a concretização dos formulários (papel e xerox) Político - adesão dos profissionais e da comunidade	Coordenação da Atenção Básica (financeiro) Equipe como um todo (político)	Todos Favoráveis	Informar a importância do projeto à população envolvida

4.2.1.4 Plano Operativo

Para que o plano de ação dê certo, é fundamental definir os responsáveis pela realização de cada projeto, mesmo que outras pessoas estejam também envolvidas na realização desse projeto, e o prazo para cumprimento desse projeto e alcance dos produtos e resultados esperados.

Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações Estratégicas	Respon- sável	Prazo
Vamos juntos	Aumentar a dinamicidade entre os funcionários.	Rodas de conversa; Ajuda profissional dos funcionários antigos aos novatos.	////////////////////		01 semana para o início das atividades; Imediato
Valendo fazer	Motivar as ACS a realizar suas funções com prazer.	Reconhecer a importância de realizar bem o que se faz; Coleta de dados de qualidade; Oficinas de bem-estar	Apresentar o projeto		01 mês para reconhecimento; 01 mês para início da coleta de dados e conclusão até 03 meses; Início em 01 semana
Um projeto diferente	Realizar o projeto de forma que conserve a continuidade do mesmo independente da coordenação que estiver.	Pactuação de reuniões de planejamento.	////////////////////		Até 01 semana
Aprendendo sempre	Equipe mais informada, com um nível de conhecimento maior sobre os principais conceitos de problemas de saúde atuais.	Capacitação das ACS	Apresentar o projeto à Secretaria de Educação		Início em 02 meses
Prática inovadora	Implantar o sistema de registros de acompanhamento da situação de saúde, (foco: alterações de saúde) da comunidade abrangente.	Protocolo de sistematização com os formulários de registro.	Informar a importância do projeto à população envolvida		Início em 02 dias e conclusão em 01 mês.

4.2.1.5 Planilhas de coleta de dados para sistematização dos formulários de registro

ACAMADOS						
Nome	Endereço	Data de nascimento	Idade	CPF/RG	Doenças	Última visita domiciliar

CRIANÇAS OBESAS					
Nome	Endereço	Data de nascimento	Idade	Peso	Altura

ADOLESCENTES OBESOS					
Nome	Endereço	Data de nascimento	Idade	Peso	Altura

CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS							
Nome	Nome da mãe	Endereço	Data de nascimento	Idade	Peso	Altura	Vacinas
							VOP() VIP() FA() Meningo() Pneumo() Triviral() Hep.B() Penta() BCG() Tetra() Rota()

PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS						
Nome	Endereço	Data de nascimento	Idade	Ferida	Início	Última visita

GESTANTES							
Nome	Endereço	Nome da mãe	CPF/RG	Data de Nascimento	SIS PRÉ-NATAL	DUM	DPP
Encaminhamentos	Vacinas	Total geral de Consultas	Telefone	Última consulta	Puerpério	Observações	

PACIENTES HIPERTENSOS								
Nome	Data de nascimento	Idade	Endereço	CPF/RG	Grau	Toma as medicações?	Medicações	Quantidade/dia
Unidade de medida	Última PA	Peso (Kg)	Altura (cm)	Faz dieta?	Faz atividade física?	Fumante ?	Data da última consulta	

PACIENTES DIABÉTICOS								
Nome	Data de nascimento	Idade	Endereço	Identidade/CPF	Tipo	Toma as medicações?	Medicações	Quantidade/dia
Unidade de medida	Última Glicemia	Peso (Kg)	Altura (cm)	Faz dieta?	Faz atividade física?	Fumante ?	Data da última consulta	

HOMENS ACIMA DOS 40 ANOS						
Nome	Endereço	CPF/RG	Data de nascimento	Idade	Já fez PSA?	Último exame

Sistemas de registros:	Número	%	Número	%	Número	%
Crianças de 0 a 5 anos cadastradas						
Crianças de 0 a 5 anos em acompanhamento						
Crianças de 0 a 5 anos em acompanhamento do crescimento						
Crianças de 0 a 5 anos com baixo peso						
Crianças de 0 a 5 anos com sobrepeso						
Crianças de 0 a 5 anos com obesidade						
Crianças de 0 a 5 anos com vacinas em dia						
Gestantes cadastradas						
Gestantes cadastradas no SISPré-Natal						
Gestantes em acompanhamento de pré-natal						
Gestantes em consultas de pré-natal adequado para IG						
Gestantes com pré-natal no Cuidar						
Gestantes com pré-natal em outra instituição						
Gestantes com vacina em dia						
Idosos cadastrados						
Idosos acompanhados						
Idosos portadores de doenças						
Acamados cadastrados						
Acamados com doenças						

Acamados com pelo menos 01 visita domiciliar no último mês						
Mulheres de 25 a 59 anos cadastradas						
Mulheres de 25 a 59 anos acompanhadas						
Mulheres de 25 a 59 anos que usam algum método contraceptivo						
Mulheres de 25 a 59 anos que usam preservativo nas relações sexuais						
Mulheres de 25 a 59 anos com pelo menos 01 exame preventivo nos últimos 3 anos						
Homens acima dos 40 anos cadastrados						
Homens acima dos 40 anos acompanhados						
Homens acima dos 40 com pelo menos 1 exame de PSA						
Homens acima dos 40 com até um ano de realização do último PSA						
Diabéticos cadastrados						
Diabéticos acompanhados						
Diabéticos que fazem dieta						
Diabéticos que praticam atividade física						
Diabéticos que fazem uso de medicações						
Diabéticos que fazem uso correto das medicações						

Diabéticos que fizeram o teste de glicemia no último mês						
Diabéticos com nível de glicemia normal						
Hipertensos cadastrados						
Hipertensos acompanhados						
Hipertensos em grau I						
Hipertensos em grau II						
Hipertensos em grau III						
Hipertensos que fazem uso de medicações						
Hipertensos que estão com níveis pressóricos normais						
Hipertensos que fazem dieta						
Hipertensos obesos						
Hipertensos tabagistas						
Hipertensos que praticam atividade física						
Hipertensos com pelo menos uma consulta nos últimos 02 meses						

5 Conclusão

Através de várias etapas do diagnóstico situacional da USF Promissão, chegou-se a um problema que se considera como prioritário no momento atual. Vê-se que para realizar um processo de saúde bem feito, é preciso unir dados fundamentais para conhecer a realidade de perto. Vê-se que os problemas de saúde da comunidade não são acompanhados, não são realizadas ações preventivas, pois pouco se sabe dessa população alvo. Mas há um foco muito grande na atenção curativa. Chega-se à conclusão, que se falta registros de coleta de dados para acompanhamento dessas famílias e suas vulnerabilidades no nível da atenção básica. Contudo, é necessário sistematizar as informações a serem colhidas, para que se possa facilmente transformar esses dados em informações para o planejamento de ações de saúde. Percebemos que é unindo forças, identificando problemas, trabalhando em equipe é que conseguimos dar o primeiro passo para mudanças na situação de saúde de uma comunidade e organização do trabalho interno.

Realizar o trabalho identificando todas essas etapas facilitou muito o processo de trabalho em saúde da USF Promissão, permitindo melhor visualização e formas de enfrentamento do problema.

O caso estudado oferece indicações para enfrentarmos os desafios da implantação de unidades de saúde da família, para que operem um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários e que produzam assistência de qualidade. Devemos ampliar a visão do que é fazer saúde, indo além da estrutura da ESF, buscando alcançar a mudança do modelo assistencial proposto pelo SUS. Essa mudança demanda alterações dos processos de trabalho, de gestão e de formação. Sem os instrumentos utilizados e a finalidade do trabalho, nenhuma mudança efetiva se dará.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990. BRASIL.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica da Saúde.** 1.ed. 4.reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.488** de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Manual do PSF – www.portalsaudepsf.com.br [online] Acessado em 19/10/2012.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Francisco Carlos Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria, Max André dos Santos. – 2.ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p. : il., 22x27cm.

COSTA,E.M.A; CARBONE,M.H. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

FARIA, Horácio. Processo de trabalho em saúde/ Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. – 3.ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 71p.

FARIA, L.S BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. - 44.ed. vol.3. - São Paulo: Revista Escola de Enfermagem, 2010. p.789-95.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124

IESUS. As ações de vigilância epidemiológica e controle de agravos na perspectiva do SUS. 2.ed. Informe Epidemiológico do Sistema Único de Saúde. 1993. p.77-95.

KEBIAN,L.V.A.; ACIOLI,S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. 16.ed vol.1. jan-mar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014, p.161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. Acessado em 03/4/2014.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.137-56.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2004.

VILASBÔAS,A.L.Q; TEIXEIRA,S.F., Diretrizes para integração entre a atenção básica e a vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Documento Preliminar para revisão. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>.b Acessado em: 12/02/2014.