



MINISTÉRIO DA SAÚDE

## e-SUS Atenção Básica

# MANUAL DO SISTEMA COM COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA – CDS (versão 2.0)

**Versão Preliminar**  
**Atualizada em 04/08/2015**

**Brasília – DF**  
**2015**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Secretaria-Executiva

## **e-SUS Atenção Básica**

# **MANUAL DO SISTEMA COM COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA – CDS** (versão 2.0)

**Versão Preliminar**  
**Atualizada em 04/08/2015**

**Brasília – DF**  
**2015**



Tiragem: 1ª edição – 2015 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6,  
Edifício Premium, Bloco II, Subsolo  
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-8090 / 3315-8044  
Site: <www.saude.gov.br/dab>  
E-mail: dab@saude.gov.br

*Editor Geral*

Eduardo Alves Melo

*Coordenação Técnica Geral*

Allan Nuno Alves de Sousa  
Marcello Carrijo

*Editor Técnico*

Thaís Alessa Leite  
Vanessa Lora  
Virgínia Maria Dalfior Fava

*Revisão Técnica*

Adriana Kitajima  
Aliadne Castorina Soares de Sousa  
Daniel Miele Amado  
Edneusa Mendes Nascimento  
Rodrigo André Cuevas Gaete  
Thaís Alessa Leite  
Vanessa Lora

*Elaboração*

Adriana Kitajima  
Aliadne Castorina Soares de Sousa  
Cristiane Reis Soares Medeiros  
Daniel Miele Amado  
Edson Hilan Gomes de Lucena  
Fernando Henrique de Albuquerque Maia (SMS-Salvador)  
Ludmilla Monfort (SES-BA)  
Olivia Lucena de Medeiros  
Patrícia Sampaio Chueiri  
Paulo Tomaz Fleury Teixeira (IASIN)  
Rodrigo André Cuevas Gaete  
Sara Araújo da Silva  
Sílvia Reis  
Thaís Alessa Leite  
Tiago Pires de Campo  
Vanessa Lora  
Vinícius Lana Ferreira (Iasin)

*Colaboração*

Ana Luisa Souza de Paiva  
Ana Maria Spaniol  
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz  
Claudia Barros  
Dalila Tusset  
Daniela Corina Komives  
Debora Spalding Verdi  
Eduardo Alves Melo  
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti  
Fernanda Ferreira Marcolino  
Flávia Oliveira  
Flaviana Bezerra de Castro Alves  
Igor de Carvalho Gomes  
Isabel Emilia Prado da Silva  
José Eudes Barroso Vieira  
José Santos Souza Santana (Fesf-BA)  
Larissa Pimentel  
Marcelo Pedra Martins Machado  
Marina Manzano Capeloza Leite  
Mayara Kelly Pereira Ramos  
Pauline Cristine da Silva Cavalcanti  
Paulo Henrique Gomes da Silva  
Priscila Mara Anjos Nunes  
Rimena Glaucia Dias de Araujo  
Virgínia Maria Dalfior Fava

*Capa e Projeto Gráfico*

Alexandre Soares de Brito  
Diogo Ferreira Gonçalves

*Revisão e Diagramação*

Ana Claudia Cielo  
Andrea Corrêa de Oliveira  
Gabriely Buratto Farias  
Thaís Alessa Leite  
Vanessa Lora  
Virgínia Maria Dalfior Fava

*Revisão de português:*

Ana Paula Reis  
Laeticia Jensen Eble

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

171 p.

ISBN Versão Preliminar

Modo de acesso: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

1. Atenção à Saúde. 2. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 3. Coleta de Dados. 4. Promoção à Saúde. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDU 614

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AD – Atenção Domiciliar  
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial  
CadSUS – Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde  
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações  
CDS – Coleta de Dados Simplificada  
CnaR – Consultório na Rua  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS – Cartão Nacional de Saúde  
Cras – Centro de Referência de Assistência Social  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DUM – Data da Última Menstruação  
eCR – Equipe de Consultório na Rua  
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar  
EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
eSP – Equipe de Saúde no Sistema Prisional  
HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INE – Identificador Nacional de Equipes  
Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Matrícula Censo Escolar 1997/2013)  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
MS – Ministério da Saúde  
Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NIS – Número de Identificação Social  
Pasep – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público  
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PIS – Programa de Integração Social  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNIIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde  
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PNRA – Programa Nacional de Reforma Agrária  
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal  
PSE – Programa Saúde na Escola  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde  
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS  
Sisab – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 CADASTRO DA ATENÇÃO BÁSICA</b> .....	<b>12</b>
2.1 Cadastro Individual.....	12
2.2 Cadastro Domiciliar .....	31
<b>3 FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b> .....	<b>43</b>
<b>4 FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</b> .....	<b>58</b>
<b>5 FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b> .....	<b>68</b>
<b>6 FICHA DE PROCEDIMENTOS</b> .....	<b>77</b>
<b>7 FICHA DE VISITA DOMICILIAR</b> .....	<b>84</b>
<b>8 FORMULÁRIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b> .....	<b>91</b>
<b>9 ORIENTAÇÕES PARA USO DAS EQUIPES</b> .....	<b>93</b>
9.1 Orientações para uso do Nasf .....	93
9.2 Orientações para uso do Consultório na Rua.....	96
9.3 Orientações para uso da Equipe de Saúde Prisional .....	101
9.4 Orientações para uso na Atenção Domiciliar.....	104
9.5 Orientações para uso na Vigilância Alimentar e Nutricional .....	130
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>135</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>137</b>
Anexo A – Cadastro Individual .....	137
Anexo B – Cadastro Domiciliar.....	139
Anexo C – Ficha de Atendimento Individual .....	140
Anexo D – Ficha de Atendimento Domiciliar .....	142
Anexo E – Ficha de Atendimento Odontológico Individual .....	144
Anexo F – Ficha de Atividade Coletiva.....	146

Anexo G – Ficha de Procedimentos .....	148
Anexo H – Ficha de Visita Domiciliar.....	150
Anexo I – Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar .....	151
Anexo J – Tipos de Logradouro.....	152
Anexo K – Lista de Unidades da Federação .....	153
Anexo L – Lista de Povos e Comunidades Tradicionais.....	154
Anexo M – Critérios de Elegibilidade de Atenção Domiciliar .....	155
Anexo N – Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão.....	158
Anexo O – Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap).....	159

## APRESENTAÇÃO

O Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos.

As diretrizes orientadoras dessa reestruturação estão alinhadas com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),<sup>1</sup> Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB),<sup>2</sup> Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Programa Saúde na Escola (PSE),<sup>3</sup> Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC),<sup>4</sup> Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), Plano Estratégico de e-Saúde no Brasil e, ainda, com a integração aos sistemas de informação que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A essa reestruturação deu-se o nome de Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que conta com dois sistemas de *software* para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os quais alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), que substitui o Siab e atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da Atenção Básica (AB).

O ponto de partida dessa reestruturação é o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de todo profissional da AB. Outro ponto importante é a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), o que otimiza o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde.

Outro avanço do Sisab é contemplar o registro das informações produzidas por todas as equipes de Atenção Básica, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

---

<sup>1</sup> Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

<sup>2</sup> Disponível em: <[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)>.

<sup>3</sup> Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

<sup>4</sup> Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.

(Nasf), equipe de Consultório na Rua (CnaR), equipes de Atenção Domiciliar (AD), assim como as ações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), no Programa Academia da Saúde e desenvolvidas pelas equipes de Saúde no Sistema Prisional (eSP).

Todos os esforços de reestruturação do sistema só serão completos e efetivos com o envolvimento dos gestores, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores do SUS na implantação, utilização e aprimoramento contínuo do Sisab e da estratégia e-SUS AB.



# 1 INTRODUÇÃO

A Coleta de Dados Simplificada é um dos componentes da estratégia e-SUS AB, sendo utilizada principalmente nos serviços de saúde que não dispõem de sistema informatizado para utilização rotineira no trabalho.

O objetivo do sistema com CDS é ser um programa de digitação de fichas que contém dados coletados em cadastros, visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas nas UBS pelas equipes de AB. Esses dados digitados no sistema com CDS devem compor um arquivo que será extraído para transmissão à Base Federal e demais endereços via PEC.

A CDS é composta por sete fichas para o registro de informações (Figuras 1 e 2), divididas em quatro blocos. São elas: Cadastro Individual, Cadastro Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos e Ficha de Visita Domiciliar.

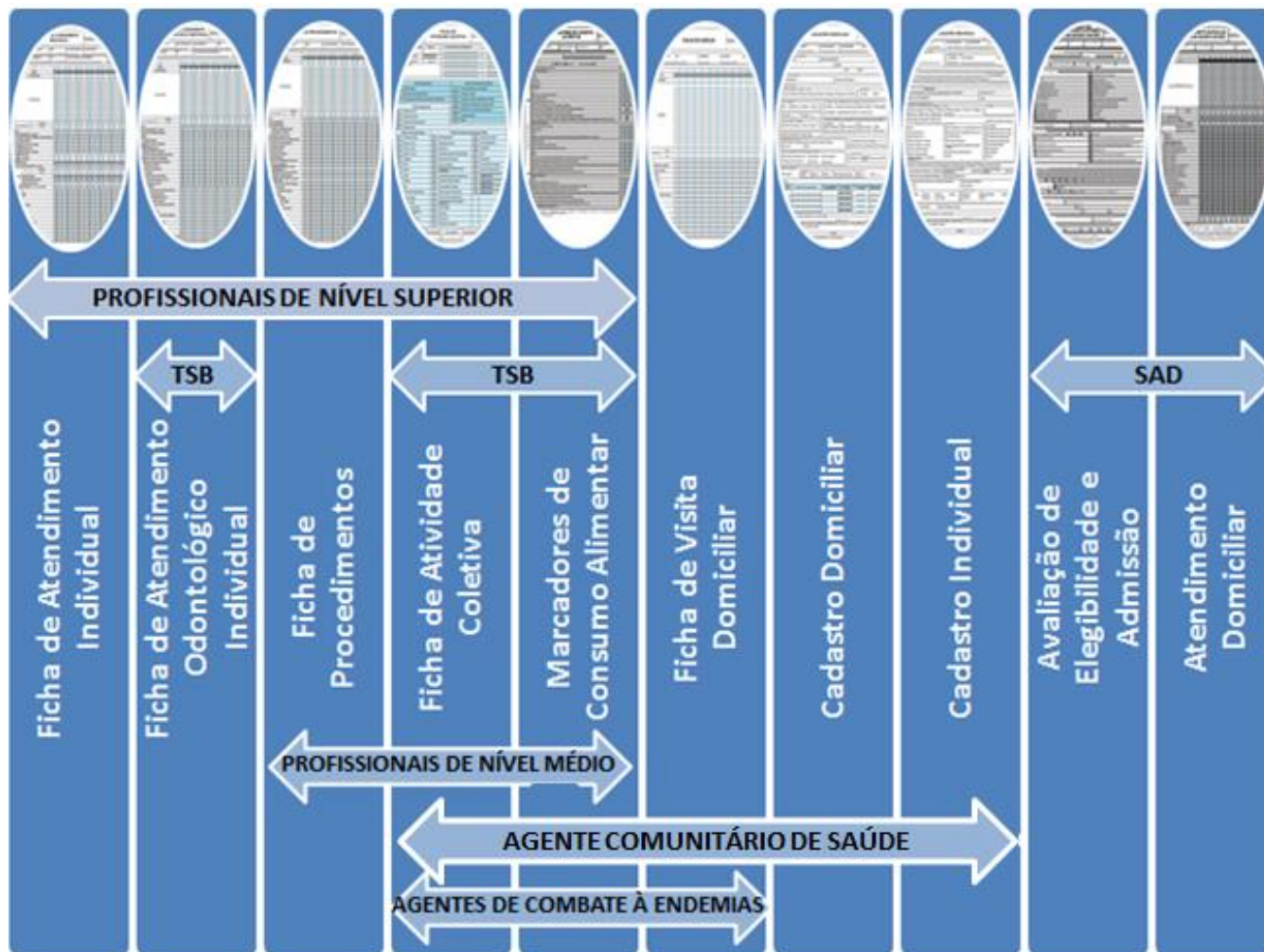
Figura 1 – Distribuição das fichas de CDS por tipo de equipe da Atenção Básica

TIPO DE EQUIPE	Cadastro Individual	Cadastro Domiciliar	Ficha de Atendimento Individual	Ficha de Atendimento Odontológico Individual	Ficha de Atividade Coletiva	Ficha de Procedimentos	Ficha de Visita Domiciliar	Marcadores de Consumo Alimentar	Avaliação de Elegibilidade e Admissão	Atendimento Domiciliar
ESF/eSB	X	X	X	X	X	X	X	X		
Nasf			X		X	X		X		
EACS	X	X	X	X	X		X	X		
EAB			X		X	X		X		
CnR	X	X	X	X	X	X		X		
PAS			X		X	X		X		
EMAD/EMAP					X			X	X	X

Fonte: DAB/SAS/MS.

A estratégia avança ao permitir a entrada dos dados orientada pelo curso natural do atendimento e não ser focada na situação-problema de saúde. A entrada de dados individualizados por cidadão abre caminho para a gestão do cuidado e aproximação destes dados ao processo de planejamento da equipe.

**Figura 2 – Distribuição das fichas de CDS por profissionais das equipes de Atenção Básica**



Fonte: DAB/SAS/MS.

Este manual foi elaborado para orientar os profissionais de saúde e gestores a utilizarem o sistema com Coleta de Dados Simplificada em relação ao preenchimento das fichas impressas e a sua digitação no sistema.

O processo de digitação deve ser definido no âmbito da gestão municipal, considerando os aspectos logísticos e os recursos humanos disponíveis a esse fim. Em especial, considerando os diferentes cenários de implantação, como visto no Manual de Implantação da Estratégia e-SUS AB, o fluxo deve estar adequado a cada realidade.

## **ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO CORRETO DAS FICHAS**

O profissional que realizou o cadastro ou o atendimento/procedimento é responsável pelas informações que fornece, não cabendo ao digitador, ou a qualquer outro profissional, a complementação ou o apontamento de campos que faltam, mesmo que conheçam a informação para complementar. Na ocasião de acontecimentos como este, sugere-se a devolução da ficha ao profissional que deu origem ao registro.

A seguir, serão apresentadas as fichas do sistema com Coleta de Dados Simplificada com a descrição dos campos disponíveis para o preenchimento das informações, os conceitos associados a cada um deles e as regras para o seu preenchimento e digitação no sistema. No processo de desenvolvimento do sistema, buscou-se maior correspondência visual possível entre a estrutura das fichas impressas e a estrutura do sistema eletrônico para a digitação das informações da ficha, tornando mais intuitivo esse fluxo de dados.

## **IMPORTANTE**

A Política de Versionamento apresentada ao longo do manual aplica-se ao e-SUS AB como um todo, sem considerar o *software* PEC ou CED em específico. No entanto, é importante ressaltar que o fluxo de atualização dos sistemas de *software* é diferente do fluxo de atualização das fichas usadas para a coleta simplificada.

**Nota:** as fichas do CDS podem passar por alterações/melhorias anuais ou bianuais, conforme a necessidade apontada pelos municípios e as pactuações prévias que serão propostas para discussão tripartite. Por isso, é importante que os gestores e coordenadores de Atenção Básica estejam atentos à previsão de alteração de fichas para o planejamento da produção gráfica destas.

## 2 CADASTRO DA ATENÇÃO BÁSICA

**Objetivo das fichas:** o cadastro da AB é uma extensão do Cadastro Nacional do SUS (CadSUS), complementando as suas informações com o objetivo de apoiar as equipes de Atenção Básica no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita<sup>5</sup> ao território sob sua responsabilidade.

**Profissionais que utilizam estas fichas:** o cadastramento e a sua atualização periódica são atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para outras equipes de AB, este fluxo será definido em cada localidade.

O cadastro da AB está organizado em duas dimensões – individual e domiciliar –, conforme detalhado nas seções a seguir.

### NOVOS CONCEITOS!

A separação desses dois cadastros possibilita o registro de domicílios que estejam vazios ou abandonados, além de permitir a inserção de novos núcleos familiares sem que a equipe tenha que refazer o cadastro domiciliar.

### 2.1 Cadastro Individual

**Objetivo da ficha:** a Ficha de Cadastro Individual é utilizada para registrar as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. Tem como objetivo captar informações sobre os usuários que se encontram adscritos no território dessas equipes. É composta por duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** o cadastramento e sua atualização periódica são atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para outras equipes de AB, este fluxo será definido em cada localidade.

---

<sup>5</sup> Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), “adscrição de usuários” é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

## IMPORTANTE

Toda vez que o ACS realizar cadastro individual, ele deverá preencher esta atividade também na Ficha de Visita Domiciliar, assinalando o campo “Cadastramento/Atualização”. Deverá ser utilizado o CNS do indivíduo cadastrado.

**Modo de preenchimento da ficha:** a seguir, serão apresentados os campos da Ficha de Cadastro Individual e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

## NOVA FUNCIONALIDADE

A partir da versão 2.0, é possível realizar a edição e correção de campos digitados incorretamente no sistema e também a atualização de informações, como dados referentes à identificação do cidadão, escolaridade, entre outros.

A funcionalidade de atualização do cadastro individual facilita a digitação e contribui para o melhor registro de dinamicidade do território.

## Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento, assim como de todas as fichas de coleta de dados, tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho no nível local. Esse bloco será preenchido pelo digitador.

Figura 3 – Bloco de cabeçalho do cadastro

	<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

Fonte: DAB/SAS/MS.





anteriormente, o responsável deve, preferencialmente, ser morador do domicílio e integrante da unidade familiar, com idade superior a 16 anos.

## **NOME SOCIAL**

Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, datada de 2011, no inciso I do artigo 4º, é garantida a “identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir, em todo o documento do usuário e usuária, um campo para se registrar o nome social, independentemente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo se identificado por número, nome ou código da doença, ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas”.

Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008) acerca da inclusão das orientações sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde, a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que “instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)”, busca garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde supracitada.

Diante disso, para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, conforme o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi criado o campo NOME SOCIAL nas fichas de Coleta de Dados Simplificada.

**Quadro 3 – Identificação do usuário/cidadão**

<b>CAMPO</b>	<b>ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO</b>
Nº CARTÃO SUS	Anote o número do CNS do usuário que está sendo cadastrado.
RESPONSÁVEL FAMILIAR	A pergunta “É o responsável?” identifica se o usuário que está sendo cadastrado é o responsável pelo núcleo familiar (aquele que o nº do CNS e data de nascimento foram inseridos como responsável por núcleo familiar no cadastro domiciliar).
Nº CARTÃO SUS RESPONSÁVEL	Caso o usuário que está sendo cadastrado não seja o responsável pelo núcleo familiar, deve-se inserir o número do CNS do usuário responsável.
DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	Caso o usuário que está sendo cadastrado não seja o responsável pelo núcleo familiar, deve-se inserir a data de nascimento do responsável pelo núcleo familiar.
NOME COMPLETO*	Preencha o nome completo do usuário. Este campo é de preenchimento obrigatório.
NOME SOCIAL	Registro do nome social, independentemente do registro civil do cidadão, conforme apresentado no box acima.



CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
DATA DE NASCIMENTO*	Anote a data de nascimento do usuário, no formato dia/mês/ano. Este campo é de preenchimento obrigatório.
SEXO*	Marque com um "X" no sexo: masculino ou feminino. Este campo será de preenchimento obrigatório a partir da versão 2.0.00.
RAÇA/COR*	Raça autodeclarada do indivíduo. Este campo é de preenchimento obrigatório.
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL (NIS/PIS/Pasep)	NIS: preencha o número do NIS do usuário que está sendo cadastrado. O número de identificação social é usado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome para identificar os titulares do Programa Bolsa Família.  OU  PIS/Pasep: o número de identificação nos fundos do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) é constituído com a arrecadação das contribuições dos trabalhadores.
NOME COMPLETO DA MÃE*	Preencher com o nome completo da mãe do usuário. Este é um campo de preenchimento obrigatório. Porém, caso não for possível obter essa informação, poderá ser assinalado um "X" no campo "desconhecido".
NACIONALIDADE**	Marque com um "X" a nacionalidade do usuário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• brasileira, se pessoa nascida no Brasil;</li> <li>• naturalizada, se pessoa nascida em país estrangeiro e naturalizada como brasileira de forma legal;</li> <li>• estrangeira, se pessoa nascida e registrada fora do território brasileiro e que ainda não seja naturalizada brasileira e nem possua documentos de registro e identificação autênticos do Brasil.</li> </ul>
PAÍS DE NASCIMENTO	Se o usuário for estrangeiro ou naturalizado, é necessário identificar o país de origem, conforme a lista do site do IBGE (disponível em: < <a href="http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php">http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php</a> >).
TELEFONE CELULAR	Anote o número de telefone celular do usuário cadastrado, incluindo o DDD.
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**	Preencha a UF e o município onde o usuário nasceu SE FOR BRASILEIRO.
E-MAIL	Endereço do correio eletrônico do usuário.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Informações sociodemográficas

Esse bloco é composto por campos que mapeiam as condições sociodemográficas do indivíduo e deve ser preenchido conforme descrito a seguir.

**Figura 6 – Informações sociodemográficas**

<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR</b> <input type="radio"/> Cônjuge /Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente		<b>OCUPAÇÃO</b>  
<b>FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <b>QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?</b> <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		<b>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</b> <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro
<b>CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?</b> <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro		
<b>FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>POSSUI PLANO DESAÚDE PRIVADO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>SE SIM, QUAL?</b>
<b>DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <b>SE SIM, QUAL?</b> <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual		<b>TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <b>SE SIM, QUAL?</b> <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física
<b>SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO:</b> <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território		

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Relação de parentesco com o responsável familiar

Este item busca identificar a relação do indivíduo cadastrado e a pessoa indicada como o responsável familiar.

**Figura 7 – Relação de parentesco com o responsável familiar**

<b>RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR</b> <input type="radio"/> Cônjuge /Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente
---

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Ocupação

Informar a principal ocupação do usuário cadastrado. No sistema, a ocupação cadastrada deve estar de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

## REGRA!

É possível digitar apenas ocupações que estejam expressas no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), devendo os ACS que preenchem os dados cadastrais e os digitadores estarem atentos para seguir a lista já existente do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Para mais informações, acessar: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>

### Frequenta escola ou creche?

O profissional deve informar se o usuário frequenta ou não escola ou creche.

### Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

Este item busca identificar qual o nível de escolaridade máximo cursado pela pessoa, conforme o quadro a seguir.

**Quadro 4 – Nível de escolaridade**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CRECHE	Destina-se a dar assistência diurna às crianças, geralmente com até três anos de idade, em estabelecimentos juridicamente regulamentados ou não (BRASIL, 2010b).
PRÉ-ESCOLA (EXCETO CA)	Destina-se, geralmente, às crianças com quatro ou cinco anos de idade. Pode receber várias denominações de acordo com a região e o nível alcançado pelas crianças: maternal, jardim de infância, jardim I etc. (BRASIL, 2010b).
CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO (CA)	Curso destinado à alfabetização de crianças, para os estabelecimentos que ainda não implantaram o Ensino Fundamental com duração de nove anos (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL 1ª A 4ª SÉRIE, ELEMENTAR (PRIMÁRIO), 1ª FASE DO 1º GRAU	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a primeira fase (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL 5ª A 8ª SÉRIE, MÉDIO 1º CICLO (GINASIAL), 2ª FASE DO 1º GRAU	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a segunda fase (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	Curso de Ensino Fundamental organizado em nove anos (BRASIL, 2010b).

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ENSINO FUNDAMENTAL ESPECIAL	Atendimento educacional especializado no Ensino Fundamental regular, voltado a pessoas com necessidades especiais originadas de deficiência ou altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL EJA – SÉRIES INICIAIS (SUPLETIVO DE 1ª A 4ª)	Nova denominação para o curso supletivo de Ensino Fundamental ou de 1º grau, seriado ou não (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL EJA – SÉRIES FINAIS (SUPLETIVO DE 5ª A 8ª)	Nova denominação para o curso supletivo de Ensino Fundamental ou de 1º grau, seriado ou não (BRASIL, 2010b).
ENSINO MÉDIO, 2º GRAU, MÉDIO 2º CICLO (CIENTÍFICO, CLÁSSICO, TÉCNICO, NORMAL)	Curso de Ensino Médio organizado em três ou quatro séries anuais ou em regime de créditos, períodos letivos, semestres, fases, módulos, ciclos etc. (BRASIL, 2010b).
ENSINO MÉDIO ESPECIAL	Atendimento educacional especializado no Ensino Médio regular, voltado a pessoas com necessidades especiais originadas de deficiência ou altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2010b).
ENSINO MÉDIO EJA (SUPLETIVO)	Nova denominação para o curso supletivo de Ensino Médio ou de 2º grau, seriado ou não (BRASIL, 2010b).
SUPERIOR, APERFEIÇOAMENTO, ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO	Curso regular de graduação universitária, frequentado após o término do Ensino Médio, que habilita a pessoa a exercer uma profissão, e cursos frequentados após a conclusão do Ensino Superior (BRASIL, 2010b).
ALFABETIZAÇÃO PARA ADULTOS (MOBRAL ETC.)	Curso destinado à alfabetização de jovens e adultos (BRASIL, 2010b).
NENHUM	Quando a pessoa não se enquadrar em nenhuma das descrições anteriores.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Situação no mercado de trabalho

Este item investiga a inserção da pessoa no mercado de trabalho, podendo ser:

### Quadro 5 – Situação no mercado de trabalho

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
EMPREGADOR	Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento com, pelo menos, um empregado (BRASIL, 2010b).
ASSALARIADO COM CARTEIRA DE TRABALHO	Pessoa que trabalha com carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro (BRASIL, 2010b).

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ASSALARIADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO	Pessoa que trabalha sem carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro. Considere, também, neste quesito, a pessoa que presta serviço militar obrigatório (BRASIL, 2010b).
AUTÔNOMO COM PREVIDÊNCIA SOCIAL	Pessoa que contribui com a Previdência Social e trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com ajuda de trabalhador não remunerado. São exemplos de trabalhador por conta própria taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os trabalhadores eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer tarefa específica em/a uma ou mais empresas/pessoas (encanadores, eletricitas, pedreiros) (BRASIL, 2010b).
AUTÔNOMO SEM PREVIDÊNCIA SOCIAL	Pessoa que trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com ajuda de trabalhador não remunerado. São exemplos de trabalhador por conta própria taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os trabalhadores eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer tarefa específica em/a uma ou mais empresas/pessoas (encanadores, eletricitas, pedreiros) e que não contribuem com a Previdência Social (BRASIL, 2010b).
APOSENTADO/ PENSIONISTA	Pessoa que tem remuneração recebida do Plano de Seguridade Social da União (PSS), do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e de institutos oficiais de previdência estadual ou municipal, a título de aposentadoria, jubilação ou reforma ou também deixado por pessoa da qual era beneficiária, no caso de pensionista (BRASIL, 2010b).
DESEMPREGADO	Pessoa que se encontra desempregada, sem nenhuma fonte de renda ou recebendo seguro-desemprego e à procura de trabalho.
NÃO TRABALHA	Pessoa que não procura trabalho.
OUTRA	Pessoa que não se enquadra em nenhuma das situações de trabalho referidas acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Criança até nove anos, com quem fica?

Nesta variável, caso a criança tenha até nove anos de idade, pretende-se identificar quem é responsável por permanecer com ela enquanto os pais se ausentam, podendo ser:

#### Quadro 6 – Responsável pela criança até nove anos durante a ausência dos pais

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ADULTO RESPONSÁVEL	Neste caso, a criança fica sob a supervisão de um adulto. Analisando os diversos parâmetros existentes para definição dessa fase da vida (parâmetros civis, da Organização Mundial da Saúde etc.) e priorizando a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para o adolescente (entre 12 e 18 anos), consideraremos adultos pessoas maiores de 18 anos.
OUTRA(S) CRIANÇA(S)	Neste caso, a criança permanece com outras crianças com até 12 anos.
ADOLESCENTE	Analisando os diversos parâmetros existentes para definição dessa fase da vida, será utilizado o parâmetro do Estatuto da Criança e do Adolescente que define adolescente como a pessoa com idade entre 12 e 18 anos.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
SOZINHA	Neste caso, a criança permanece sozinha por conta e risco próprios.
CRECHE	Neste caso, a criança vai para uma creche ou instituição que a supervisiona e que atenda às suas necessidades básicas.
OUTRO	Caso a criança permaneça sob circunstâncias diferentes não mencionadas acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Outros campos que compõem o bloco

O próximo quadro aponta outros campos que o bloco de informações sociodemográficas apresenta. Nesta versão 1.3, houve modificação na nomenclatura do campo “Frequenta Cuidador Tradicional” para melhor adequação semântica e maior abrangência de abordagens.

Figura 8 – Outros campos

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL?	

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 7 – Outros campos

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?	Assinale com um “X” a opção referida. Envolve em suas práticas de cuidado saberes empíricos, crenças e costumes culturais das comunidades locais tradicionais.
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?	Assinale com um “X” a opção referida. São atividades desenvolvidas em associação comunitária ou outros espaços que envolvam os moradores de um território.
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?	Assinale com um “X” a opção referida.
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, QUAL?</b> – o campo é de livre preenchimento, no entanto o sistema deve mapear as opções de acordo com a lista de povos e comunidades tradicionais do Anexo J.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Deseja informar orientação sexual/identidade de gênero?

Assinale com um “X” a opção referida.

**Figura 9 – Orientação sexual/identidade de gênero**

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim  Não

SE SIM, QUAL?

Heterossexual     Lésbica     Travesti     Outro

Gay     Bissexual     Transsexual

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Se sim, qual?

Caso a pessoa queira se autodeclarar, as possibilidades apresentadas de orientação sexual ou de identidade de gênero podem ser, segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Sexual e Reprodutiva, número 26 (2010):

**Quadro 8 – Orientação sexual ou identidade de gênero<sup>6</sup>**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
HETEROSSEXUAL	Indivíduo que se declara heterossexual, ou seja, tem atração por indivíduo do sexo oposto.
GAY	A palavra <i>gay</i> , originária da língua inglesa, é muito utilizada para definir os homens que têm desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com pessoas do mesmo sexo deles.
LÉSBICA	Lésbica é o termo utilizado para designar mulheres que têm desejos e/ou práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com outras mulheres.
BISSEXUAL	Indivíduo que se declara bissexual, ou seja, tem atração por indivíduos de ambos os sexos.
TRAVESTI	O travesti é um homem no sentido anatomofisiológico, mas se relaciona com o mundo como mulher: seu corpo é moldado com formas femininas (por meio do uso de hormônios feminilizantes e/ou aplicações de silicone).
TRANSEXUAL	Transexuais são pessoas cuja identidade de gênero é oposta ao sexo biológico. A pessoa é psicologicamente de um sexo e anatomicamente de outro.
OUTRO	Indivíduo que não se identifique em nenhum dos gêneros mencionados.

Fonte: DAB/SAS/MS.

<sup>6</sup>Para saber mais: Caderno de Atenção Básica n. 26, Saúde Sexual e Reprodutiva. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab26>>.

## Tem alguma deficiência?<sup>7</sup>

Este item identifica a presença ou não de alguma deficiência na pessoa. Assinalar com um “X” a opção referida. **Campo de preenchimento obrigatório.**

Figura 10 – Tem alguma deficiência?

**TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\***

Sim  Não

SE SIM, QUAL?

<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Física	

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Se sim, qual?

Caso a pessoa tenha alguma deficiência, ela poderá indicar de qual se trata, podendo ser:

Quadro 9 – Tipos de deficiência

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
AUDITIVA	Limitação, temporária ou permanente, de natureza auditiva. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a deficiência auditiva é caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. É perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.
VISUAL	A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência compreende a deficiência visual como sendo uma situação irreversível da função visual, mesmo após tratamentos clínicos e ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais. A pessoa com deficiência visual, cegueira ou baixa visão tem sua funcionalidade comprometida, com prejuízo na capacidade de realização de tarefas. Deficiência visual é a cegueira cuja acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos em que o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60º; ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores.

<sup>7</sup> Ver na íntegra a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010), disponíveis em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>.



CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
INTELLECTUAL/COGNITIVA	Limitação, temporária ou permanente, de natureza intelectual/cognitiva. A deficiência mental, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.
FÍSICA	É alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que acarreta o comprometimento da função física, apresentando-se sob as formas de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.
OUTRA	Outros tipos de limitações, temporárias ou permanentes.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Saída do cidadão do cadastro

Este campo servirá para que os ACS possam apontar a saída do cidadão do território em que estava cadastrado caso ele faleça ou mude. Para tanto, o profissional assinala um “X” em uma das opções apresentadas.

**Figura 11 – Saída do cidadão do cadastro**

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO:	<input type="radio"/> Óbito	<input type="radio"/> Mudança de território
-------------------------------	-----------------------------	---

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica

Esse bloco é preenchido quando o indivíduo se recusa a fornecer os dados para preenchimento do seu cadastro. Quando isso acontece, é solicitado ao entrevistado que assine o termo de recusa para assegurar que ele está ciente.

Em situações em que o cidadão se recuse também a assinar o termo, a validação desta informação deve ser discutida com o profissional responsável pela supervisão e/ou coordenação desta equipe.

**Figura 12 – Termo de Recusa do Cadastro Individual da Atenção Básica**

#### TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Fonte: DAB/SAS/MS.

### **ATENÇÃO! REGRA NO SISTEMA**

Para que a recusa seja efetivada, é necessário que o ACS preencha alguns campos que são obrigatórios para o sistema, tais como número do CNS do profissional que faz o cadastro, CNES da unidade de saúde e data do cadastro. Com isso, é importante que estes campos também sejam preenchidos no caso de recusa do cadastro, para que esta informação possa ser digitada no sistema com CDS. **Cabe salientar que a recusa do cidadão ao cadastro, seja ele individual ou domiciliar, não implicará o não atendimento deste na unidade de saúde, bem como quaisquer outras formas de discriminação.**

### **QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE**

Este questionário possibilita que, no momento do cadastro do cidadão, os problemas/condições de saúde referidos sinalizem para a equipe a necessidade de acompanhamento e qual a prioridade dele. Para o profissional que estiver realizando o cadastro, é uma oportunidade para orientações quanto aos cuidados necessários e apresentação das ofertas da unidade de saúde para cada problema/condição, por exemplo, fluxo para marcação de consultas, realização de exames, participação em grupos, entre outros.

#### **Condições/situações de saúde gerais**

Esse bloco deverá ser preenchido com informações oferecidas pelo usuário e coletadas pelo profissional de saúde no momento do cadastro.

**Figura 13 – Condições/situações de saúde gerais**

<b>CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b> ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). _____
TEVE AVC / DERRAME?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). _____
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 10 – Condições/situações de saúde gerais**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ESTÁ GESTANTE?	Assinale com um "X" a opção referida. <b>É fundamental que esta informação seja observada e atualizada frequentemente, visto que é uma situação transitória.</b>
SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	Campo aberto. Informe qual é a maternidade de referência indicada pelo município para realização do parto.
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA	Indique qual é a percepção do usuário em relação ao seu próprio peso, podendo ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• abaixo do peso;</li> <li>• peso adequado;</li> <li>• acima do peso.</li> </ul>
ESTÁ FUMANTE?	Assinale com um "X" a opção referida.
FAZ USO DE ÁLCOOL?	Assinale com um "X" a opção referida.
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	Assinale com um "X" a opção referida.
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	Assinale com um "X" a opção referida.
TEM DIABETES?	Assinale com um "X" a opção referida.
TEVE AVC/DERRAME?	Assinale com um "X" a opção referida.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
TEVE INFARTO?	Assinale com um “X” a opção referida.
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?**</b> – se possui problemas no coração, indicar quais em relação às seguintes opções: <ul style="list-style-type: none"> <li>• insuficiência cardíaca;</li> <li>• outro;</li> <li>• não sabe.</li> </ul>
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?**</b> – se possui problemas nos rins, indicar quais em relação às seguintes opções: <ul style="list-style-type: none"> <li>• insuficiência renal;</li> <li>• outro;</li> <li>• não sabe.</li> </ul>
TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?**</b> – se possui alguma doença respiratória, indicar qual em relação às seguintes opções: <ul style="list-style-type: none"> <li>• asma;</li> <li>• DPOC/enfisema;</li> <li>• outro;</li> <li>• não sabe.</li> </ul>
ESTÁ COM HANSENÍASE?	Assinale com um “X” a opção referida.
ESTÁ COM TUBERCULOSE?	Assinale com um “X” a opção referida.
TEM OU TEVE CÂNCER?	Assinale com um “X” a opção referida.
TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, POR QUAL CAUSA?</b> Campo aberto. Indicar a(s) causa(s) de internação.
FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL?	Assinale com um “X” a opção referida.
ESTÁ ACAMADO?	Marque um “X” na opção “ <b>Sim</b> ” caso a pessoa encontre-se restrita à cama por alguma condição de saúde e “ <b>Não</b> ” caso contrário.
ESTÁ DOMICILIADO?	Se restrito ao lar por alguma condição de saúde, marcar um “X” na opção “ <b>Sim</b> ” caso afirmativo e “ <b>Não</b> ” caso contrário.
USA PLANTAS MEDICINAIS?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?</b> – Campo aberto. Indicar quais as plantas medicinais utilizadas.
USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?	Assinale com um “X” a opção referida. Exemplos de PIC: medicina tradicional chinesa, homeopatia, termalismo/crenoterapia, medicina antroposófica, entre outras.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUAL?	Campo aberto. Indicar doenças referidas pelo usuário que não foram citadas anteriormente.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\*\* Campos de preenchimento obrigatório condicionados à pergunta anterior.

## Cidadão em situação de rua

Esse bloco deverá ser preenchido pelo agente de ação social das equipes de Consultório na Rua (eCR) ou pelo agente comunitário de saúde (ACS), quando este desenvolver suas atividades junto a elas. Nos casos em que o agente de ação social não participar da composição das eCR ou quando estas não possuírem nenhum ACS agregado à sua formação mínima, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR. O bloco também poderá ser preenchido pelo ACS ou outro componente da equipe de Atenção Básica nos casos em que existirem usuários em situação de rua no território adscrito da UBS, mas se não tiver nenhuma equipe de Consultório na Rua vinculada.

Figura 14 – Situação de rua

<b>CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA</b>	
<b>ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?</b> <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	<b>SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).</b>
<b>RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?</b>
<b>QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?</b> <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	<b>TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?</b> <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	<b>SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).**</b> <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros

Fonte: DAB/SAS/MS.

\*\*Campos de preenchimento obrigatório condicionados à pergunta anterior

**Quadro 11 – Situação de rua**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*	Assinale com um “X” a opção referida. Este campo é de preenchimento obrigatório.
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA	Marque, conforme as opções, qual é o tempo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 6 meses;</li> <li>• 6 a 12 meses;</li> <li>• 1 a 5 anos;</li> <li>• &gt; 5 anos.</li> </ul>
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?	Assinale com um “X” a opção referida.
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?	Assinale com um “X” a opção referida.
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?	Marque com um “X” uma das opções: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 vez;</li> <li>• 2 ou 3 vezes;</li> <li>• mais de 3 vezes.</li> </ul>
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?	Indique de onde vem a alimentação do usuário. Pode-se marcar mais de uma opção: <ul style="list-style-type: none"> <li>• restaurante popular;</li> <li>• doação de grupo religioso;</li> <li>• doação de restaurante;</li> <li>• doação popular;</li> <li>• outros.</li> </ul>
É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?</b> – campo aberto para indicar qual instituição acompanha esta pessoa, por exemplo: Cras, unidade socioeducativa, entre outras.
VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, QUAL GRAU DE PARENTESCO?</b> – campo de preenchimento livre, no entanto, o sistema deve identificar aqui o grau de parentesco em relação aos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• avô/avó;</li> <li>• pai/mãe;</li> <li>• filho(a);</li> <li>• irmão(ã);</li> <li>• cônjuge ou companheiro(a);</li> <li>• tio(a);</li> <li>• primo(a);</li> <li>• outros.</li> </ul>
TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?	Assinale com um “X” a opção referida. <b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?**</b> – indicar qual recurso de higiene pessoal a que o usuário tem acesso. Pode-se marcar mais de uma opção: <ul style="list-style-type: none"> <li>• banho;</li> <li>• acesso ao sanitário;</li> <li>• higiene bucal;</li> <li>• outros.</li> </ul>

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

\*\* Campos de preenchimento obrigatório condicionados à pergunta anterior

## 2.2 Cadastro Domiciliar

A Ficha de Cadastro Domiciliar é utilizada para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Por meio dela, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2010), mas que devem ser monitoradas pela equipe de saúde. As informações presentes nessa ficha são relevantes porque compõem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

**Modo de preenchimento da ficha:** a seguir, serão apresentados os campos da Ficha de Cadastro Domiciliar e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

### Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento, assim como de todas as fichas de coleta de dados, tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho no nível local. Esse bloco será preenchido pelo digitador.

Figura 15 – Bloco de cabeçalho do cadastro

	<b>CADASTRO DOMICILIAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 12 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DIGITADO POR	Nome do profissional que digitou a ficha.
DATA	Dia/mês/ano em que a digitação foi realizada no sistema.
CONFERIDO POR	Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: DAB/SAS/MS.





**Figura 17 – Bloco de identificação do domicílio**

<b>ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA</b>			
TIPO DE LOGRADOURO:	NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*
COMPLEMENTO:	BAIRRO:*		
MUNICÍPIO:*	UF:*	CEP:*	
<b>TELEFONES PARA CONTATO</b>			
TELEFONE RESIDENCIAL: ( )		TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )	

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 14 – Identificação do domicílio**

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
TIPO DE LOGRADOURO	Escreva o tipo de logradouro conforme opções fornecidas pelos correios (Rua, Avenida etc.). Vide Anexo H.
NOME DO LOGRADOURO*	Escreva o nome do logradouro em que o indivíduo reside ou permanece, no caso de pessoa em situação de rua.
Nº*	Escreva o número da casa ou apartamento. No caso da ausência de número, preencha “SN”.
COMPLEMENTO	Escreva o complemento do endereço. Pode ser preenchido com o nome e números (alfanumérico) do edifício ou algum outro dado que não se enquadre nos outros campos.
BAIRRO*	Escreva o bairro em que o usuário reside atualmente. Pode ser preenchido com nomes e números (alfanumérico).
MUNICÍPIO*	Escreva o nome da cidade em que o usuário reside atualmente. Informações conforme tabela do site do IBGE (disponível em: < <a href="http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1">http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1</a> >).
UF*	Escreva o Estado de residência do cidadão conforme o IBGE. Vide Anexo I.
CEP*	Escreva o Código de Endereçamento Postal da residência. Campo numérico no formato 99.999-999.
TELEFONE RESIDENCIAL	Anote o número do telefone fixo com DDD (Discagem Direta a Distância) do município em que o usuário reside.
TELEFONE DE REFERÊNCIA	Anote o número do telefone com DDD do município em que o usuário pode ser encontrado mais facilmente. A preferência é que seja telefone fixo ou contato próximo ao domicílio. Caso não possua, o campo deverá ficar em branco. O telefone celular deverá ser preenchido no cadastro individual. Evitar telefones de empresa, que são trocados com frequência.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

### **Bloco de condições de moradia**

O bloco de condições de moradia é composto por campos que mapeiam as condições socio sanitárias do domicílio. Podem ser registradas informações sobre situação de moradia, localização, além de outras características do domicílio. A seguir, serão apresentados os conceitos de cada item dos campos desse bloco.

**Figura 18 – Bloco de condições de moradia**

CONDIÇÕES DE MORADIA	
<b>SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*</b> <input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	
<b>LOCALIZAÇÃO*</b> <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	
<b>TIPO DE DOMICÍLIO</b> <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<b>EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra</b> <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a) / Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	
<b>TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO</b> <input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	<b>MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO</b> Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b> <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<b>TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO</b> <input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento
<b>FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO</b> <input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<b>DESTINO DO LIXO</b> <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/ Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Situação de moradia/posse da terra:** o preenchimento deste campo informa a situação de propriedade do domicílio. Deverá ser assinalada uma das opções que o bloco apresenta obrigatoriamente.

**Quadro 15 – Situação de moradia/posse da terra\***

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PRÓPRIO	Domicílio de propriedade, total ou parcial, de morador, integralmente quitado ou em processo de quitação, independentemente da condição de ocupação do terreno (IBGE, 2010).
FINANCIADO	Domicílio cuja aquisição se deu por meio de recurso advindo de financiamento, sendo integralmente quitado ou em processo de quitação.
ALUGADO	Domicílio cujo aluguel seja, totalmente ou parcialmente, pago por morador (IBGE, 2010).
ARRENDADO	Domicílio cujo proprietário concede ao arrendatário o gozo temporário de uma propriedade, no todo ou em parte, mediante retribuição financeira ou mão de obra.
CEDIDO	Domicílio cedido gratuitamente por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora (parente ou não), ainda que mediante taxa de ocupação ou conservação. Nesta condição, incluiu-se domicílio cujo aluguel fosse integralmente pago, diretamente ou indiretamente, por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora (IBGE, 2010).
OCUPAÇÃO	Domicílio, área pública ou privada cuja ocupação se deu sem regularização formal.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
SITUAÇÃO DE RUA	A população em situação de rua forma um grupo heterogêneo, em situação de vulnerabilidade. Não apresenta moradia convencional regular, utilizando a rua como espaço de moradia, por condição temporária ou de forma permanente. Quando esta opção for assinalada, é importante o preenchimento de todo o bloco “endereço/local de permanência” e do campo “localização” para que a informação “situação de rua” possa ser digitada no sistema com CDS.
OUTRA	Para o domicílio que não se enquadre em nenhuma das categorias acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

**Localização:** deverá ser assinalada uma das opções oferecidas obrigatoriamente.

#### Quadro 16 – Localização\*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
URBANA	Área correspondente às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas (IBGE, 2010).
RURAL	Toda a área situada fora dos limites do perímetro urbano, inclusive os aglomerados rurais de extensão urbana, os povoados e os núcleos. Esse critério também é utilizado na classificação da população urbana e rural (IBGE, 2010).

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

**Tipo de domicílio:** deverá ser assinalada uma das opções oferecidas.

#### Quadro 17 – Tipo de domicílio

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CASA	Edificação de um ou mais pavimentos, desde que ocupada integralmente por um único domicílio, com acesso direto a um logradouro (arruamento, vila, avenida, caminho etc.), legalizada ou não, independentemente do material utilizado em sua construção (IBGE, 2010).
APARTAMENTO	Localizado em edifício de um ou mais andares, com mais de um domicílio, servido por espaços comuns ( <i>hall</i> de entrada, escadas, corredores, portaria ou outras dependências). O domicílio localizado em um prédio de dois ou mais andares em que as demais unidades não são residenciais e, ainda, aquele localizado em edifício de dois ou mais pavimentos com entradas independentes para os andares são considerados como apartamentos (IBGE, 2010).
CÔMODO	Habitação que se caracteriza pelo uso comum do morador de instalações hidráulica, elétrica e/ou sanitária (banheiro, cozinha etc.), composta por um ou mais aposentos localizados em uma casa de cômodos, cortiço, cabeça de porco etc. (IBGE, 2010).
OUTRO	Quando o tipo de domicílio não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Em caso de área de produção rural:** preencher informações sobre a condição de posse e uso da terra.

**Quadro 18 – Condições de posse e uso da terra em área de produção rural**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PROPRIETÁRIO(A)	Área de propriedade do beneficiário e/ou com cláusula de usufruto vitalício da propriedade (CAIXA, 2012).
PARCEIRO(A)/MEEIRO(A)	Pessoa que explora o imóvel rural, no todo ou em parte, mediante contrato agrário, remunerando ou repartindo com o proprietário percentual da produção alcançada (CAIXA, 2012).
ASSENTADO(A)	Família ou associação de agricultores, beneficiários do Programa Nacional de Reforma Agrária (PNRA), que recebe a concessão de uso e visa a contribuir para a fixação do homem na terra (MDS, 2010).
POSSEIRO(A)	Pessoa que ocupa terras particulares ou devolutas (propriedades públicas que nunca pertenceram a um proprietário particular), na intenção de se tornar proprietária e usufruir a propriedade, mesmo sem título legítimo de propriedade.
ARRENDATÁRIO(A)	Pessoa que recebe ou toma por aluguel o imóvel rural, no todo ou em parte, mediante contrato firmado entre as partes, para exploração do imóvel rural, remunerando o proprietário com valor predeterminado (CAIXA, 2012).
COMODATÁRIO(A)	Pessoa que explora imóvel rural, no todo ou em parte, cedido pelo proprietário de forma gratuita, mediante contrato firmado entre as partes (CAIXA, 2012).
BENEFICIÁRIO(A) DO BANCO DA TERRA	Trabalhadores rurais (assalariados), parceiros, meeiros, posseiros ou arrendatários que comprovem, no mínimo, cinco anos de experiência na agropecuária e que tenham financiado a propriedade rural pelo programa Fundo de Terras e Reforma Agrária, ou Banco da Terra (BRASIL, 2010a).
NÃO SE APLICA	Pessoa que não se enquadra em nenhuma das variáveis sobre condição de posse e uso da terra citadas acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Número de moradores e cômodos:** preencher com o número de moradores e cômodos do domicílio.

**Quadro 19 – Quantidade de moradores e cômodos**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
NÚMERO DE MORADORES	Anote o número de moradores no domicílio (campo numérico). Se neste domicílio mora mais de um núcleo familiar/família, o número a ser registrado é o total de moradores de todas as famílias.
NÚMERO DE CÔMODOS	Anote o número de cômodos no domicílio. Cômodos ou peças são “todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais como garagens, depósitos etc.” (IBGE, 1994). Investiga-se aqui, com a variável de número de moradores, a relação de cômodos por moradores do domicílio.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Tipo de acesso ao domicílio:** refere-se ao principal tipo de pavimentação ou vias de acesso para se chegar ao logradouro que dá acesso ao domicílio, podendo ser:

**Quadro 20 – Acesso ao domicílio**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PAVIMENTO	Trecho que dá acesso ao domicílio predominantemente provido de asfalto, paralelepípedos, lajotas, entre outros materiais para pavimentação urbana.
CHÃO BATIDO	Trecho que dá acesso ao domicílio predominantemente de terra socada e/ou trilhas, sem nenhum tipo de revestimento.
FLUVIAL	Para se chegar ao domicílio, é necessário utilizar meios de transporte fluviais como canoa, barco, balsa etc.
OUTRO	Quando o tipo de acesso não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Material utilizado na construção:** refere-se ao material predominante utilizado na construção do domicílio, ou aquele que, de algum modo, se destaca aos demais materiais utilizados, podendo ser:

**Quadro 21 – Material predominante na construção das paredes externas do domicílio**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ALVENARIA/TIJOLO COM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe (tijolo grande e cru feito de terra argilosa, seco ao sol) e/ou pedra, recoberto por reboco, cerâmica, azulejo, granito, mármore, metal, vidro, lambris (revestimento de madeira ou mármore) etc. (BRASIL, 2010a).
ALVENARIA/TIJOLO SEM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe e/ou pedra, sem qualquer tipo de revestimento (BRASIL, 2010a).
TAIPA COM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, estuque (massa preparada com gesso, água e cola) ou pau a pique (técnica que consiste no entrelaçamento de madeiras verticais fixadas no solo, com vigas horizontais, geralmente de bambu, amarradas entre si por cipós, dando origem a um grande painel perfurado que, após ter os vãos preenchidos com barro, se transforma em parede), revestidas por qualquer tipo de material (BRASIL, 2010a).
TAIPA SEM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de paredes não revestidas constituídas de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, tabique, estuque, pau a pique etc. (BRASIL, 2010a).
MADEIRA APARELHADA	Domicílio feito predominantemente de qualquer tipo de madeira que foi trabalhada (industrializada), ou seja, preparada para construir paredes (BRASIL, 2010a).
MATERIAL APROVEITADO	Domicílio construído a partir de reciclagem de materiais de construção, como tijolos, telhas, vigas, barras, compensados, podendo utilizar também materiais dispensados e/ou inutilizados provenientes de outras fontes como lonas, papelão, garrafas, latas etc. (definição própria).

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PALHA	Domicílio com as paredes feitas de sapé, folha ou casca de vegetal (BRASIL, 2010a).
OUTRO MATERIAL	Quando o material utilizado não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Disponibilidade de energia elétrica:** informa a existência de energia elétrica no domicílio. Marque com um “X” a opção escolhida.

Abastecimento de água: informa a existência de água canalizada no domicílio e a sua procedência, podendo ser:

**Quadro 22 – Abastecimento de água**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
REDE ENCANADA ATÉ O DOMICÍLIO	Quando o domicílio, o terreno ou a propriedade onde ele está localizado for servido de água canalizada proveniente de rede geral de abastecimento (BRASIL, 2010a).
POÇO/NASCENTE NO DOMICÍLIO	Quando o domicílio for servido por água de poço ou nascente localizada no terreno ou na propriedade onde está construído, podendo ou não haver distribuição interna para o domicílio (BRASIL, 2010a).
CISTERNA	Quando o domicílio for servido por água das chuvas, armazenada em cisterna de placas de cimento pré-moldadas (reservatório semienterrado e protegido da evaporação e da contaminação) que captam água das chuvas (BRASIL, 2010a).
CARRO-PIPA	Quando a água utilizada no domicílio for transportada por meio de carro-pipa, podendo a água ser proveniente de várias fontes (BRASIL, 2010a).
OUTRO	Quando o domicílio for servido de água de reservatório (ou caixa), poço ou nascente localizado fora do terreno onde está construído, quando for servido de água de rio ou lago, ou ainda de outra maneira não descrita acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Forma de escoamento do banheiro ou sanitário:** deverá ser assinalada uma das opções oferecidas. Refere-se ao principal tipo de escoamento do banheiro ou sanitário do domicílio, podendo ser:

**Quadro 23 – Forma de escoamento do banheiro ou sanitário**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
REDE COLETORA DE ESGOTO OU PLUVIAL	Quando a canalização das águas e dos dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário estiver ligada a um sistema de coleta que os conduza a um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento da matéria esgotada (BRASIL, 2010a).

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
FOSSA SÉPTICA	Quando a canalização das águas e dos dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário estiver ligada a uma fossa séptica, ou seja, a matéria é esgotada para uma fossa próxima, passando por processo de tratamento ou decantação (BRASIL, 2010a).
FOSSA RUDIMENTAR	Quando os dejetos provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados para uma fossa rústica (fossa negra, poço, buraco etc.), sem passar por nenhum processo de tratamento (BRASIL, 2010a).
DIRETO PARA UM RIO, LAGO OU MAR	Quando os dejetos ou águas provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados diretamente para um rio, lago ou mar (BRASIL, 2010a).
CÉU ABERTO	Quando os dejetos ou águas provenientes do banheiro ou do sanitário forem esgotados diretamente para uma vala a céu aberto (BRASIL, 2010a).
OUTRA FORMA	Quando o escoadouro dos dejetos e águas provenientes do banheiro ou do sanitário não se enquadrar nas categorias descritas anteriormente.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Tratamento de água no domicílio:** deverá ser assinalada uma das opções oferecidas. Refere-se ao tratamento predominante da água realizado no domicílio para ingestão, podendo ser:

**Quadro 24 – Tratamento de água no domicílio**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
FILTRAÇÃO	A água passa por um leito filtrante constituído por saibro, areia com granulometria variável, ou outras matérias porosas, com o objetivo de reter microrganismos e impurezas.
FERVURA	Aquecimento da água até o ponto de ferver por, pelo menos, cinco minutos.
CLORAÇÃO	Adição de cloro ou de outros produtos desinfetantes e/ou bactericidas. Tem como finalidade a eliminação dos microrganismos ainda existentes.
SEM TRATAMENTO	Marque esta opção quando não for referido nenhum tratamento de água realizado no domicílio.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Destino do lixo:** deverá ser assinalada uma das opções oferecidas. Abaixo, são apresentadas as opções de destino do lixo.

**Quadro 25 – Destinação dada ao lixo**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
COLETADO	Quando o lixo do domicílio for coletado diretamente por serviço ou empresa pública ou privada, ou ainda quando for depositado em caçamba, tanque ou depósito, fora do domicílio, para, então, ser coletado por serviço ou empresa pública ou privada (BRASIL, 2010b).

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
QUEIMADO/ENTERRADO	Quando o lixo do domicílio for queimado ou enterrado no terreno ou na propriedade onde se localiza o domicílio (BRASIL, 2010b).
CÉU ABERTO	Quando o lixo do domicílio é jogado a céu aberto em lugares como terrenos baldios, logradouros públicos, margens de rio, lago ou mar (BRASIL, 2010b).
OUTRO	Quando o lixo tiver outro destino que não se enquadre em nenhuma das categorias acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Animais no domicílio

Esse bloco é utilizado para registrar a existência e quantidade de animais, diferenciando-os entre domésticos e de criação, existentes na propriedade. Animais domésticos são do convívio diário familiar, tais como gato, cachorro, pássaro etc. Os de criação têm fins de consumo familiar, sendo para corte, produção de leite e/ou ovos, couro, tais como suínos, bovinos, aves etc., e sua quase totalidade se encontra em propriedades rurais.

Caso existam animais no domicílio e a opção “Sim” tenha sido marcada, será necessário indicar quais animais e a quantidade deles. A partir dessas informações, é possível que a equipe de saúde desenvolva ações para minimizar o risco de agravos à saúde da população, articuladas com outros setores responsáveis, a fim de efetivar a vigilância dos fatores de risco ambientais e sanitários.

Figura 19 – Animais no domicílio

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Identificação de famílias ou núcleos familiares

Esse bloco viabiliza o registro das famílias (ou núcleos familiares) que moram no domicílio cadastrado. Esta informação amplia e qualifica o cuidado em saúde, a partir da abordagem familiar, realizado por toda a equipe de saúde.

No Cadastro da Atenção Básica, o **núcleo familiar ou família** corresponde à unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por ela, todas moradoras



de um mesmo domicílio. Para cada núcleo familiar, deve-se informar um **responsável familiar**.

A definição desse responsável familiar é feita pela própria família, sendo, preferencialmente, morador deste domicílio e integrante desta unidade familiar (independentemente se há algum grau de parentesco), com idade superior a 16 anos.

**Figura 20 – Bloco de identificação de famílias ou núcleos familiares**

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	/ /	¼½1234+	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	¼½1234+	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	¼½1234+	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	¼½1234+	____	____	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 26 – Identificação de famílias ou núcleos familiares**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Coloque o número do prontuário familiar do estabelecimento de saúde. Tem a finalidade de relacionar os dados do cadastro com as informações da família no estabelecimento de saúde.
Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	O campo deve ser preenchido com o número do CNS do responsável pela família, no domicílio.
DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	Anote a data de nascimento do responsável no formato dia/mês/ano, pois auxiliará na verificação do Cartão Nacional de Saúde dele.
RENDA FAMILIAR	Marcar a opção, em salários mínimos, que representa a soma da renda de todos os membros da família.
NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	Anote a quantidade de indivíduos do mesmo núcleo familiar que moram no domicílio.
RESIDE DESDE	Coloque a data em que o núcleo familiar passou a residir nesse domicílio (mudou-se para o atual domicílio), preenchida no formato mês/ano. Não tendo a informação do mês, preencher somente o ano.
MUDOU-SE	Marque este campo caso a família tenha mudado do domicílio.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### ATENÇÃO!

O bloco de identificação de famílias/núcleos familiares deve ser preenchido somente se houver moradores ocupando o domicílio. Caso esteja ocupado, será obrigatório o preenchimento do CNS do responsável, a fim de permitir a identificação de vínculos familiares entre os indivíduos cadastrados pela Ficha de Cadastro Individual.

## Termo de Recusa do Cadastro Domiciliar da Atenção Básica

Esse bloco é preenchido quando as pessoas do domicílio se recusam a fornecer os dados para preenchimento do cadastro. Nesse caso, o profissional solicita ao entrevistado que assine o termo de recusa, de forma a assegurar que ele recusou o cadastro e está ciente de que esse fato não impede o atendimento do usuário e sua família na UBS. Em situações em que o cidadão se recuse também a assinar o termo, a validação desta informação deve ser discutida com o profissional responsável pela supervisão e/ou coordenação desta equipe.

Mesmo quando o Termo de Recusa é assinalado, é obrigatório o preenchimento dos campos do bloco de identificação do estabelecimento de saúde, profissional e a data da visita.

### **IMPORTANTE!**

Toda vez que o ACS realizar um cadastro domiciliar, ele deverá preencher esta atividade também na Ficha de Visita Domiciliar, assinalando o campo “cadastramento/atualização”. Deverá ser utilizado o CNS de um dos responsáveis familiares residentes no domicílio. Caso o cadastro seja feito por outro profissional, na UBS, como poderá ocorrer nas equipes de AB tradicionais, não deverá ser preenchida a Ficha de Visita Domiciliar.

**Figura 21 – Termo de Recusa do Cadastro Domiciliar da Atenção Básica**

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura

Fonte: DAB/SAS/MS.

### 3 FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

**Objetivo da ficha:** a Ficha de Atendimento Individual é um instrumento de coleta de dados dos atendimentos realizados por determinado profissional de nível superior. Ela não objetiva esgotar todo o processo de atendimento de um indivíduo e também não substitui o registro clínico feito no prontuário em papel. As informações constantes foram selecionadas segundo a sua relevância e por comporem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** utilizam essa ficha os profissionais de nível superior da equipe de Atenção Básica, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), do Consultório na Rua (eCR) e das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), com exceção do cirurgião-dentista, cuja ficha é própria.

**Modo de preenchimento da ficha:** cada profissional a preencherá com as informações de cada atendimento. Com isso, numa única ficha, não está recomendado, por exemplo, que o médico e a enfermeira registrem dados, a não ser que se trate de atendimento compartilhado.

A seguir, serão apresentados os campos da Ficha de Atendimento Individual e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

#### Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento, assim como de todas as fichas de coleta de dados, tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho no nível local. Esse bloco será preenchido pelo digitador.

Figura 22 – Identificação e controle da digitação da ficha

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Quadro 27 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DIGITADO POR	Nome do profissional que digitou a ficha.
DATA	Dia/mês/ano em que a digitação foi realizada no sistema.
CONFERIDO POR	Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is)

Figura 23 – Identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is)

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	
_____	_____	_____	_____	

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Quadro 28 – Identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is)

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CNS do profissional de saúde que realizou o atendimento. Este número deve ser o mesmo contido no CNES. Em caso de atendimento multiprofissional, colocar o CNS de todos os profissionais responsáveis pelo atendimento, nos campos em separado, com o CBO. Ao total, será possível incluir até três profissionais. É obrigatório o preenchimento de, pelo menos, 1 (um) profissional. Ressalta-se que, se entre os 13 atendimentos possíveis de serem registrados apenas alguns forem compartilhados com outro profissional, eles devem ser registrados em fichas separadas.
CBO – CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES*	Refere-se ao código de ocupação do profissional que fez o atendimento. Este campo acompanha o CNS do profissional de saúde. Quando o CNS é preenchido, torna-se obrigatório preencher também o código da CBO.
CÓD. CNES UNIDADE*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde.
CÓD. EQUIPE (INE)*	Código da equipe que realizou o atendimento. Este campo não é obrigatório para as equipes que não têm INE, a exemplo das equipes tradicionais de AB.
DATA*	Dia/mês/ano em que foi realizado o atendimento.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

### Identificação do usuário

Além dos blocos de informações que constam no cabeçalho, a Ficha de Atendimento Individual ainda contempla os itens descritos a seguir.

**Figura 24 – Identificação do usuário**

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO		M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N
Nº PRONTUÁRIO														
Nº CARTÃO SUS														
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo*		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 29 – Identificação do usuário**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº	Em cada ficha de atendimento, há possibilidade de registro de informações de 13 usuários. Caso o número de atendimento no turno exceda esse total, o profissional deverá utilizar outra ficha de atendimento.
TURNO	Assinalar com um “X” o turno em que foi realizado o atendimento. O profissional poderá preencher, numa mesma ficha, atendimentos realizados nos três turnos (M – manhã; T – tarde; N – noite).
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do usuário na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
Nº CARTÃO SUS	Campo destinado ao número do Cartão SUS do usuário (CNS). Os números são incluídos no <b>sentido vertical</b> . Usuários sem o Cartão SUS poderão e deverão ser atendidos pela equipe. Não há problemas se o usuário tiver mais de um número de CNS, pois estes dados são verificados na base nacional e reportarão sempre ao mesmo usuário.
DATA DE NASCIMENTO*	Informar dia, mês e ano de nascimento. Variável de verificação do número do CNS.
SEXO*	Assinalar com um “X” se sexo F – feminino ou M – masculino.
LOCAL DE ATENDIMENTO*	Informar o <b>número</b> referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando as seguintes opções: (01) <b>UBS</b> (02) <b>Unidade móvel</b> (03) <b>Rua</b> (04) <b>Domicílio</b> (05) <b>Escola/creche</b> (06) <b>Outros</b>

	<p>(07) <b>Polo (Academia da Saúde)</b> – denomina-se polo a unidade (espaço físico) do Programa Academia da Saúde. É considerado polo tanto a estrutura física construída especificamente para o desenvolvimento do programa quanto o espaço físico destinado para tal fim nas dependências de uma UBS, desde que o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).</p> <p>(08) <b>Instituição/abrigo</b> – instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral.</p> <p>(09) <b>Unidade prisional ou congêneres</b> – colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e cadeia pública.</p> <p>(10) <b>Unidade socioeducativa</b> – base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</p>
--	---

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

É importante que todos os cidadãos do território adscrito à unidade de saúde tenham o número do CNS, mesmo que este item não seja de preenchimento obrigatório. Quando o número do CNS do usuário não é preenchido, nos relatórios de saúde é perdida a informação individualizada e tem-se apenas o dado consolidado. Futuramente, com a constituição do Registro Eletrônico de Saúde nacional (RES), também não será possível armazenar a informação deste atendimento não identificado.

### Informações do atendimento

Esse bloco apresenta informações do atendimento, tais como tipo de atendimento, problema/condição avaliada, exames, conduta etc. A seguir, são detalhados os campos de forma aglutinada, como se apresentam na ficha.

**Tipo de atendimento\*:** nesse bloco, são registrados os tipos de atendimento realizados pelas equipes de Atenção Básica.

**Figura 25 – Tipo de atendimento\***

* Tipo Atendimento	Demanda Consultada	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demanda Espontânea	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Escuta Inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

**Quadro 30 – Tipo de atendimento\***

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA AGENDADA PROGRAMADA/CUIDADO CONTINUADO	São consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de acompanhamento contínuo. Como exemplo, o cuidado dispensado às gestantes, pessoas com doenças crônicas, crianças etc.
CONSULTA AGENDADA	É toda consulta realizada com agendamento prévio. É oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia. Por exemplo, casos de lesões de pele, sem sinais flogísticos ou infecciosos; queixas inespecíficas de fadiga; cansaço; cefaleia crônica; mudança ou início de medicação anticoncepcional etc.
<b>DEMANDA ESPONTÂNEA</b>	
ESCUTA INICIAL/ORIENTAÇÃO	Refere-se à escuta realizada por profissional de nível superior no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Não inclui as orientações de fluxos dentro da UBS informados pela recepção. Durante o acolhimento e a escuta, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, poderá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para as devidas providências, por exemplo, agendamento de consulta para o mesmo dia ou data posterior.
CONSULTA NO DIA	É a consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional. Como exemplo, quadros com sintomas de dor de grande intensidade ou que não têm indicação de aguardar agendamento para outro dia, como dor lombar, dor na garganta, sintomas urinários etc. Outra indicação de atendimento no mesmo dia pode estar relacionada com a vulnerabilidade social ou psíquica do usuário.
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	É o atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. Como exemplos, casos de dor torácica, sintomas e/ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## **Avaliação antropométrica**

Este campo é composto por informações essenciais de acompanhamento nutricional dos usuários do serviço de saúde em que são informados:

### Quadro 31 – Avaliação antropométrica

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PESO (KG)	Anote o peso do usuário em <b>quilograma</b> .
ALTURA (CM)	Anote a altura do usuário em <b>centímetro</b> .

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Vacinação em dia, criança e gestante

São campos destinados à situação vacinal de qualquer indivíduo, informações do aleitamento materno para crianças de até dois anos de idade e dados da história progressa e atual das gestantes.

Figura 26 – Vacinação em dia, criança, gestante

Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Criança	Aleitamento Materno (ver legenda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DUM ( Dia / Mês )	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Gestante	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional ( Semanas )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestas Prévias / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Quadro 32 – Vacinação em dia, criança, gestante

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
VACINAÇÃO	Campo destinado a informar se a vacinação de determinado indivíduo, de qualquer faixa etária, está em dia pelos parâmetros preconizados.
ALEITAMENTO MATERNO	Utilizar o número indicado na legenda para caracterizar a situação de alimentação da criança: <b>01 – Aleitamento materno exclusivo (AME)</b> – quando a criança recebe somente leite materno, da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de medicamentos, sais de reidratação oral e vitaminas.
	<b>02 – Aleitamento materno predominante (AMP)</b> – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões, sucos de frutas).
	<b>03 – Aleitamento materno complementado (AMC)</b> – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite.
	<b>04 – Aleitamento materno inexistente (AMI)</b> – a criança já mantém alimentação com alimentos sólidos e semissólidos, sem o leite materno.



GESTANTE	<p><b>DUM (dia/mês):</b> informar dia e mês da última menstruação da gestante.</p> <p><b>Gravidez planejada:</b> assinalar se a gestação foi planejada ou não.</p> <p><b>Idade gestacional (semanas):</b> registrar com quantas semanas de gestação a mulher se encontra. Não preencher os dias, apenas as semanas.</p> <p><b>Gestas prévias/partos:</b> preencher número de gestações anteriores à atual (não incluir a gestação atual) e o número de partos. Não incluir em “partos” casos de aborto. Exemplo: mulher é atendida em sua terceira gestação. Tem uma filha e história de um aborto. O preenchimento na ficha será 2/1 ou 02/01, ou seja, duas gestações prévias e um parto.</p>
----------	---

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Atenção domiciliar

Esse bloco será utilizado por profissionais de nível superior da AB e Nasf. A partir do registro da modalidade de atenção domiciliar (AD), é possível que a equipe identifique quantos e quais são os usuários de seu território que necessitam de cuidado continuado em domicílio, para, assim, poder se organizar melhor para realizar o cuidado a esses usuários. Também permite a identificação de usuários do território que necessitam de outras modalidades de AD (2 ou 3) elegíveis para o acompanhamento pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa).

A modalidade de atenção domiciliar deve ser preenchida nos casos em que se preveja um cuidado continuado no domicílio, e não naqueles casos de atendimentos pontuais. Por exemplo, se o atendimento for a um paciente acamado após um acidente vascular cerebral, o cuidado prestado pela equipe provavelmente será contínuo; com isso, é importante registrar a modalidade de AD. Ao contrário, não é recomendado esse registro, por exemplo, no caso de um atendimento domiciliar pontual a uma pessoa com transtorno afetivo bipolar, que usualmente receba atendimentos na UBS. Atentar para que, em ambas as situações exemplificadas, no campo “Local de atendimento”, deve-se marcar “domicílio”.

### Quadro 33 – Tipos de atenção domiciliar

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
<p><b>MODALIDADE DE AD:</b>  <b>1, 2 ou 3</b> – este campo deverá ser preenchido caso seja um atendimento domiciliar, considerando os critérios definidos na Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013 (ver Anexo M).</p>	<p><b>AD1</b> – Atenção Domiciliar tipo 1 – A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (eSF, eAB, Nasf), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês. Refere-se a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde e que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento da Atenção Básica.</p>
	<p><b>AD2</b> – Atenção Domiciliar tipo 2 – A prestação da assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade das equipes de Atenção Domiciliar</p>

	<p>– Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap), mantendo o cuidado compartilhado com as equipes de Atenção Básica. Refere-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Exemplos de situações que caracterizam AD2: demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos; adaptação ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; necessidade de medicação parenteral.</p>
	<p><b>AD3</b> – Atenção Domiciliar tipo 3 – A prestação da assistência à saúde na modalidade AD3 é de responsabilidade das equipes de Atenção Domiciliar (Emad e Emap), mantendo o cuidado compartilhado com a equipe de Atenção Básica. Refere-se ao usuário de AD2 que demanda também o uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.</p>

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Problema/condição avaliada

Estes campos devem ser utilizados para registrar problemas/condições de saúde avaliados e manejados pelo profissional de saúde **no momento do atendimento**. Bloco de preenchimento obrigatório, ou seja, ao menos uma opção deverá ser assinalada (opção descrita na lista de condição/problemas E/OU codificação pela Ciap/CID).

A primeira parte do bloco deve ser preenchida marcando um “X” na opção da linha correspondente ao problema identificado ou condição avaliada. É obrigatório marcar ao menos uma opção sobre o problema/condição de saúde avaliada. Caso o problema não esteja descrito na ficha, pode ser utilizado o campo “**Outros**” para esse registro. Ofertamos duas classificações que poderão ser utilizadas: Ciap 2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CID 10 (Classificação Internacional de Doenças). Segue descrição de ambas:

- Ciap 2 – dois campos de código (Ciap 2 – 01 e Ciap 2 – 02) para registrar problemas identificados usando a Classificação Internacional de Atenção Primária, versão 2 (Ciap 2). No Anexo L, pode-se encontrar pequena descrição da Ciap 2 e como deve ser utilizada para identificar problemas.

- CID 10 – campo que permite registrar problema identificado utilizando a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID 10).

### Exemplo de registro

Usuário procurou a unidade de saúde por causa de dor lombar. No histórico de saúde, consta que é hipertenso. O profissional que o atender pode abordar como está o tratamento, o uso das medicações, solicitar exames de acompanhamento para a hipertensão. No registro desse atendimento, será identificado no campo “Outros” o código da Ciap 2 (código L 03) ou da CID 10 (código M 54.5) de dor lombar; além de assinalado o problema “hipertensão arterial”, visto que também foi um problema/condição avaliado e manejado na consulta. Seguindo esse mesmo exemplo, caso o usuário também tenha asma, que no momento está controlada e não foi avaliada ou manejada nessa consulta, **NÃO** deverá ser marcado o item “asma”, mantendo identificado apenas o caso de dor lombar e o problema de hipertensão arterial. Portanto, o bloco de informações sobre “Problema/condição avaliada” se refere a questões que foram avaliadas e manejadas **na consulta**, e não a um registro dos antecedentes de saúde do usuário.

**Obs.:** não há necessidade de codificar o problema/condição avaliado (pela Ciap 2 e/ou CID 10) caso esteja descrito nos campos anteriores. Conforme o exemplo anterior, não será preciso identificar pelos códigos (Ciap 2 ou CID 10) a “hipertensão arterial”, pois já está descrita.

Figura 27 – Problema/condição avaliada\*

Problema / Condição Avaliada*		Nº												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema / Condição Avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema / Condição Avaliada*	Doenças Transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hanseníase			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dengue			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DST			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastreamento		Câncer do Colo do Útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Câncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros		CIAP2 - 01												
		CIAP2 - 02												
		CID10 - 01												

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 34 – Problema/condição avaliada\*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ASMA	Preencher marcando um “X” na opção da linha correspondente ao problema identificado ou condição avaliada abordados no atendimento. É obrigatório marcar ao menos uma opção sobre o problema/condição de saúde avaliada. Caso o problema não esteja descrito na ficha, pode ser utilizado o campo “ <b>Outros</b> ” para
DESNUTRIÇÃO	
DIABETES	
DPOC	

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
HIPERTENSÃO ARTERIAL	esse registro.
OBESIDADE	
PRÉ-NATAL	
PUERICULTURA	
PUERPÉRIO (ATÉ 42 DIAS)	
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	
TABAGISMO	
USUÁRIO DE ÁLCOOL	
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	
SAÚDE MENTAL	
REABILITAÇÃO	
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	
TUBERCULOSE	Marque a opção que identifique a situação encontrada.
HANSENÍASE	
DENGUE	
DST	
RASTREAMENTO – Marque a opção que identifique a situação encontrada.	
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	Orientação e realização/encaminhamento de exame específico. Obs.: se a coleta do exame citopatológico ocorrer na UBS, este deve ser registrado na ficha de procedimento <sup>9</sup> .
CÂNCER DE MAMA	Orientação e realização de exame clínico de mamas e/ou encaminhamento para realização de mamografia <sup>10</sup> .
RISCO CARDIOVASCULAR	Realização da avaliação de risco pelo escore de Framingham; rastreamento de dislipidemia, hipertensão e diabetes mellitus <sup>11</sup> .
OUTROS	
Ciap 2 – 01	Caso o problema não esteja descrito no bloco “problema/condição avaliada”, pode ser utilizado o campo “ <b>Outros</b> ” para esse registro. Ofertamos duas classificações que poderão ser utilizadas: Ciap 2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CID 10 (Classificação Internacional de Doenças).
Ciap 2 – 02	
CID 10	

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Exames solicitados (S) e avaliados (A)

Conforme citado no início deste capítulo, a Ficha de Atendimento Individual não objetiva esgotar todo o processo de atendimento do indivíduo e, especificamente nesse ponto, todos os exames solicitados e avaliados. Cabe às equipes e gestão municipal a

<sup>9</sup> Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 13 (BRASIL, 2013); CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

<sup>10</sup> CAB nº 13 (BRASIL, 2013); CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

<sup>11</sup> CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

discussão de quais outros exames são relevantes e devem ser registrados localmente para monitoramento e avaliação.

**Figura 28 – Bloco de exames solicitados (S) e avaliados (A)**

Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletroforese de Hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste da orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
<input type="checkbox"/>		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 35 – Exames solicitados (S) e avaliados (A)**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
COLESTEROL TOTAL	O campo “S” deve ser assinalado com um “X” quando o exame for solicitado na consulta; o campo “A” deve ser assinalado com um “X” quando o resultado desse tipo de exame for avaliado pelo profissional durante a consulta.
CREATININA (DOSAGEM SÉRICA)	
EAS/EQU (ELEMENTOS ANORMAIS DO SEDIMENTO. SINÔNIMO DE EXAME COMUM DE URINA, PARCIAL DE URINA, URINA TIPO I)	
ELETROCARDIOGRAMA	
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	
ESPIROMETRIA	
EXAME DE ESCARRO	
GLICEMIA (DOSAGEM SÉRICA)	
HDL	



**Quadro 36 – Práticas Integrativas e Complementares e observação**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
SE USOU ALGUMA PIC, INDICAR QUAL	Informar sobre Práticas Integrativas e Complementares usadas no presente atendimento, segundo a legenda abaixo: 01 – Medicina tradicional chinesa 02 – Antroposofia aplicada à saúde 03 – Homeopatia 04 – Fitoterapia 05 – Termalismo/crenoterapia 06 – Práticas corporais e mentais em PICs 07 – Técnicas manuais em PICs 08- Outros
FICOU EM OBSERVAÇÃO?	Deve ser marcada como <b>“Sim”</b> no caso em que o usuário ficou em observação no presente atendimento no serviço de saúde, com ou sem medicação, para recuperação do seu estado de saúde ou estabilização, e/ou aguardando ser encaminhado a outro ponto da rede. Caso contrário, deve ser marcado a opção <b>“Não”</b> .

Fonte: DAB/SAS/MS.

**ATENÇÃO!**

Concluído o tempo de observação, poderá ser assinalada no campo “Conduta” a opção “Encaminhamento para urgência” ou “Alta do episódio”, de acordo com o caso.

**Bloco exclusivo para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Polo Academia da Saúde**

Além dos outros campos de atendimento, o Nasf e os profissionais atuantes no Polo Academia da Saúde devem marcar com um “X” o campo correspondente à ação realizada, podendo marcar mais de uma ação.

**Figura 30 – Informações para uso exclusivo das equipes do Nasf e atividades desenvolvidas no Polo Academia da Saúde**

NASF/Polo	Avaliação / Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Procedimentos Clínicos / Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prescrição Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Esse bloco foi dividido em três processos: avaliação/diagnóstico, procedimentos clínicos/terapêuticos e prescrição terapêutica.

**Quadro 37 – Campo exclusivo do Nasf e profissionais atuantes no Polo Academia da Saúde**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO	Deve ser marcado sempre que forem realizados anamneses, testes e avaliações (testes físicos, inquérito alimentar, avaliação funcional, avaliação psicológica, social, avaliação antropométrica, avaliação psicossocial, entre outros).
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/TERAPÊUTICOS	Deve ser marcado sempre que ocorrer intervenção (manipulações osteoarticulares, exercícios respiratórios, estimulações neurosensoriais, exercícios ortoarticulares, exercícios de equilíbrio, psicoterapia, entre outras).
PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA	Deve ser marcado sempre que ocorrerem prescrições, orientações e recomendações (prescrições de atividades psicoterapêuticas, recomendações para o usuário – como dietas, exercícios, adaptações no domicílio para atender às demandas relacionadas à funcionalidade e à autonomia, entre outras).

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Conduta

É utilizado para registrar a conduta ou desfecho do atendimento/consulta realizado. É obrigatório marcar, **pelo menos**, uma opção sobre conduta. Já os campos de encaminhamentos não são obrigatórios.

**Figura 31 – Conduta**

Conduta*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Alta do episódio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento Intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: DAB/SAS/MS.



**Quadro 38 – Conduta**

<b>CAMPO</b>	<b>ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO</b>
RETORNO PARA CONSULTA AGENDADA	Conduta atribuída no momento do atendimento em consulta ou em escuta inicial que demande o agendamento de nova consulta. Não devem ser marcados aqui os retornos que caracteristicamente sejam de cuidado continuado ou programado.
RETORNO PARA CUIDADO CONTINUADO/PROGRAMADO	Conduta aplicada aos casos em que for necessário o retorno para continuidade do cuidado, como condições crônicas ou de acompanhamento prolongado.
AGENDAMENTO PARA GRUPOS	Assinalar quando o usuário for orientado a participar de algum grupo terapêutico, de educação em saúde ou de convivência.
AGENDAMENTO PARA NASF	Campo utilizado para registrar o agendamento do usuário para os profissionais do Nasf.
ALTA DO EPISÓDIO	Utilizado para identificar os atendimentos concluídos sem a necessidade de retorno referente ao problema ou condição apresentada.
ENCAMINHAMENTO INTERNO DO DIA	Assinalar quando, após o atendimento, o usuário for encaminhado para atendimento de outro profissional da UBS.
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para serviço especializado.
ENCAMINHAMENTO PARA CAPS	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).
ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para internação hospitalar.
ENCAMINHAMENTO PARA URGÊNCIA	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para atendimento de urgência.
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para o Serviço de Atenção Domiciliar e que não sejam elegíveis para atendimento pela própria Atenção Básica.
ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para atendimento em serviços de outros setores, como: Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (Cras), escola etc.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## 4 FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL


**Objetivo da ficha:** a Ficha de Atendimento Odontológico Individual visa ao registro das informações do atendimento realizado pela equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** os profissionais aptos a fazer o uso dela são: cirurgião-dentista e técnico em Saúde Bucal (TSB), além do auxiliar em Saúde Bucal (ASB) quando acompanhar o atendimento com o cirurgião-dentista.

**Modo de preenchimento da ficha:** a seguir, serão apresentados os campos da Ficha de Cadastro Individual e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

### Cabeçalho

Figura 32 – Bloco de identificação

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*
_____	_____.____	_____	_____	____/____/____
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	
_____	_____.____	_____	_____.____	

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 39 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DIGITADO POR	Nome do profissional que digitou a ficha.
DATA	Dia/mês/ano em que a digitação foi realizada no sistema.
CONFERIDO POR	Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: DAB/SAS/MS.

Cada profissional da equipe de Saúde Bucal utilizará uma ficha para preenchimento das informações dos atendimentos realizados. Quando forem realizados pelo cirurgião-

dentista, conjuntamente com o auxiliar em Saúde Bucal ou técnico em Saúde Bucal, preenche-se no cabeçalho o CNS e CBO dos profissionais envolvidos. A mesma orientação cabe para o atendimento conjunto do técnico em Saúde Bucal com o auxiliar em Saúde Bucal. Já o auxiliar em Saúde Bucal não deverá preencher sozinho a Ficha de Atendimento Individual, apenas a Ficha de Atividade Coletiva.

### Bloco geral de atendimento individual

Em cada coluna, serão registradas as informações do atendimento de um único paciente.

Figura 33 – Atendimento individual

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO														
Nº CARTÃO SUS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo*		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente com Necessidades Especiais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

#### Quadro 40 – Atendimento individual

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS	<p>Marque com um “X” caso o usuário seja uma pessoa com necessidades especiais.</p> <p><b>Definição de necessidade especial do CAB nº 17<sup>12</sup></b> – Na odontologia, é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias e defeitos congênitos até alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento etc.</p> <p>Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos nº 3.296/99 e 5.296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial.</p>
GESTANTE	Marque com um “X” caso a usuária esteja gestante, independentemente do período gestacional.

Fonte: DAB/SAS/MS.

#### Tipo de atendimento

O preenchimento desse bloco indica qual o tipo de atendimento foi realizado ao usuário do serviço de saúde. É obrigatório marcar, **pelo menos**, uma opção sobre o tipo de atendimento, podendo ser:

Figura 34 – Tipo de atendimento

Tipo de Atendimento Demanda Espontânea	Consulta Agendada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Escuta Inicial / Orientação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Consulta no Dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Atendimento de Urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipo de Consulta**	Primeira Consulta Odontológica Programática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Consulta de Retorno em Odontologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Consulta de Manutenção em Odontologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

#### Quadro 41 – Tipo de atendimento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA AGENDADA	<p>É toda consulta realizada <b>após agendamento, de caráter não urgente</b>. Pode ser oriunda da demanda espontânea que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas tinha indicação e foi agendada para outro dia ou em casos de retorno dos atendimentos.</p> <p>(exemplo: consulta agendada para realização de procedimento constante no plano de tratamento do usuário.)</p>

<sup>12</sup> Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2008). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)>.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
DEMANDA ESPONTÂNEA	<p><b>Escuta inicial/orientação:</b> refere-se à escuta realizada no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Não inclui as orientações de fluxos dentro da UBS informados pela recepção. Durante o acolhimento e escuta qualificada, o profissional, quando possível, resolverá o caso por meio de orientação. Caso contrário, deve ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para o encaminhamento do usuário em situação aguda ou não (exemplo: a mãe procura a equipe de Saúde Bucal para orientações quanto à erupção dental de seu bebê. Após a escuta, a equipe orienta a mãe).</p> <p><b>Consulta no dia:</b> é a consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional (exemplo: usuário procura a unidade para atendimento odontológico sem relato de urgência; e, ao verificar disponibilidade na agenda, o profissional realiza o procedimento no mesmo dia).</p> <p><b>Atendimento de urgência:</b> é o atendimento realizado ao usuário acometido por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, podendo haver possibilidade de agravamento do quadro que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário (exemplo: usuário procura atendimento odontológico com queixa de dor dentária aguda, necessita de atendimento odontológico no mesmo turno).</p>

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Tipo de consulta

Esse bloco visa a indicar qual o tipo de consulta que será realizada. Para tanto, marque com um “X” na linha referente à qual tipo de consulta realizado. Este campo permite apenas 1 (uma) marcação. **Esse bloco não será obrigatório caso o tipo de atendimento marcado anteriormente seja “demanda espontânea”.**

### Quadro 42 – Tipo de consulta

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	<p>Consiste na avaliação das condições gerais de saúde e realização de <b>exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de plano preventivo-terapêutico</b>. O tratamento deve ser iniciado na mesma sessão da primeira consulta odontológica programática.</p> <p>Uma primeira consulta odontológica programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa 12 meses após a conclusão do plano preventivo-terapêutico ou caso o paciente abandone o tratamento seis meses após a última consulta.</p> <p><b>Não devem ser considerados como primeira consulta odontológica programática os atendimentos eventuais, por exemplo, os de urgência/emergência/consulta no dia que não têm elaboração de plano preventivo-terapêutico e seguimento previsto.</b></p>

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA DE RETORNO EM ODONTOLOGIA	Consiste na consulta do usuário que está em continuidade do tratamento iniciado e programado por meio da primeira consulta odontológica programática. Portanto será registrada a consulta de retorno <b>acrescida do(s) procedimento(s) realizado(s) neste dia.</b>
CONSULTA DE MANUTENÇÃO EM ODONTOLOGIA	Consiste na consulta do usuário para <b>manutenção, acompanhamento ou reparos clínicos após este ter concluído o tratamento.</b> Ocorre em um período inferior a 12 meses da conclusão do tratamento. Portanto será registrada a consulta de manutenção <b>acrescida do(s) procedimento(s) realizado(s) neste dia.</b>

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Vigilância em saúde bucal

Visa subsidiar a observação do processo saúde–doença bucal em âmbito populacional e é fundamental para sua compreensão e para a elaboração de políticas e ações de cuidados mais resolutivas.

**Figura 35 – Vigilância em saúde bucal**

Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dento alveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alteração em tecidos moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dor de dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fluorose dentária moderada ou severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumatismo dento alveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não identificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Marque com um “X” na opção da linha referente às condições de vigilância em saúde bucal percebidas no momento da consulta clínica. É obrigatória a marcação de, **peelo menos**, uma opção sobre vigilância em saúde bucal, podendo ser:

**Quadro 43 – Vigilância em saúde bucal\***

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ABCESSO DENTOALVEOLAR	A condição do indivíduo com abscesso dentoalveolar <b>independe do número de áreas afetadas e características do abscesso.</b>
ALTERAÇÃO EM TECIDOS MOLES	A condição de alteração em tecidos moles <b>independe do número, do tipo e do grau da lesão.</b> Essas alterações podem ser processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças infecciosas (bacterianas, fúngicas ou virais), doenças mucocutâneas e manifestações bucais de doenças sistêmicas. <sup>13</sup>

<sup>13</sup> *Manual de Especialidades em Saúde Bucal* (BRASIL, 2008), no capítulo intitulado Estomatologia. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_especialidades\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_especialidades_bucal.pdf)>.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
DOR DE DENTE	A condição de indivíduo com dor de dente <b>independe do número de dentes afetados e características da dor (espontânea ou provocada)</b> .
FENDAS OU FISSURAS LABIOPALATAIS	A condição de fenda ou fissura <b>independe do tipo da anomalia (se apenas labial, apenas palatal ou labiopalatal)</b> .
FLUOROSE DENTÁRIA MODERADA OU SEVERA <sup>14</sup>	A condição de fluorose dentária moderada ou severa <b>independe do número de dentes atingidos</b> .
TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR	A condição de indivíduo com história de traumatismo dentoalveolar <b>independe do número de dentes afetados e do tipo de lesão</b> . Cada indivíduo deve ser registrado apenas uma vez a cada 30 dias, independentemente dos retornos ao serviço.
NÃO IDENTIFICADO	Deve ser preenchido todas as vezes que <b>não for identificada nenhuma condição de vigilância em saúde bucal descrita acima</b> .

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Procedimentos odontológicos

Todos os procedimentos estão relacionados aos que constam no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap), disponível no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br>, e constituirão o arquivo BPA gerado pelo e-SUS AB.

Figura 36 – Procedimentos odontológicos

Procedimentos (Quantidade realizada)	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação de Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de carioestático (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de selante (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capecamento pulpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cimentação de prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evidenciação de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientação de Higiene Bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>14</sup> Guia de Recomendações para Uso de Fluoretos no Brasil (BRASIL, 2009). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_fluoretos.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_fluoretos.pdf)>.





CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	
CAPEAMENTO PULPAR	
CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE	
CURATIVO DE DEMORA COM OU SEM PREPARO BIOMECÂNICO	
DRENAGEM DE ABSCESSO	
EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	
EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	
INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	
MOLDAGEM DENTOGENGIVAL PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	
ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	
PROFILAXIA/REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	
PULPOTOMIA DENTÁRIA	
RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL	
RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	
RASPAGEM, ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	
RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	
RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	
SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	
ULOTOMIA/ULECTOMIA	
OUTROS (SIA)	Campos destinados para o registro dos códigos de procedimentos do Sigtap que não estejam contidos na relação de procedimentos anterior. Preenche-se a quantidade (números) de procedimentos realizados na coluna referente ao usuário que recebeu esse atendimento. Estes dados constituirão a base de dados do e-SUS AB e também o arquivo BPA gerado pelo e-SUS AB. As informações do BPA serão validadas no SIA, conforme regras específicas deste sistema.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Fornecimento de insumos

Visa ao registro de insumos entregues aos usuários.

Figura 37 – Fornecimento de insumos

FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Creme Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 45 – Fornecimento de insumos

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ESCOVA DENTAL	Marque com um “X” na linha do insumo que foi entregue ao usuário. Poderá ser marcada mais de uma opção.
CREME DENTAL	
FIO DENTAL	

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Conduta

Nesse bloco, deve-se registrar a conduta e/ou os encaminhamentos realizados para unidades de referência de atenção secundária em saúde bucal **quando o município dispuser de serviços de referência especializados em saúde bucal.**

Figura 38 – Conduta

CONDUTA* ENCAMINHAMENTO	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 46 – Conduta**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
RETORNO PARA CONSULTA AGENDADA	Marque com um “X” caso o usuário necessite de retorno com a equipe de Saúde Bucal.
AGENDAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA	Marque com um “X” caso se tenha identificado a necessidade de agendar para outro profissional da Atenção Básica.
AGENDAMENTO PARA NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	Marque com um “X” caso se tenha identificado a necessidade de agendar para os profissionais do NASF.
AGENDAMENTO PARA GRUPOS	Marque com um “X” caso se tenha identificado a necessidade de agendar para algum grupo de acompanhamento que a unidade de saúde disponha.
TRATAMENTO CONCLUÍDO	Marque com um “X” quando houver o encerramento de determinado “período de tratamento”, ou seja, foram concluídas todas as ações propostas no plano preventivo-terapêutico da primeira consulta odontológica programática.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Encaminhamento

Nesse bloco, deverão ser marcados os encaminhamentos para outras especialidades odontológicas e, em caso de outras necessidades não relacionadas, o campo “Outros” deverá ser assinalado. Esse bloco será assinalado apenas pelo cirurgião-dentista.

**Quadro 47 – Encaminhamento**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	Marque com um “X” na linha que corresponder ao tipo de encaminhamento realizado, podendo ser marcada mais de uma opção.
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (BMF)	
ENDODONTIA	
ESTOMATOLOGIA	
IMPLANTODONTIA	
ODONTOPEDIATRIA	
ORTODONTIA/ORTOPEDIA	
PERIODONTIA	
PRÓTESE DENTÁRIA	
RADIOLOGIA	
OUTROS	

Fonte: DAB/SAS/MS.

## 5 FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

**Objetivo da ficha:** a Ficha de Atividade Coletiva visa a registrar as ações realizadas pelas equipes conforme as necessidades do território e capacidade da equipe de estruturar as ações. Nela, devem ser registradas as ações estruturantes para a organização dos processos de trabalho da equipe (reuniões de equipe, reuniões com outras equipes, ou reuniões com outros órgãos) e as ações de saúde voltadas para a população, como atividades de educação em saúde, atendimentos e avaliações em grupo, e mobilizações sociais.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** ela pode ser preenchida por todos os profissionais de equipes de Saúde da Família e AB tradicionais, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e de Consultório na Rua; além dos profissionais atuantes em Polo de Academia da Saúde e no Programa Saúde na Escola.

**Modo de preenchimento da ficha:** a seguir, serão apresentados os campos da Ficha de Atividade Coletiva e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.


### **ATENÇÃO!**

Deverá ser preenchida uma ficha para cada atividade coletiva realizada.

### **Cabeçalho**

O cabeçalho desta ficha é um pouco diferente das demais apresentadas. Ele possui um bloco de identificação e controle da digitação, um bloco de identificação da atividade e um bloco para a identificação dos profissionais.

**Figura 39 – Cabeçalho**

		<b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b>		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO	
/ /	:	:	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	
□□□□□□□□	□□□□		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	
LOCAL DE ATIVIDADES:			□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	
			□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	
			□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	

Fonte: DAB/SAS/MS.

O bloco de identificação e controle da digitação é importante na organização do trabalho no nível local.

**Quadro 48 – Identificação e controle da digitação**

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DIGITADO POR	Nome do profissional que digitou a ficha.
DATA	Dia/mês/ano em que a digitação foi realizada no sistema.
CONFERIDO POR	Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, por meio da inserção de numeração nas folhas.

Fonte: DAB/SAS/MS.

O bloco de identificação da atividade permite o registro da data, horário de início e fim de realização da atividade, do número do Inep (quando a atividade é realizada no âmbito do Programa Saúde na Escola), do número de participantes programado e do local da atividade.

**ATENÇÃO – campo nº do Inep (escola/creche)**

Este campo deve ser preenchido obrigatoriamente e somente se a atividade for realizada no âmbito do Programa Saúde na Escola. Quando a atividade do PSE for realizada fora do ambiente escolar, deverá ser registrado o nº do Inep da escola de referência dos alunos público-alvo da atividade. Para saber mais sobre o PSE, acesse: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

#### Quadro 49 – Identificação e controle da atividade coletiva

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DATA DA ATIVIDADE*	Dia/mês/ano em que foi realizada a atividade coletiva. Campo de preenchimento obrigatório.
HORA INÍCIO	Horário de início da atividade.
HORA FIM	Horário de término da atividade.
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)	Código da escola, conforme estabelecido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC).
PROGRAMAÇÃO DO NÚMERO DE PARTICIPANTES	Número de integrantes previsto para participar da atividade.
LOCAL DA ATIVIDADE	Campo descritivo para informar o local onde a atividade foi realizada. Auxilia a equipe na organização interna da atividade. Exemplos: UBS, igreja, associação de moradores etc.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

Por fim, o bloco de identificação dos profissionais é utilizado para registrar os profissionais que conduziram a atividade. É um campo de preenchimento obrigatório. Nele, são registrados os números do Cartão Nacional SUS (CNS) de todos os profissionais que contribuíram para a realização da atividade e a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) desses profissionais. Embora exista a restrição de seis campos para identificação dos profissionais na ficha, no momento da digitação das informações no sistema, não existe essa restrição.

#### Tipo de atividade

Esse bloco é utilizado para registrar o tipo de atividade. É possível marcar apenas uma opção entre os tipos de atividade coletiva.

Figura 40 – Tipos de atividade coletiva

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*											
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento										
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho										
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ATIVIDADE (Opção Única)*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>04</td> <td>Educação em saúde</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>Atendimento em Grupo</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td> Avaliação / Procedimento Coletivo</td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>Mobilização Social</td> </tr> </tbody> </table>		ATIVIDADE (Opção Única)*		04	Educação em saúde	05	Atendimento em Grupo	06	Avaliação / Procedimento Coletivo	07	Mobilização Social	04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		ATIVIDADE (Opção Única)*											
		04	Educação em saúde										
		05	Atendimento em Grupo										
06	Avaliação / Procedimento Coletivo												
07	Mobilização Social												
05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular												
06	Educação Permanente												
07	Outros												
PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*											
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável										
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor										
03	Criança 4 a 5 anos	03	Saúde Ocular										
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas										
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos										
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador										
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Alcool e Outras drogas)										
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)										
09	Familiares	09	Escovação Dental Supervisionada										
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia										
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física										
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC										
13	Usuário de Alcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz										
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental										
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal										
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental										
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva										
		18	Semana Saúde na Escola										
		19	Agravos Negligenciados										
		20	Antropometria										
		21	Outros										
		22	Saúde Auditiva										
		23	Desenvolvimento da Linguagem										
		24	Verificação da Situação Vacinal										
		25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1										
		26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2										
		27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3										
		28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4										

Fonte: DAB/SAS/MS.

O bloco está subdividido em dois tipos de atividades. O primeiro tipo são as ações estruturantes para a organização dos processos de trabalho da equipe, a partir da marcação das opções 01, 02 ou 03. Ao assinalar uma dessas opções, será necessário registrar obrigatoriamente, **pele menos**, uma opção do bloco “TEMAS PARA REUNIÃO”. Os temas de reuniões que podem ser registrados são: questões administrativas/funcionamento; processos de trabalho; diagnóstico do território/monitoramento do território;

planejamento/monitoramento das ações da equipe; discussão de caso/projeto terapêutico singular; educação permanente; outros.

**Quadro 50 – Ações estruturantes da equipe**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
01 – REUNIÃO DE EQUIPE	Opção utilizada para indicar reunião da própria equipe.
02 – REUNIÃO COM OUTRAS EQUIPES DE SAÚDE	Opção utilizada para indicar reunião da equipe com outras equipes de saúde (inclusive com outras equipes de AB).
03 – REUNIÃO INTERSETORIAL/CONSELHO LOCAL DE SAÚDE/CONTROLE SOCIAL	Indica a realização de reunião com agentes externos da comunidade ou outros órgãos de governo.

Fonte: DAB/SAS/MS.

Já o segundo tipo de atividade são as ações de saúde voltadas para a população, a partir da marcação das opções 04, 05, 06 ou 07. Quando for marcada uma dessas opções, será necessário registrar, obrigatoriamente, ao menos uma opção do bloco “PÚBLICO-ALVO” e ao menos uma opção do bloco “PRÁTICAS/TEMAS PARA SAÚDE”.

### ATENÇÃO – ATIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

É importante que os gestores e profissionais sigam as ações pactuadas junto à escola, descritas no Termo de Compromisso.

Para informações sobre o registro das atividades do PSE e preenchimento da Ficha de Atividade Coletiva, acesse o site <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>, na área “Materiais de Apoio”, no botão “e-SUS”, no pop-up “Manual de Preenchimento de Fichas”.

**Quadro 51 – Ações de saúde**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
04 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Indica uma ação de educação em saúde, como encenações teatrais sobre algum tema em saúde, e/ ou ações de atividade coletiva em saúde, como palestras, escovação dental supervisionada etc. Essa opção <b>não exige</b> que os usuários da atividade sejam identificados.
05 – ATENDIMENTO EM GRUPO	Indica atendimento em grupo, com ações voltadas para atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção <b>exige</b> que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.



CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
06 – AVALIAÇÃO/PROCEDIMENTO COLETIVO	Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, entre outros. <b>Exige a identificação</b> dos usuários que participaram da atividade.
07 – MOBILIZAÇÃO SOCIAL	Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção <b>não exige</b> que os usuários da atividade sejam identificados.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### **Público-alvo**

Esse bloco é utilizado para registrar, na Ficha de Atividade Coletiva, os públicos-alvo que participaram da ação em saúde. É possível marcar mais de uma opção. A opção 01 – Comunidade em geral deve ser marcada quando a ação não possuir público-alvo específico. Entre as opções, existem algumas categorias:

- por faixa etária (criança até três anos, criança de quatro e cinco anos, criança de seis a 11 anos, adolescente, idoso);
- por sexo (mulher, homem);
- por condição de saúde (gestante, pessoas com doenças crônicas, usuário de tabaco, usuário de álcool, usuário de outras drogas, pessoas com sofrimento ou transtorno mental);
- familiares, profissionais de educação e outros.

### **Práticas/temas para saúde**

Esse bloco é utilizado para registrar, na Ficha de Atividade Coletiva, os temas discutidos na ação em saúde. É possível marcar mais de uma opção. Existem algumas opções que são exclusivas quando realizadas no âmbito de programas específicos:

- a opção 18 (Semana Saúde na Escola) deve ser marcada somente se a ação for realizada no âmbito do programa Semana Saúde na Escola; e
- as opções 25 a 28 devem ser marcadas somente se ação for realizada no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e conforme protocolo desse programa.

## Fechamento da atividade

Esse bloco deve ser utilizado para concluir a atividade, com a identificação do profissional de saúde responsável pela atividade e sua lotação, além do registro do número total de participantes e do número de participantes com avaliações alteradas.

Figura 41 – Fechamento da atividade

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□	□□□□	

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 52 – Fechamento da atividade

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº DO CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Número do Cartão Nacional do SUS (CNS) do profissional responsável pela atividade coletiva.
CÓD. CNES DA UNIDADE*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
CÓD. EQUIPE (INE)*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde onde o profissional está lotado. Este campo não é obrigatório para as equipes que não têm INE, por exemplo, as equipes tradicionais de Atenção Básica.
Nº DE PARTICIPANTES*	Número de participantes que efetivamente compareceram à atividade programada.
Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	Total de avaliações realizadas que apresentaram alteração (listada no bloco de identificação de usuários no verso da ficha de atividade coletiva). Este campo é preenchido automaticamente no sistema a partir dos dados dos usuários identificados no verso da ficha.
RUBRICA/CARIMBO DO PROFISSIONAL	O profissional responsável deve rubricar e assinar neste local.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Identificação dos usuários

Para as atividades coletivas que demandem a identificação dos usuários (opções 05 – Atendimento em Grupo e 06 – Avaliação/Procedimento Coletivo), é preciso registrar, no verso da Ficha de Atividade Coletiva, as seguintes informações:

- nº do cartão SUS do usuário;
- data de nascimento do usuário;
- marcar se o usuário apresentou avaliação alterada;

- peso e altura do usuário, se a atividade avaliou a antropometria. Neste caso, também é necessário assinalar o item 20 – Antropometria, no bloco de práticas/temas para saúde;
- marcar se o usuário cessou o hábito de fumar e/ou se abandonou o grupo, se a atividade ocorreu no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Em caso afirmativo, é preciso registrar também, no bloco de práticas/temas para saúde, os itens de 25 a 28, de acordo com cada situação.

Para esta versão do e-SUS AB (2.0), o sistema identificará qual o número de CNS está incorreto ao ser realizado o preenchimento dos participantes da atividade no verso da ficha.

### ATENÇÃO!

Nas opções 05 – Atendimento em Grupo e 06 – Avaliação/Procedimento Coletivo, devem ser anotados todos os participantes, identificando-se os alterados. Especificamente para o PSE, a **exceção** são as atividades de avaliação da acuidade visual. Para esta, são anotados **apenas os alterados**.

Figura 42 – Identificação dos usuários

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
				PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

## **NOVIDADE! PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO**

O tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente pela Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido sua descentralização, capilaridade e maior proximidade dos usuários dos serviços de saúde.

Ao ingressar no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), o município e suas equipes de Atenção Básica assumem o compromisso de organização e implantação das ações para o cuidado da pessoa tabagista. Este cuidado inclui avaliação clínica, abordagem mínima, breve ou intensiva, individual ou em grupo e, quando necessário e indicado pelo médico assistente, terapia medicamentosa (sempre associada à abordagem intensiva).

A abordagem em grupo recomendada organiza-se na forma de quatro sessões iniciais, com periodicidade semanal ou quinzenal, seguidas de um acompanhamento de duração e periodicidade variável de acordo com cada realidade local (idealmente, com duração de 12 meses). As quatro sessões iniciais são discriminadas na Ficha de Atividade Coletiva com o intuito de permitir o levantamento posterior, pelo gestor e pelas próprias equipes, das taxas de abandono e acompanhamento completo dos usuários encaminhados para esta abordagem. Por recomendação do Inca e da Coordenação-Geral de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/Daet/MS), disponível no TIRE suas Dúvidas ([http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire\\_duvidas\\_pnct\\_2014.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf)), a Ficha de Atividade Coletiva relativa ao PNCT deve ser obrigatoriamente preenchida por profissional de nível superior, ao contrário das demais, que devem ser preenchidas por profissionais de nível superior ou de nível médio ou por agentes comunitários de saúde. Para mais informações a respeito do tratamento preconizado para cessação do tabagismo, vide o documento “Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001”, disponível em [http://www.inca.gov.br/tabagismo/parar/tratamento\\_consenso.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/parar/tratamento_consenso.pdf).

## 6 FICHA DE PROCEDIMENTOS

**Objetivo da ficha:** é utilizada para a coleta de dados sobre a realização de procedimentos ambulatoriais. Diferentemente da Ficha de Atendimento Individual, em que são registradas a solicitação e a avaliação de exames, a Ficha de Procedimentos identifica os procedimentos que foram realizados por determinado profissional.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** ela é utilizada pelos profissionais de equipes da Saúde da Família, equipes de AB tradicionais, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e de Consultório na Rua. Os profissionais habilitados a preenchê-la são todos aqueles de nível superior (médico, enfermeiro etc.) ou de nível médio (técnicos e auxiliares) da área da saúde, com exceção do cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares de Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde.

**Modo de preenchimento da ficha:** a seguir, serão apresentados os campos da Ficha de Procedimentos e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

### Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento, assim como de todas as fichas de coleta de dados, tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho no nível local. Esse bloco é preenchido pelo digitador.

Figura 43 – Cabeçalho da Ficha de Procedimentos

	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: DAB/SAS/MS.



O campo “escuta inicial/orientação” deverá ser marcado para registrar a realização de um acolhimento, de acordo com o fluxo de cada UBS. Caso o acolhimento na UBS seja realizado por profissional de nível médio, esse procedimento deverá ser registrado na Ficha de Procedimentos. Caso seja realizado por um profissional de ensino superior, esse procedimento poderá ser registrado na Ficha de Procedimentos ou na Ficha de Atendimento Individual.

**ATENÇÃO!**

A escuta inicial/orientação de um mesmo usuário não deve ser registrada nas duas fichas, pois resultará em duplicidade da informação.

**Figura 45 – Dados dos usuários, local de atendimento e escuta inicial/orientação**

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
TURNO		M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	M/T/N	
Nº PRONTUÁRIO																
Nº CARTÃO SUS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano															
Sexo*	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	
Local de atendimento*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escuta Inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 55 – Dados dos usuários, local de atendimento e escuta inicial/orientação**

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº	Cada Ficha de Procedimentos permite registro de informações de 14 usuários. Caso o número de atendimentos no dia exceda esse total, o profissional deverá utilizar outra Ficha de Procedimentos.
TURNO*	Turno em que foram realizados os procedimentos, podendo ser: Manhã (M), Tarde (T) ou Noite (N).

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
Nº CARTÃO SUS	Campo destinado ao número do Cartão SUS do usuário (CNS). Os números são incluídos no sentido vertical. Usuários sem o Cartão SUS poderão e deverão ser atendidos pela equipe. Não há problemas se o usuário tiver mais de um número de CNS, pois estes dados são verificados na base nacional e reportarão sempre ao mesmo usuário.
DATA DE NASCIMENTO*	Informe o dia, mês e ano. Variável de verificação do número do CadSUS. Este campo é de preenchimento obrigatório.
SEXO*	Assinalar: F – feminino ou M – masculino.
LOCAL DE ATENDIMENTO*	<p>Informar o <b>número</b> referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando as seguintes opções:</p> <p>(01) UBS  (02) Unidade móvel  (03) Rua  (04) Domicílio  (05) Escola/creche  (06) Outros  (07) Polo (Academia da Saúde) – <i>denomina-se polo a unidade (espaço físico) do Programa Academia da Saúde. É considerado polo tanto a estrutura física construída especificamente para o desenvolvimento do programa quanto o espaço físico destinado para tal fim nas dependências de uma UBS, desde que o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).</i>  (08) Instituição/abrigo – <i>instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral.</i>  (09) Unidade prisional ou congêneres – <i>colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e cadeia pública.</i>  (10) Unidade socioeducativa – <i>base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</i></p>
ESCUA INICIAL/ORIENTAÇÃO	É aquela realizada no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Durante o acolhimento e escuta qualificada, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, deverá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para o encaminhamento do usuário em situação aguda ou não.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Procedimentos e pequenas cirurgias

Esse bloco de informações é utilizado para o registro dos procedimentos ambulatoriais realizados, inclusive os procedimentos da Atenção Básica que estão referidos no Sigtap para envio pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).



**Figura 46 – Procedimentos/pequenas cirurgias**

Procedimentos/Pequenas Cirurgias	Acupuntura com Inserção de Agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cateterismo Vesical de Alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cauterização Química de Pequenas Lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cuidado de Estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Curativo Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Drenagem de Abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Coleta de Citopatológico de Colo Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exame do Pé Diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exérese/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimentos/Pequenas Cirurgias	Infiltração em Cavidade Sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de Cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de Pontos de Cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sutura Simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Triagem Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tamponamento de Epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Teste Rápido	De Gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dosagem de Proteinúria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administração de Medicamentos	Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tópica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilina para Tratamento de Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Fonte: DAB/SAS/MS.

O profissional deverá marcar com um “X” na opção da linha correspondente ao procedimento realizado. Na versão 1.3, foi incluído o teste rápido Dosagem de Proteinúria.

Ainda nesse bloco, o profissional pode registrar até outros seis procedimentos que não estão listados na ficha. Esses procedimentos devem ser descritos a partir do seu código na tabela Sigtap, sendo seu preenchimento registrado de forma vertical. Não há necessidade de registro de código Sigtap quando este é apontado no bloco de procedimentos/pequenas cirurgias.

**ATENÇÃO!**

Os campos relativos à administração de medicamentos são destinados ao registro do profissional que realizou a administração da medicação, e não ao registro do profissional que a prescreveu.

**Figura 47 – Registro de outros procedimentos**

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Bloco de procedimentos consolidados**

Esse bloco de informações é utilizado para o registro dos procedimentos ambulatoriais realizados com maior frequência. O registro dessas ações não é individualizado, sendo necessário registrar a quantidade total dos procedimentos realizados no dia em que foi utilizada a ficha. Estes procedimentos também têm referência na tabela Sigtap.

O bloco em questão traz informações consolidadas e destina-se principalmente aos profissionais que ficam na sala de procedimentos (a exemplo de auxiliares e técnicos de enfermagem) e realizam esses procedimentos comuns em grande número de usuários em um mesmo dia, tais como: aferição de PA, aferição de temperatura, curativo simples, coleta de material para exame laboratorial, glicemia capilar, medição de altura e medição de peso.

**ATENÇÃO!**

Caso um profissional de nível superior faça um desses procedimentos durante o atendimento individual, **não** há necessidade de registrá-lo no bloco de procedimentos consolidados.

**Figura 48 – Registro de procedimentos consolidados**

Total no Período	Aferição de PA	□□□	
	Aferição de Temperatura	□□□	
	Curativo Simples	□□□	
	Coleta de material para Exame Laboratorial	□□□	
	Glicemia Capilar	□□□	
	Medição de altura	□□□	
	Medição de Peso	□□□	

Fonte: DAB/SAS/MS.

## 7 FICHA DE VISITA DOMICILIAR

**Objetivo da ficha:** a Ficha de Visita Domiciliar tem como objetivo principal registrar a atividade de visita domiciliar ao usuário que se encontra adscrito no território de atenção da equipe da Unidade Básica de Saúde. As informações constantes foram selecionadas segundo a sua relevância e por comporem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** o conceito de visita domiciliar foi redefinido considerando agora apenas de competência do agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate às endemias (ACE). Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior, a visita domiciliar é redefinida como **atendimento no domicílio**.

### ATENÇÃO!

A Ficha de Visita Domiciliar é de **uso exclusivo** do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias. Para os demais profissionais, a visita domiciliar é definida como atendimento realizado na casa do usuário, e deve ser registrada na Ficha de Atendimento (Individual/Odontológico), especificando, no campo “Local de Atendimento”, 04 – Domicílio.

**Modo de preenchimento da ficha:** a seguir, serão apresentados os campos da Ficha de Visita Domiciliar e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

### Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento, assim como de todas as fichas de coleta de dados, tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho no nível local.

A Ficha de Visita Domiciliar é uma ficha de coleta de dados que busca, por meio de sua estrutura, coletar informações sobre a realização de visitas domiciliares do ACS de forma individualizada, assim como todas as fichas de atendimento.

O cabeçalho do instrumento tem um bloco de identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho no nível local.



Além das informações que constam no cabeçalho de cada ficha, a de Visita Domiciliar ainda contempla os itens descritos a seguir:

### Identificação do usuário

O campo de Identificação do usuário é composto por informações essenciais à individualização do registro.

Figura 51 – Identificação do usuário

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO		(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)	(M)(T)(N)
Nº PRONTUÁRIO																								
Nº CARTÃO SUS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano																							
Sexo*		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Visita compartilhada com outro profissional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 58 – Identificação do usuário e se a visita foi compartilhada

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº	Em cada Ficha de Visita Domiciliar, há possibilidade de registro de informações de até 23 usuários.
TURNO	Informe o turno em que foi realizada a visita, podendo ser: Manhã (M), Tarde (T) ou Noite (N).
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
Nº CARTÃO SUS	Campo destinado ao número do Cartão SUS do usuário. Os números são incluídos no sentido vertical.
DATA DE NASCIMENTO*	Informe o dia, mês e ano. Variável de verificação do número do CadSUS.
SEXO*	Informe qual o sexo do usuário.
VISITA COMPARTILHADA COM OUTRO PROFISSIONAL	Campo utilizado para identificar se a visita de um ACS foi realizada com outro profissional. Marque um “X” na linha quando for o caso.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Bloco de motivo de visita

Os motivos de visita estão organizados de forma a facilitar o registro pelo ACS, podendo este, quando necessário, marcar mais de uma opção. É obrigatório identificar, **pele menos**, 1 (uma) opção. Marque um “X” na opção da linha correspondente quando a visita for utilizada para:

Figura 52 – Motivo de visita domiciliar

Motivo da Visita*		Nº																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Motivo da Visita*	Cadastramento / Atualização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Visita Periódica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Busca Ativa	Consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo da Visita*	Acompanhamento	Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sintomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Controle de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 59 – Motivo de visita

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CADASTRAMENTO/ATUALIZAÇÃO	Campo destinado ao registro do cadastro ou a atualização do cadastro da Atenção Básica do usuário em questão, ou de um dos responsáveis familiar, no caso de cadastro domiciliar.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
VISITA PERIÓDICA	<p>Campo destinado ao registro da abordagem familiar, considerando as visitas do ACS às famílias compostas por membros que <b>não fazem parte</b> de nenhum dos tipos de acompanhamento e outros motivos de visita descritos na ficha, mas que também são visitadas na rotina do ACS. Nesse caso específico, o agente poderá identificar a abordagem familiar da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NÚMERO DO CARTÃO SUS E DATA DE NASCIMENTO:</b> registrar somente o número do Cartão SUS e data de nascimento do responsável pelo núcleo familiar;</li> <li>• <b>MOTIVO DA CONSULTA:</b> marcar o campo “Visita periódica”;</li> <li>• <b>DESFECHO:</b> visita realizada.</li> </ul> <p><b>ATENÇÃO:</b> nesse momento, o preenchimento da ficha como abordagem familiar só será aceito no sistema como visita periódica.</p>

Fonte: DAB/SAS/MS.

#### Quadro 60 – Motivo de visita – busca ativa

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA	Busca de usuários que faltaram à consulta de cuidado continuado ou programado, ou quando for utilizada para entrega de marcação de consulta.
EXAME	Entrega ou marcação de exames para o usuário.
VACINA	Busca de usuários com situação vacinal atrasada.
CONDICIONALIDADES DO BOLSA FAMÍLIA	Busca de usuários que fazem parte do Programa Bolsa Família e precisam estar em dia com a avaliação das condicionalidades do programa.

Fonte: DAB/SAS/MS.

#### Quadro 61 – Motivo de visita – acompanhamento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
GESTANTE	Acompanhamento de usuária gestante.
PUÉRPERA	Acompanhamento de usuária puérpera.
RECÉM-NASCIDO	Acompanhamento de recém-nascido.
CRIANÇA	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
PESSOA COM DESNUTRIÇÃO	Acompanhamento de usuário com diagnóstico de desnutrição.
PESSOA EM REABILITAÇÃO OU COM DEFICIÊNCIA	Acompanhamento de usuário em reabilitação ou com alguma deficiência que necessite de acompanhamento.
PESSOA COM HIPERTENSÃO	Acompanhamento de usuário com hipertensão.
PESSOA COM DIABETES	Acompanhamento de usuário com diabetes.
PESSOA COM ASMA	Acompanhamento de usuário com asma.
PESSOA COM DPOC/ENFISEMA	Acompanhamento de usuário com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou enfisema pulmonar.
PESSOA COM CÂNCER	Acompanhamento de usuário com câncer.



CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PESSOA COM OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS	Acompanhamento de usuários com outras doenças crônicas.
PESSOA COM HANSENÍASE	Acompanhamento de usuário com hanseníase.
PESSOA COM TUBERCULOSE	Acompanhamento de usuário com tuberculose.
SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS	Acompanhamento de usuários que apresentam suspeita de tuberculose, com tosse persistente por mais de duas a três semanas.
TABAGISTA	Acompanhamento de usuários tabagistas.
DOMICILIADOS/ACAMADOS	Acompanhamento de usuários domiciliados ou acamados.
CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL	Acompanhamento de usuário em condições de vulnerabilidade social.
CONDICIONALIDADES DO BOLSA FAMÍLIA	Acompanhamento de usuário em relação às condicionalidades do Programa Bolsa Família.
SAÚDE MENTAL	Acompanhamento de usuário com problema de saúde mental, exceto usuário de álcool ou outras drogas.
USUÁRIO DE ÁLCOOL	Acompanhamento de usuário que faz uso prejudicial de álcool.
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	Acompanhamento de usuário que faz uso prejudicial de outras drogas (inclusive uso abusivo de medicamentos).
EGRESSO DE INTERNAÇÃO	Acompanhamento de usuários egressos de internação.
CONTROLE DE AMBIENTES/VETORES	Realização de inspeção de ambientes para identificação de infestação por vetores.
CONVITE ATIVIDADES COLETIVAS/CAMPANHA DE SAÚDE	Convite a alguma atividade realizada pela equipe no território ou sob sua supervisão.
ORIENTAÇÃO/PREVENÇÃO	Realização de orientações relacionadas aos problemas de saúde/situações apresentadas pelo indivíduo ou para prevenção de agravos.
OUTROS	Outras ações que não constam nas descrições acima.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### **OBSERVAÇÃO IMPORTANTE!**

O registro das visitas do ACS não será mais contabilizado por “famílias visitadas”, mas sim por “indivíduos visitados”. Indiretamente, será possível vincular estes indivíduos a seus núcleos familiares e calcular também quantas famílias foram visitadas. Esta nova forma de registro permite a individualização dos dados e maior detalhamento do alcance das ações deste profissional. A **exceção** está para as opções “Visita Periódica” e “Cadastramento/Atualização” quando for feito um cadastro domiciliar (vide seção específica da Ficha de Cadastro Domiciliar).

Quando o motivo da visita for “Visita Periódica”, os campos “Cadastramento/Atualização”, “Busca Ativa”, “Acompanhamento” e “Egresso de Internação” não devem ser assinalados, porque compreendem ações vinculadas ao indivíduo, e não ao grupo familiar. Nos casos de visita periódica, deve-se informar o nº do Cartão SUS do responsável pelo núcleo familiar.

O cadastro/atualização não é uma visita periódica. Entende-se como motivo de visita “Cadastramento/Atualização” quando é realizado o cadastro ou a atualização do cadastro de Atenção Básica do usuário em questão, ou de um dos responsáveis familiares, no caso de cadastro domiciliar. Nesse caso, o nº do Cartão SUS do usuário em questão deve ser



## 8 FORMULÁRIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

Este formulário remete à etapa inicial do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, que corresponde ao uso do instrumento para avaliar as práticas alimentares e o registro das informações. Deste modo, o profissional da equipe de saúde pode orientar quanto às práticas alimentares adequadas e saudáveis (BRASIL, 2015).

		<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>		DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*	
_____	_____	_____	_____	/ /	
Nº CARTÃO SUS: _____					
Nome do Cidadão:*					
Data de Nascimento:*/ /      Sexo: * <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino      Local de Atendimento: * _____					

Pode ser utilizada por qualquer profissional da equipe de Atenção Básica. Esse instrumento permite a identificação de marcadores positivos ou negativos da alimentação e, de maneira mais dinâmica, a composição de indicadores. Para auxiliar a sua utilização e a orientação sobre práticas alimentares saudáveis, recomenda-se o uso do documento **“Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica”**.<sup>15</sup>

Outra peculiaridade desse formulário de marcadores de consumo alimentar é a sua forma de apresentação, organizando-se em bloco de questões estratificados em:

- crianças menores de seis meses;

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>			
	Mingau	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe

<sup>15</sup> Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf)>.

- crianças de seis a 23 meses;

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços	<input type="radio"/> Amassada	<input type="radio"/> Passada na peneira	<input type="radio"/> Liquidificada	<input type="radio"/> Só o caldo	<input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fígado	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				

- crianças com dois anos ou mais, adolescentes, adultos, gestantes e idosos.

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>						
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			

Cada bloco de questões é de preenchimento obrigatório e deve estar de acordo com a idade do sujeito, respeitando-se os casos de opção de múltipla escolha.

## 9 ORIENTAÇÕES PARA USO DAS EQUIPES

A utilização do e-SUS AB pelas equipes dos Nasf, Consultório na Rua e profissionais atuantes nos Polos de Academia da Saúde é um grande passo no sentido da consolidação da prática do registro, do monitoramento e da avaliação das ações realizadas por estas equipes. Destaca-se ainda que, a partir do e-SUS AB, é possível não só registrar dados importantes, e assim acompanhar as ações desenvolvidas pelas equipes de maneira mais qualificada, mas também, em função disso, qualificar o próprio cuidado em saúde.

A seguir, detalharemos algumas orientações que são peculiares ao uso do e-SUS AB pelas equipes dos Nasf e eCR. Ressaltamos, no entanto, que é indispensável a leitura completa deste manual, pois, ainda que este capítulo trate de questões mais específicas, estas equipes podem utilizar as fichas como um todo, da mesma forma que as demais equipes de Atenção Básica.

### 9.1 Orientações para uso do Nasf

Para registrar suas ações, o Nasf utilizará as seguintes fichas do e-SUS Atenção Básica: **Ficha de Atendimento Individual, de Procedimentos e de Atividade Coletiva.**

#### FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

**Cabeçalho:** onde é possível registrar dados de até três profissionais. É o preenchimento destes campos com dados de mais de um profissional que possibilita o registro do atendimento que foi realizado de forma compartilhada/conjunta entre profissionais da AB e Nasf e/ou entre profissionais do Nasf.

Vale lembrar que cada mudança no arranjo dos profissionais envolvidos no atendimento compartilhado requer nova ficha. Por exemplo, dois atendimentos do nutricionista com o fonoaudiólogo no mesmo dia podem ser registrados em uma única ficha, mas, se o terceiro atendimento do nutricionista for com o enfermeiro, será necessária nova ficha com cabeçalho diferente. Se o responsável pelo atendimento for o nutricionista, apenas este irá registrar as atividades nas fichas como atendimentos compartilhados, incluindo o CNS e CBO dos outros profissionais (no caso descrito, o fonoaudiólogo e o enfermeiro). Ainda seguindo o caso, o fonoaudiólogo e o enfermeiro não devem registrar novamente estas atividades, evitando, assim, duplicidade de registro.

**Cód. CNES unidade** – o Nasf registra neste campo o código do CNES da UBS sede em que está cadastrado. Até a versão 2.0 do e-SUS AB, só é possível registrar os dados usando o CNES da UBS sede, mesmo que a equipe do Nasf desenvolva atividades em outras unidades.

**Tipos de atendimento** – neste campo constam seguintes tipos de atendimento: **consulta agendada programada/cuidado continuado, consulta agendada, demanda espontânea (escuta inicial/orientação; consulta do dia; atendimento de urgência)**. Mesmo que o processo de trabalho do Nasf esteja pautado pela lógica do apoio matricial, é possível que ações assistenciais façam parte das atividades desenvolvidas por esta equipe. Com isso, todos os tipos de atendimentos podem ser realizados tanto de forma compartilhada/conjunta entre o profissional do Nasf e da sua equipe de referência, quanto de forma específica/individual pelo profissional do Nasf.

**Consulta agendada programada/cuidado continuado** – para o Nasf, o atendimento caracterizado como cuidado continuado acontece quando já é identificado, a partir do diálogo com a equipe de referência, que para o caso em questão não bastará um atendimento pontual, exigindo um cuidado continuado por determinado período de tempo. Por exemplo: uma situação em que o psicólogo fará o acompanhamento de uma gestante que está com dificuldade de se vincular ao bebê.

**Consulta agendada** – este tipo de atendimento acontece quando o diálogo com a equipe de referência gera um atendimento pontual ou uma avaliação para verificar a necessidade de cuidado continuado. Por exemplo: o médico da eSF está acompanhando um usuário com desnutrição que tenha dificuldade de aderir às recomendações e solicita à nutricionista avaliação sobre a necessidade de acompanhamento específico.

**Demanda espontânea** – os atendimentos à demanda espontânea são de três tipos – escuta inicial/orientação, consulta no dia, atendimento de urgência. Para o Nasf, a ocorrência deste tipo de atendimento dependerá da disponibilidade do profissional na UBS e da organização da equipe.

- **Escuta inicial/orientação:** os profissionais do Nasf podem realizar o acolhimento ao usuário, fazendo escuta qualificada e orientando-o, de acordo com suas habilidades e competências. O acolhimento realizado por profissionais de nível superior deve ser registrado na Ficha de Atendimento Individual.
- **Consulta no dia:** pode acontecer que o profissional do Nasf tome conhecimento de algum caso que esteja presente na UBS naquele momento e que ele tenha disponibilidade na agenda para realizar o atendimento. Devem ser registrados, neste campo, apenas casos que não caracterizem urgência.
- **Atendimento de urgência:** esses casos serão exceções no cotidiano do Nasf, porém podem ocorrer situações em que esta equipe contribua. Por exemplo, o psicólogo pode contribuir no manejo inicial de uma situação de crise psicótica que aconteça no território ou o fisioterapeuta pode realizar a redução de um cotovelo em luxação.

Além disso, a Ficha de Atendimento Individual contém campos específicos para preenchimento do Nasf. Estes campos foram construídos de forma a agrupar, de maneira simplificada, as grandes áreas do atendimento individual realizado pelo Nasf, mas **isso não quer dizer que ele deva preencher apenas esses campos**. São eles:

- **Avaliação/diagnóstico:** deve ser marcado sempre que se realizar anamneses, testes, avaliações etc., como testes físicos, inquérito alimentar, avaliação funcional, avaliação psicológica, avaliação antropométrica, avaliação psicossocial, entre outros.
- **Procedimentos clínicos/terapêuticos:** deve ser marcado sempre que ocorrer intervenção como manipulações osteoarticulares, exercícios respiratórios, estimulações neurosensoriais, exercícios ortoarticulares, exercícios de equilíbrio, psicoterapia, entre outros.
- **Prescrição terapêutica:** deve ser marcado sempre que ocorrer prescrição de atividades, recomendação para o usuário, como dietas, exercícios a serem realizados pelo usuário, adaptações no domicílio para atender às demandas relacionadas à funcionalidade e autonomia, à prescrição de atividades psicoterapêuticas, às recomendações referentes a abordagens sociais, entre outros.

**Bloco de conduta** – para além das orientações já colocadas neste manual, vale destacar que, caso o atendimento gere nova demanda para o Nasf, ou mesmo se o profissional de AB que atendeu um cidadão solicite a avaliação do Nasf, deverá ser utilizado o campo **agendamento para o Nasf**.

## **FICHA DE PROCEDIMENTOS**

No caso do Nasf, é provável que sejam utilizados com maior frequência os seis campos reservados para inserir códigos da tabela Sigtap, denominados como **outros (SIA)**. Esta ficha será preenchida nos casos em que o profissional do Nasf quiser registrar com mais especificidade o procedimento realizado. Reforça-se que, de maneira menos específica, todo procedimento realizado pode ser registrado no campo “procedimentos clínicos/terapêuticos” da Ficha de Atendimento Individual.

## **FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA**

A Ficha de Atividade Coletiva é uma das importantes mudanças trazidas pelo e-SUS AB e dialoga bastante com o cotidiano de trabalho de muitos Nasf. Nela é possível indicar quando há mais de um profissional envolvido na atividade, o público-alvo, os temas abordados, entre outras informações. Por exemplo, as reuniões entre Nasf e equipe de AB e a elaboração de projetos terapêuticos singulares serão registradas nesta ficha. Para orientações quanto ao preenchimento de cada campo, leia o item específico para a ficha presente neste manual.

## **9.2 Orientações para uso do Consultório na Rua**

### **FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR**

Esta ficha deverá ser preenchida pelo agente de ação social ou pelo agente comunitário de saúde, quando este desenvolver suas atividades junto à equipe de Consultório na Rua (eCR). Nos casos em que eles não participarem da composição das eCR, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR, sendo este preferencialmente de nível médio.



**Cód. CNES unidade** – a eCR registra neste campo o código do CNES da UBS sede em que está cadastrada. Até a versão 2.0 do e-SUS AB, só é possível registrar os dados usando o CNES da UBS sede, mesmo que a eCR desenvolva atividades em outras unidades.

**Bloco do endereço/local de permanência** – nesse bloco, serão identificados os dados do domicílio dos usuários da UBS. Para aqueles em situação de rua, esses campos servem para identificar a área de permanência deles, o qual pode ser registrado utilizando-se o endereço mais próximo deste local, como referência.

**Tipo de domicílio** – orienta-se às eCR que realizam atendimento aos usuários cujos domicílios são locais de invasão que identifiquem se o espaço utilizado como domicílio configura-se como casa, apartamento ou cômodo. Nos casos em que a área da invasão utilizada para moradia não se configure em nenhuma das situações anteriores ou em que o usuário utilize os logradouros públicos como espaço de sua vida privada, o tipo de domicílio deve ser identificado como outro. Em “situação de moradia/posse da terra”, assinalar o campo “ocupação” e, neste caso, devem ser preenchidos também os demais campos de caracterização das condições de moradia que couberem.

**Identificação de famílias** – este campo deverá ser preenchido pelas eCR caso seja identificada família/núcleo familiar em situação de rua, cujo responsável possua o cartão SUS.

## **FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (COM QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE)**

Esta ficha deverá ser preenchida pelo agente de ação social ou pelo agente comunitário de saúde, quando este desenvolver suas atividades junto à equipe de Consultório na Rua (eCR). Nos casos em que eles não participarem da composição das eCR, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR, sendo este preferencialmente de nível médio.

**Cód. CNES unidade** – a eCR registra neste campo o código do CNES da UBS sede em que está cadastrado. Até a versão 2.0 do e-SUS AB, só é possível registrar os dados usando o CNES da UBS sede, mesmo que a eCR desenvolva atividades em outras unidades.

**Nome completo** – caso o usuário não possua documentação, deve-se preencher este campo com o nome fornecido por ele.

**Data de nascimento** – caso o usuário não possua documentação, deve-se preencher este campo com a data de nascimento fornecida por ele. Se não for possível obter a data por meio de informação dada pelo próprio usuário, ela deverá ser estimada pelo profissional que estiver realizando o cadastro individual, visto que é um campo de preenchimento obrigatório.

**Responsável familiar** – se a eCR identificou, na **Ficha de Cadastro Domiciliar**, família/núcleo familiar em situação de rua que apenas o responsável possui o Cartão SUS, pode ser somente este o indicado neste campo.

## **FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL**

Esta ficha deverá ser preenchida pelos profissionais de nível superior que compõem a eCR.

**Cabeçalho** – no cabeçalho da ficha, é possível registrar dados de até três profissionais. É o preenchimento destes campos com dados de mais de um profissional que possibilita o registro do atendimento que foi realizado de forma compartilhada/conjunta entre profissionais da eCR e de outras equipes de AB e/ou entre profissionais da eCR.

Vale lembrar que cada mudança no arranjo dos profissionais envolvidos no atendimento compartilhado requer nova ficha. Por exemplo, dois atendimentos do médico com o enfermeiro no mesmo dia podem ser registrados em uma única ficha, mas, se o terceiro atendimento do médico for com o psicólogo, será necessária nova ficha com cabeçalho diferente. Se o responsável pelo atendimento for o médico, apenas ele irá registrar as atividades nas fichas como atendimentos compartilhados, incluindo o CNS e CBO dos outros profissionais (no caso descrito, o enfermeiro e o psicólogo). Ainda seguindo o exemplo, o enfermeiro e o psicólogo não devem registrar novamente estas atividades, evitando duplicidade de registros.

**Cód. CNES unidade** – a eCR registra neste campo o código do CNES da UBS sede em que está cadastrado. Até a versão 2.0 do e-SUS AB, só é possível registrar os dados usando o CNES da UBS sede, mesmo que a eCR desenvolva atividades em outras unidades.

**Data de nascimento** – assim como na Ficha de Cadastro Individual, caso o usuário não possua documentação, deve-se preencher este campo com a data de nascimento fornecida por ele. Se não for possível obter a data por meio de informação dada pelo próprio usuário, ela deverá ser estimada pelo profissional que estiver realizando o atendimento. Se o usuário atendido já possuir data de nascimento estimada registrada em prontuário clínico, esta deve ser utilizada para o preenchimento da ficha.

**Tipos de atendimento** – neste campo, constam os seguintes tipos de atendimento: **consulta agendada programada/cuidado continuado, consulta agendada, demanda espontânea (escuta inicial/orientação; consulta do dia; atendimento de urgência).**

**Consulta agendada programada/cuidado continuado** – para as eCR, o atendimento caracterizado como cuidado continuado acontece quando o usuário em situação de rua já foi cadastrado e, para o caso em questão, não bastará um atendimento pontual, exigindo cuidado continuado por determinado período de tempo. Por exemplo: uma situação em que o médico ou o enfermeiro fará o acompanhamento de paciente com tuberculose. Este tipo de consulta poderá ser realizado na rua ou na UBS.

**Consulta agendada** – realizada dentro das instalações da UBS a partir de agendamento feito pelo próprio usuário em situação de rua ou, a pedido deste, por profissional da eCR.

**Demanda espontânea** – os atendimentos à demanda espontânea são de três tipos: escuta inicial/orientação, consulta no dia, atendimento de urgência. Estes podem ser realizados na rua ou na UBS.

- **Escuta inicial/orientação:** ocorre quando os profissionais de nível superior das eCR, em um primeiro contato com o usuário, realizam apenas a escuta qualificada e orientam-no, de acordo com suas habilidades e competências, em relação às questões gerais de saúde. Após a escuta inicial, o profissional pode encaminhá-lo para a avaliação de outro profissional ou liberá-lo.

- **Consulta no dia:** ocorre quando os profissionais de nível superior das eCR realizam atendimento relacionado a enfermidades e/ou questões específicas na saúde, independentemente deste ser ou não o primeiro contato com o usuário. Devem ser registrados, neste campo, apenas casos que não caracterizem urgência.
- **Atendimento de urgência:** os casos de primeiro atendimento de urgência deverão ser indicados neste campo.

**Bloco de problema/condição avaliada** – esse bloco deve ser utilizado para registrar problemas/condições de saúde avaliados e manejados pelo profissional de saúde **no momento do atendimento**. Orienta-se para que, nos casos em que o problema/condição avaliado for **transtorno mental, HIV, tipo de câncer** não especificado no campo de rastreamento ou outra questão não especificada anteriormente, o registro seja feito por meio do código Ciap ou do código CID. Isso possibilitará o maior detalhamento da informação e monitoramento adequado das ações das equipes de Consultório na Rua.

## **FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL**

Esta ficha poderá ser utilizada tanto pelo cirurgião-dentista quanto pelo técnico em Saúde Bucal (TSB) que compõem a eCR, para atendimentos realizados na rua ou na UBS.

**Data de nascimento** – seguir a orientação dada para a Ficha de Atendimento Individual.

## **FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA**

A Ficha de Atividade Coletiva é uma das importantes mudanças trazidas pelo e-SUS AB e dialoga bastante com o cotidiano de trabalho de muitas eCR. Nela é possível indicar quando há mais de um profissional envolvido na atividade, o público-alvo, os temas abordados, entre outras informações. Ressaltamos que poderão ser indicados nesta ficha apenas os profissionais participantes da atividade realizada, os quais possuem cadastro no CNES. Não será possível identificar, por exemplo, profissionais da rede Suas que tenham participado da atividade coletiva. Para orientações quanto ao preenchimento de cada campo, leia o item específico para a ficha presente neste manual.

## **FICHA DE VISITA DOMICILIAR**

Para as eCR, esta ficha deverá ser preenchida pelo agente de ação social ou pelo agente comunitário de saúde, quando este desenvolver suas atividades junto à eCR. Nos casos em que eles não participarem da composição das eCR, esta ficha deverá ser preenchida por profissional de nível médio componente da eCR.

**Nota: caso a eCR seja composta apenas por profissionais de nível superior, esta ficha não deverá ser preenchida.**

**Cód. CNES unidade** – vide descrição na Ficha de Atendimento Individual.

**Data de nascimento** – vide descrição na Ficha de Atendimento Individual.

## 9.3 Orientações para uso da Equipe de Saúde Prisional

### FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR

Esta ficha não será preenchida, uma vez que o sistema prisional não é considerado domicílio, mas instituição de custódia.

### FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (COM QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE)

Esta ficha deverá ser preenchida por qualquer profissional da equipe de saúde prisional (EABP), da equipe da atenção à saúde do sistema penitenciário (EPEN) ou da equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (EAP). Preferencialmente, esse profissional deve ser de nível médio.

O preenchimento da ficha deve ocorrer no momento do acolhimento da pessoa privada de liberdade no sistema prisional, de forma a garantir o reconhecimento dos agravos prévios à entrada no sistema, bem como durante a continuidade do cuidado para aqueles que já se encontram institucionalizados e não possuem cadastro em saúde.

Fica a critério da equipe de saúde prisional a decisão de permitir que a ficha seja preenchida por pessoa privada de liberdade que consegue remição de pena por trabalhar auxiliando em programas de educação e promoção da saúde e nos programas de apoio aos serviços de saúde.

**Cód. CNES UNIDADE** – a equipe de saúde prisional registra neste campo o código do CNES da UBS Prisional (UBSP), no caso da EAP, o registro será na unidade registrada no CNES.

**Nome Completo** – caso o usuário não possua documentação, deve-se preencher este campo com o nome fornecido pelo próprio.

**Data de nascimento** – caso o usuário não possua documentação, deve-se preencher este campo com a data de nascimento fornecida pelo próprio. Se não for possível obter a data de nascimento por meio de informação dada pelo próprio usuário, esta data deverá ser estimada pelo profissional que estiver realizando o cadastro individual, visto que é um campo de preenchimento obrigatório.

**Responsável familiar** – se a equipe de saúde prisional identificou, na ficha de cadastro domiciliar, família/núcleo familiar em situação de rua que apenas o responsável possui o cartão SUS, pode-se indicar somente este neste campo.

## **FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL**

Esta ficha deverá ser preenchida pelos profissionais de nível superior que compuserem a equipe de saúde prisional.

**Cabeçalho** – no cabeçalho da ficha é possível registrar dados de até três profissionais. É o preenchimento destes campos com dados de mais de um profissional que possibilita o registro do atendimento que foi realizado de forma compartilhada/conjunta entre profissionais da equipe de saúde prisional e de outras equipes da Atenção Básica.

Vale lembrar que cada mudança no arranjo dos profissionais envolvidos no atendimento compartilhado irá requerer nova ficha. Por exemplo, dois atendimentos do médico com o enfermeiro naquele dia podem ser registrados na mesma ficha, mas, se o terceiro atendimento do médico for com o psicólogo, será necessária nova ficha com cabeçalho diferente. Se o responsável pelo atendimento for o médico, apenas este profissional irá registrar as atividades nas fichas como atendimentos compartilhados, incluindo o CNS e CBO dos outros profissionais (no caso descrito, o enfermeiro e o psicólogo). Ainda seguindo o exemplo, o enfermeiro e o psicólogo não devem registrar novamente estas atividades.

**Cód. CNES UNIDADE** – a equipe de saúde prisional registra neste campo o código do CNES da UBSP.

**Data de nascimento** – assim como na ficha de cadastro individual, caso o usuário não possua documentação, deve-se preencher este campo com a data de nascimento fornecida pelo próprio. Se não for possível obter a data de nascimento por meio de informação dada

pelo usuário, esta data deverá ser estimada pelo profissional que estiver realizando o atendimento. Se o usuário atendido já possuir data de nascimento estimada registrada em prontuário clínico, esta deve ser utilizada para o preenchimento da ficha.

**Tipos de atendimento** – neste campo constam os tipos de atendimento detalhados a seguir.

- **Consulta agendada programada/Cuidado continuado:** para as equipes de saúde prisional, o atendimento caracterizado como cuidado continuado acontece quando o usuário em situação de custódia já foi cadastrado e, para o caso em questão, não bastará um atendimento pontual, exigindo um cuidado continuado por determinado período de tempo. Por exemplo: uma situação em que o médico ou o enfermeiro fará o acompanhamento de um paciente com tuberculose.
- **Consulta agendada:** realizada dentro das instalações da UBSP a partir de agendamento feito por profissional da equipe de saúde prisional.
- **Demanda espontânea:** os atendimentos à demanda espontânea são de três tipos:
  - **Escuta inicial/orientação:** ocorre quando, em um primeiro contato com o usuário, os profissionais de nível superior das equipes de saúde prisional realizam apenas a escuta qualificada e orientam o usuário, de acordo com suas habilidades e competências, em relação às questões gerais de saúde. Após a escuta inicial, o profissional pode encaminhar este usuário para a avaliação de outro profissional ou liberá-lo.
  - **Consulta no dia:** ocorre quando os profissionais de nível superior das equipes de saúde prisional realizam atendimento relacionado a enfermidades e/ou a questões específicas na saúde, independentemente deste ser ou não o primeiro contato com o usuário. Devem ser registrados, neste campo, apenas casos que não caracterizem urgência.
  - **Atendimento de urgência:** os casos de primeiro atendimento de urgência deverão ser indicados neste campo.

**Problema/Condição Avaliada** – esse bloco deve ser utilizado para registrar problemas/condições de saúde avaliados e manejados pelo profissional de saúde no momento do atendimento. Orienta-se para que, nos casos em que o problema/condição avaliado for transtorno mental, HIV, tipo de câncer não especificado no campo de rastreamento ou outra questão não especificada anteriormente, o registro seja feito através do código CIAP ou do código CID. Isto possibilitará o maior detalhamento da informação e monitoramento adequado das ações das equipes de saúde prisional.

## FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

Esta ficha poderá ser utilizada tanto pelo cirurgião dentista quanto pelo técnico em saúde bucal (TSB) que compuserem a equipe de saúde prisional, para atendimentos realizados na UBSP.

**Data de nascimento** – seguir a orientação dada para a ficha de atendimento individual.

## FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

A ficha de atividade coletiva é uma das importantes mudanças trazidas pelo e-SUS AB e dialoga bastante com o cotidiano de trabalho de muitas equipes de saúde prisional. Nela é possível indicar quando há mais de um profissional envolvido na atividade, o público-alvo, os temas abordados, entre outras informações. Ressalte-se que poderão ser indicados nesta ficha apenas os profissionais participantes da atividade realizada que possuírem cadastro no CNES. Não será possível identificar, por exemplo, profissionais da rede SUAS que tenham participado da atividade coletiva. Para orientações quanto ao preenchimento de cada campo, ler o item específico para a ficha presente neste manual.

## FICHA DE VISITA DOMICILIAR

Esta ficha não será preenchida, uma vez que o sistema prisional não é considerado domicílio, mas instituição de custódia.

## 9.4 Orientações para uso na Atenção Domiciliar

O CDS, no âmbito do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), é composto por duas fichas de uso exclusivo das equipes que compõem o SAD: a **ficha de avaliação de elegibilidade e admissão** e a **ficha de atendimento domiciliar**. Além disso, as equipes de AD também devem utilizar a Ficha de Atividade Coletiva da Atenção Básica, sobretudo, para registro do processo de qualificação do cuidador.

Os dados cadastrais são compartilhados entre as equipes da Atenção Básica e da Atenção Domiciliar (nesse momento, apenas as equipes que compartilhem a mesma instalação de CDS ou PEC). Portanto, caso o cidadão já tenha sido cadastrado por uma equipe da Atenção Básica que utilize a mesma instalação de CDS que o SAD, as informações de cadastro básicas já estarão disponíveis no sistema, sendo necessário apenas o registro das informações referentes à admissão do usuário no SAD.

A seguir, serão apresentadas as fichas do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) com a descrição dos campos disponíveis para o preenchimento das informações, os conceitos associados a cada um deles e as regras para preenchimento e digitação no



sistema. No processo de desenvolvimento do sistema, buscou-se maior correspondência visual possível entre a estrutura das fichas impressas e a estrutura do sistema eletrônico para a digitação das informações da ficha, tornando mais intuitivo esse fluxo de dados.

*Atenção: os campos assinalados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório. Os campos com a figura geométrica: “□” são de múltipla escolha (ou seja, pode assinalar mais de uma opção), enquanto os que contêm a figura geométrica “○” são de opção única.*

### **IMPORTANTE!**

O fluxo de atualização dos sistemas de *software* é diferente do fluxo de atualização das fichas usadas para coleta simplificada.

**Nota:** as fichas do CDS podem passar por alterações/melhorias anuais, conforme a necessidade apontada pelos municípios e a pactuação prévia que será proposta para discussão tripartite. Por isso, é importante que os gestores e coordenadores da Atenção Domiciliar estejam atentos à previsão de alteração de fichas para o planejamento da produção gráfica destas.

**Quadro 63 – Distribuição das fichas CDS por tipo de equipe da Atenção Domiciliar**

Tipo de equipe	Ficha de elegibilidade	Ficha de atendimento	Ficha de atividade coletiva
EMAD – profissionais de nível médio		X	X
EMAD – profissionais de nível superior	X	X	X
EMAP		X	X

Fonte: DAB/SAS/MS.

## **FICHA DE AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO**

A ficha de avaliação de elegibilidade e admissão é um instrumento de coleta de dados das ações de avaliação e admissão realizadas pelas equipes. É para uso individual, ou seja, a ficha é utilizada para registro de apenas um cidadão. Sendo a EMAD responsável pela admissão dos cidadãos no Serviço de Atenção Domiciliar, esta ficha deve ser preenchida com dados de um profissional de nível superior, ainda que outros profissionais, inclusive de nível médio, façam parte da avaliação.

*Atenção: A ficha de avaliação deve ser preenchida todas as vezes que for realizada avaliação do cidadão, mesmo que no momento o usuário não seja admitido no SAD.*

## Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento contém um bloco para a identificação e controle da digitação. Este registro é importante na organização do trabalho no nível local. Esse bloco possui os campos DIGITADO POR, CONFERIDO POR, DATA e FOLHA Nº, os quais serão preenchidos pelo digitador das fichas e não pelo profissional de saúde.

**Figura 54 – Cabeçalho da ficha de avaliação de elegibilidade e admissão**

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Quadro 64 – Bloco Cabeçalho

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DIGITADO POR	Nome do profissional que digitou a ficha.
DATA	Dia/mês/ano em que a digitação foi realizada no sistema.
CONFERIDO POR	Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Esse campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, através da inserção da numeração das folhas.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Dados de identificação da equipe e do profissional que realizou a avaliação

**Figura 55 – Identificação do profissional e da equipe**

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	TURNO:*	DATA:*
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	M T N	/ /

Fonte: DAB/SAS/MS.

Ver no quadro a seguir as orientações para preenchimento desse bloco.



instalação que integre mais serviços (por exemplo, ESF) para que os dados de cadastro possam ser compartilhados.

**Quadro 66 – Bloco de identificação do cidadão**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº CARTÃO SUS*	Preencha o número do cartão nacional do SUS do cidadão que está sendo avaliado.
DATA DE NASCIMENTO*	Preencha a data de nascimento do cidadão, no formato dd/mm/aaaa.
SEXO*	Assinale com um X no sexo: “F” se feminino; ou “M” se masculino.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Bloco de Origem

**Figura 57 – Origem**

ORIGEM (ASSINALAR)<sup>†</sup>

UBS  
  Hospital  
  Unidade de Pronto Atendimento  
  Cacon / Unacon  
  Hospital SOS - Urgência / emergência  
  Hospital SOS - demais setores  
 (Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1663/2012))  
  Outros

Fonte: DAB/SAS/MS.

Campo para registrar o serviço/equipe que encaminhou o cidadão para o acompanhamento em Atenção Domiciliar. Mesmo que o usuário já esteja no domicílio, deve-se registrar a informação do serviço que o encaminhou. Este campo é de preenchimento obrigatório.

**Quadro 67 – Bloco origem do usuário**

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
(01) UBS – Unidade Básica de Saúde	Encaminhamentos feitos por Equipe de Saúde da Família (todas as modalidades)/Equipe de Atenção Básica.
(06) Outros	Utilizar este campo para cidadãos que chegaram ao serviço por demanda espontânea, além de outros locais não previstos nos demais campos.
(11) Hospital	Encaminhamentos feitos por equipes de qualquer setor hospitalar, com exceção de hospitais vinculados ao Programa SOS Emergências.
(12) Unidade de Pronto Atendimento	Encaminhamentos feitos por equipes de UPA, de Pronto Atendimento, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência etc.
(13) Cacon/Unacon	Encaminhamentos feitos por equipes de Centros de Referências de Alta Complexidade em Oncologia/Unidades de Assistência de Alta Complexidade.

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
(14) Urgência/emergência Hospital SOS	Encaminhamentos feitos por equipes dos setores de urgência e emergência de hospitais vinculados ao Programa SOS Emergências.
(15) Hospital SOS <sup>1</sup> - demais setores	Encaminhamentos feitos por equipes dos setores de hospitais vinculados ao Programa SOS Emergências.

Fonte: DAB/SAS/MS.

Nota: <sup>1</sup> Hospitais SOS = Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1.663/2012).

## Condição(ões) avaliada(s)

Figura 58 – Bloco Condição(ões) avaliada(s)

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológico
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não-oncológico
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-gástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-enteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID (principal):*   _____	CID (secundário):   _____	CID (secundário):   _____
---------------------------	---------------------------	---------------------------

Fonte: DAB/SAS/MS.

Esse bloco deve ser utilizado para registrar situações/condições presentes e/ou avaliadas pelo profissional de saúde na avaliação de elegibilidade para possível admissão.

O campo “CID principal” é de preenchimento obrigatório e deve selecionar a patologia/lesão/situação de saúde que motivou a admissão do cidadão em AD, utilizando a Classificação Internacional de Doenças, versão 10, CID 10. O campo “CID secundário” é opcional e deve ser utilizado para registro de outras doenças que o cidadão apresenta. Nos casos em que já exista um diagnóstico prévio indicado nos documentos de encaminhamento/referência para o SAD, o CID principal pode ser preenchido por qualquer profissional da EMAD.

Atenção: no momento da digitação o sistema não aceita que o CID secundário seja igual ao CID primário.

O registro das condições avaliadas serve para facilitar a identificação e o registro de situações frequentes na AD, auxiliando na organização do trabalho da equipe e na análise da produção. Não deve, portanto, substituir o registro de informações no prontuário.

## Conclusão

Figura 59 – Bloco Conclusão

CONCLUSÃO*	
ELEGÍVEL - MODALIDADE DE AD: (ver legenda) <input type="radio"/> AD 1 <input type="radio"/> AD 2 <input type="radio"/> AD 3	<input type="radio"/> INELEGÍVEL
<input type="radio"/> Admissão na própria EMAD	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra EMAD	<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

Fonte: DAB/SAS/MS.

Nesse bloco, será definido se o cidadão será admitido ou não no SAD, classificando-o em:

- **ELEGÍVEL** na modalidade AD1, AD2 ou AD3: podendo ser admitido na própria EMAD; encaminhado para outra EMAD; encaminhado para Atenção Básica; ou, ainda, ter outros tipos de encaminhamento. Uma vez classificado como AD1, o recomendado em seguida seria marcar “encaminhamento para Atenção Básica”. Essa classificação não impede que o acompanhamento seja feito também pelo SAD.
- **INELEGÍVEL**: ou seja, quando o cidadão não será admitido no SAD, apresentando-se as seguintes justificativas: instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência; outro motivo clínico; ausência de cuidador (em casos com necessidade); ou outras condições familiares impeditivas do cuidado domiciliar.

O quadro a seguir descreve as situações citadas.

**Quadro 68 – Bloco Classificação da Atenção Domiciliar em modalidades**

MODALIDADE DE AD	
<b>AD1</b>	Atenção Domiciliar tipo 1: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (eSF, Eab, NASF), por meio de visitas regulares em domicílio no mínimo uma (1) vez por mês. Refere-se a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, os de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento da Atenção Básica.
<b>AD2</b>	Atenção Domiciliar tipo 2: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade das equipes de Atenção Domiciliar – Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), mantendo-se o cuidado compartilhado com as equipes de Atenção Básica. Referem-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Exemplos de situações que caracterizam AD2: demanda de monitoramento frequente de sinais vitais; adaptação ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; necessidade de medicação parenteral.
<b>AD3</b>	Atenção Domiciliar tipo 3: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD3 é de responsabilidade das equipes de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP), mantendo-se o cuidado compartilhado com a equipe de Atenção Básica. Refere-se ao usuário de AD2 que demanda também o uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 69 – Bloco Conclusão da avaliação**

CONCLUSÃO	TIPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
<b>ELEGÍVEL</b>	Admissão na própria EMAD	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é elegível para a Atenção Domiciliar e será acompanhado pela própria equipe que está realizando a avaliação.
	encaminhado para outra EMAD	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é elegível para a Atenção Domiciliar e será encaminhado para acompanhamento por outra EMAD.
	encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é elegível para a Atenção Domiciliar, na modalidade AD1, e será encaminhado para acompanhamento de equipe da Atenção Básica.
	Outro encaminhamento	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é elegível para Atenção Domiciliar e terá encaminhamento diferente.
<b>INELEGÍVEL</b>	Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é inelegível para a Atenção Domiciliar em função de instabilidade clínica, que acarretaria risco ao cuidado no domicílio e demandaria monitorização contínua.
	Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos com urgência	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é inelegível para a Atenção Domiciliar em função de necessitar de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência.





### Quadro 70 – Segundo bloco de identificação do usuário

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO	
NOME COMPLETO	Preencha o nome completo do usuário. Obrigatório no caso de cadastramento.	
NOME SOCIAL	Registro do nome social, independentemente do registro civil do cidadão, caso necessário.	
NOME COMPLETO DA MÃE	Preencha o nome completo da mãe do cidadão. Caso o usuário não tenha essa informação, marcar como “desconhecido”.	
MUNICÍPIO/UF DE NASCIMENTO	No caso de cidadãos brasileiros, preencher com o nome do município e a Unidade da Federação de nascimento. Obrigatório no caso de cadastramento.	
ESTRANGEIRO	Assinale esta opção caso o cidadão seja nascido e registrado fora do território brasileiro.	
RAÇA/COR	Assinale a raça/cor autodeclarada do indivíduo. Este campo é de preenchimento obrigatório, com as opções:	
	Branca	Pessoa que se autodeclarar branca. <sup>1</sup>
	Preta	Pessoa que se autodeclarar preta ou negra. <sup>1</sup>
	Parda	Pessoa que se autodeclarar parda, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, morena, ou mestiça. <sup>1</sup>
	Amarela	Pessoa que se autodeclarar amarela, ou seja, de origem japonesa, chinesa, coreana. <sup>1</sup>
Indígena	Pessoa que se autodeclarar indígena. <sup>1</sup>	

Fonte: DAB/SAS/MS.

Nota: <sup>1</sup> Conforme a Pesquisa nacional por amostra de domicílios (IBGE, 2010).

### Figura 61 – Bloco Endereço

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA			
TIPO DE LOGRADOURO:**	NOME DO LOGRADOURO:**	N°:**	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:**		
MUNICÍPIO:**	UF:**	CEP:	
TELEFONES PARA CONTATO			
TELEFONE RESIDENCIAL: ( )		TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )	

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Quadro 71 – Bloco de localização do usuário

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
TIPO DE LOGRADOURO	Preencha o tipo de logradouro: avenida, rua, beco, travessa etc.
NOME DO LOGRADOURO	Preencha com o nome da rua ou logradouro do domicílio do cidadão.
Nº	Preencha com o número do domicílio do cidadão. Campo numérico ou “S/N” caso sem número.
BAIRRO	Escreva o bairro em que o usuário reside atualmente. Pode ser preenchido com nomes e números (alfanuméricos).
MUNICÍPIO	Escreva do município em que o usuário reside atualmente. Informações conforme tabela do IBGE. Disponível em: <a href="http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1">http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1</a> . Este campo é de preenchimento obrigatório no caso de admissão do usuário.
UF	Escreva a UF de residência do cidadão conforme tabela do IBGE.

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
TELEFONE RESIDENCIAL	Anote o número do telefone fixo do domicílio do cidadão, incluindo o código de Discagem Direta a Distância (DDD).
TELEFONE DE REFERÊNCIA	Anote o número do telefone, incluindo o DDD, de telefone no qual se possa deixar recado para o usuário, preferencialmente que seja um telefone fixo ou contato próximo ao domicílio.
E-MAIL	Endereço de correio eletrônico do usuário.

Fonte: DAB/SAS/MS.

### Figura 62 – Bloco Cuidador

**CUIDADOR**

Não possui
  Cônjuge / Companheiro(a)
  Filho(a) / Enteadado(a)
  Pai / Mãe
  Avô / Avó
  Neto(a)
  Irmão(ã)
  Outro

Fonte: DAB/SAS/MS.

O cuidador é a referência da família para as equipes de Atenção Domiciliar, que tanto pode ser alguém da própria família ou vizinho que se dispõe a cuidar, como alguém contratado para exercer essa função. O bloco do cuidador permitirá traçar o perfil desse ator que tem fundamental importância no plano terapêutico estabelecido para o usuário.

### Quadro 72 – Grau de parentesco do cuidador

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
NÃO POSSUI	Marcar quando o cuidado não tem nenhum grau de parentesco com o usuário.
CÔNJUGE/COMPANHEIRO	Marcar se o cuidador for casado legalmente ou que simplesmente vive no mesmo teto do usuário.
FILHO(A)/ENTEADO(A)	Marcar se o cuidador for filho ou enteado do usuário.
PAI/MÃE	Marcar se o cuidado for pai/mãe do usuário.
AVÔ/AVÓ	Marcar se o cuidador for avô/avó do usuário.
NETO(A)	Marcar se o cuidador for neto(a) do usuário.
IRMÃO(Ã)	Marcar se o cuidador for irmão(ã) do usuário.
OUTRO	Marcar se o cuidador tiver outro grau de parentesco que não descrito anteriormente.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## FICHA DE ATENDIMENTO

A ficha de atendimento domiciliar é o instrumento para coleta de dados dos atendimentos realizados pelos profissionais de níveis médio e superior de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

A ficha será utilizada por cada profissional, com espaço para informações referentes a até 13 atendimentos dispostos em posição vertical. Caso a quantidade de atendimentos em um dia exceda esse número, o profissional deverá utilizar outra ficha de atendimento.

## Cabeçalho

**Figura 63 – Cabeçalho da ficha de atendimento**

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: DAB/SAS/MS.

O cabeçalho do instrumento, assim como na ficha de avaliação, tem um bloco para a identificação e o controle da digitação, que é importante na organização do trabalho em nível local. Esse bloco será preenchido pelo digitador.

## Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional

**Figura 64 – Bloco identificação do profissional e da equipe**

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	CBO:*	DATA:*
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□	/ /

Fonte: DAB/SAS/MS.

O bloco de identificação do atendimento compreende o registro de informações referentes à equipe e ao profissional de saúde. Esse bloco difere da ficha de elegibilidade apenas pelo campo “turno”, que deverá ser informado em cada atendimento, constando no bloco seguinte. Assim essa ficha deverá ser de produção diária. Exemplo: se, no dia 10 de fevereiro, o profissional realizou dez atendimentos domiciliares, no dia seguinte, 11 de fevereiro, ele deve iniciar com uma nova ficha, mesmo que tenha sobrado espaço para outros atendimentos na ficha do dia anterior. As fichas de coleta de dados trazem a informação individualizada por usuário do serviço de saúde, por meio do número do Cartão Nacional do SUS (CNS), além da identificação do estabelecimento de saúde e dos profissionais de saúde envolvidos, que também é feita pelo número do CNS.

### Quadro 73 – Bloco de identificação da equipe

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº DO CARTÃO SUS (CNS) DO PROFISSIONAL*	Preencha o número do cartão nacional do SUS do profissional que realizou a avaliação. Observe que o CNS utilizado deve ser o mesmo que consta no cadastro deste profissional no CNES.
CÓD. CNES UNIDADE*	Preencha o código Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente ao estabelecimento no qual o SAD está sediado. Observe que o CNES deve ser o mesmo habilitado por portaria.
CÓD. INE EQUIPE*	Preencha o código Identificador Nacional de Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.
CBO – CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES*	Preencha o número do Cadastro Brasileiro de Ocupações do profissional que realizou a avaliação. Observe que o código utilizado deve ser o mesmo que consta no cadastro deste profissional no CNES.
DATA*	Preencha a data em que ocorreu a avaliação, no formato dd/mm/aaaa.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

Obs.: em caso de dúvida a respeito dos códigos, consultar o CNES Net.

### Identificação do atendimento individual

Figura 65 – Bloco Identificação do atendimento individual

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº CARTÃO SUS <i>(Utilize uma coluna para cada cidadão atendido)</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Nesse bloco, serão identificados os dados dos usuários tais como: turno em que ele foi atendido (manhã, tarde ou noite), nº cartão SUS, data de nascimento, sexo e local de atendimento. O número do cartão SUS não é obrigatório em função de esse registro ainda estar em processo de universalização. Entretanto sua utilização é de suma importância, uma vez que é esse registro que permitirá a vinculação dos dados de todos os atendimentos de



MODALIDADE DE AD	
<b>AD2</b>	Atenção Domiciliar tipo 2: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade das equipes de Atenção Domiciliar – Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), mantendo-se o cuidado compartilhado com as equipes de Atenção Básica. Referem-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Exemplos de situações que caracterizam AD2: demanda de monitoramento frequente de sinais vitais; adaptação ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; necessidade de medicação parenteral.
<b>AD3</b>	Atenção Domiciliar tipo 3: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD3 é de responsabilidade das equipes de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP), mantendo-se o cuidado compartilhado com a equipe de Atenção Básica. Refere-se ao usuário de AD2 que demanda também o uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Tipo de atendimento

**Figura 67 – Bloco Tipo de atendimento**

Tipo Atendimento*	Atendimento programado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Atendimento não programado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Esse bloco indica qual o tipo de atendimento realizado ao usuário do serviço de saúde.

**Quadro 76 – Tipo de atendimento**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREECHIMENTO
ATENDIMENTO	<b>PROGRAMADO:</b> assinale este campo caso o atendimento tenha sido programado previamente.
	<b>NÃO PROGRAMADO:</b> assinale este campo caso o atendimento tenha sido realizado em função de demanda do usuário/cuidadores, outro serviço ou outros, não tendo sido programado previamente pela equipe.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Situações presentes e/ou avaliadas e CID

**Figura 68 – Bloco Situações presentes e/ou avaliadas e CID**

Condição(ões) avaliada(s) (assinale as condições avaliadas no atendimento)	Acamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda naso-gástrica - SNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda naso-enteral - SNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação ao uso de órtese/prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reabilitação domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados paliativos oncológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados paliativos não-oncológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suporte ventilatório não invasivo - CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diálise peritoneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Paracentese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medicação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CID													
	CIAP													

Fonte: DAB/SAS/MS.

O bloco de situações/condições presentes deve ser utilizado para registrar situações/condições presentes e/ou avaliadas pelo profissional de saúde no atendimento do cidadão. As situações presentes devem ser assinaladas em todos os atendimentos, e a ausência de marcação indicará que a situação/condição deixou de ocorrer.

*Atenção: este registro serve para facilitar a identificação e o registro de situações frequentes na AD, auxiliando na organização do trabalho da equipe e na análise da demanda. Não deve, portanto, substituir o registro de informações na evolução e o registro de procedimentos.*

**Quadro 77 – Orientação quanto ao CID**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CID	Utilize esse campo para registro da patologia/lesão que motivou o atendimento domiciliar do cidadão. É possível repetir o CID de admissão do paciente ou utilizar algum CID que tenha motivado especificamente este atendimento.
CIAP	Utilize este campo para registro da CIAP que motivou o atendimento domiciliar do cidadão.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Procedimentos realizados

Figura 69 – Bloco Procedimentos

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibioticoterapia parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atend. / acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atend. Fisioterapêutico paciente c/ transt. Respiratório s/ complicações sistêmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento médico com finalidade de atestar óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vesical de demora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados com estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados com traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de pontos de cirurgias básicas <i>(por paciente)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondagem gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de reidratação oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de reidratação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia fonoaudiológica individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de traumatismos de localização especif./ não especificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento em reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita domiciliar pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

O objetivo desse bloco é o registro dos procedimentos realizados. Devem-se assinalar os procedimentos realizados durante o atendimento ao cidadão, considerando-se as regras para procedimentos estabelecidas no SIGTAP (por exemplo, relação de procedimento com CBO). Caso não tenham sido realizados procedimentos, não se faz necessário acrescentar nenhuma informação, visto que o sistema contabilizará essa visita considerando os dados do profissional constantes no cabeçalho.

Os campos abertos para registro de outros procedimentos devem ser utilizados para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem disponível na ficha, considerando que procedimentos restritos por habilitações ou classificações de serviço poderão ser visualizados através de relatórios, mas não serão contabilizados no relatório de BPA. Caso tenham sido realizados mais que quatro procedimentos não constantes na listagem, o profissional deve eleger os quatro principais. Sugere-se que sejam registrados apenas os procedimentos mais característicos da AD. Assim, não há necessidade de



registrar, por exemplo, procedimento de verificação de pressão arterial, sendo que este é um procedimento intrínseco ao processo de avaliação clínica de qualquer usuário.

*Atenção: vale ressaltar uma mudança significativa em relação aos registros de procedimentos no RAAS. Devido ao e-SUS conter informações oriundas do CNES e ter entradas individualizadas e registros por turno, não será necessário o registro de procedimentos relativos a consultas, visitas, atendimento. Estas informações serão obtidas do cabeçalho da ficha, ou seja, conforme o CNS e CBO do profissional.*

No caso de profissional de nível superior, serão contabilizados automaticamente os seguintes procedimentos: “consulta/atendimento domiciliar” e “visita domiciliar por profissional de nível superior”. Por sua vez, os profissionais de nível médio terão registros automáticos de: “assistência domiciliar por profissional de nível médio” e “visita domiciliar por profissional de nível médio”.

Por exemplo, quando um cirurgião dentista realiza uma visita e assinala o campo de atendimento domiciliar ao registrar os dados do usuário, automaticamente, será gerado um registro dos procedimentos 03.01.01.013-7 – Consulta/atendimento domiciliar e 03.01.05.014-7 – Visita domiciliar por profissional de nível superior. A visita multiprofissional (03.01.05.002-3 – Assistência domiciliar por equipe multiprofissional) será atribuída nas situações de mais de um CNS de profissional e CBO registrados para o mesmo usuário, no mesmo dia e turno.

## Conduta/desfecho

**Figura 70 – Bloco Conduta**

Conduta / Motivo de Saída	Alta administrativa da AD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Alta Clínica da AD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Encaminhamento para Atenção Básica (AD1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Urgência/emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Internação hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Saída por óbito/final de acompanhamento pós-óbito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Esse bloco de informação é utilizado para registrar a conduta/desfecho após o atendimento realizado, caso necessário. Este campo deve ser utilizado todas as vezes que o

cidadão deixar de ser acompanhado pela equipe, ainda que temporariamente. Por exemplo, caso o cidadão seja encaminhado para internação hospitalar, ainda que com previsão de retorno breve para o SAD, deve-se assinalar a conduta “internação hospitalar”.

**Atenção:** nos casos de **permanência do cidadão em acompanhamento na equipe, deixar esse bloco em branco.**

**Quadro 78 – Conduta ou motivo da saída**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO / PREENCHIMENTO
Alta Administrativa da AD	Utilize este desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mudança de área de abrangência (devendo ser transferido para a equipe responsável pela área do novo domicílio, seja SAD, seja Atenção Básica);</li> <li>• impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio (nos casos em que há necessidade);</li> <li>• não aceitação do acompanhamento;</li> <li>• solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar;</li> <li>• não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo.</li> </ul>
Alta Clínica da AD	Utilize este desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cura;</li> <li>• recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde.</li> </ul>
Encaminhamento para Atenção Básica (AD1)	Utilize esta conduta/desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a Atenção Básica;</li> </ul>
Urgência/Emergência	Utilize esta conduta/desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• situação clínica que demande encaminhamento para serviço de urgência/emergência, seja encaminhado pela equipe, seja por procura espontânea do usuário/cuidador.</li> </ul>
Internação hospitalar	Utilize este desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• piora clínica que justifique internação hospitalar.</li> </ul>
Saída por óbito/Final de acompanhamento pós-óbito	Utilize este desfecho nas situações de óbito do usuário em acompanhamento e no encerramento do acompanhamento das famílias que foram visitadas mesmo após o óbito do usuário.

Fonte: DAB/SAS/MS.

## Acompanhamento pós-óbito

**Figura 71 – Bloco Acompanhamento pós-óbito**

Início de acompanhamento pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fonte: DAB/SAS/MS.

Campo utilizado para registrar o início de acompanhamento pós-óbito. Esse campo deve ser assinalado no atendimento posterior à constatação de óbito do cidadão, nas situações em que ocorrerá acompanhamento da família/cuidador mesmo após o óbito. No caso de saída do SAD sem que exista previsão de acompanhamento pós-óbito, este campo não deve ser marcado, sendo marcado apenas o desfecho de “saída por óbito”.

Os campos, “saída por óbito” e “acompanhamento pós-óbito” definem o tipo de vínculo que a equipe vai estabelecer com a família mesmo após o óbito do cidadão. No primeiro há um desligamento do serviço de Atenção Domiciliar, tendo o óbito como demarcador desse atendimento, atribuído para outro nível de atenção a continuidade/longitudinalidade do cuidado. Já no segundo, “acompanhamento pós-óbito”, o SAD ainda se responsabiliza de forma compartilhada com os profissionais da Atenção Básica no cuidado dos familiares que sofrem (física ou emocionalmente) com a perda de um integrante da família. A seguir, são oferecidos alguns exemplos para o uso desse campo.

**Exemplo 1:**

No dia 22 de abril de 2015, o SAD é acionado pela família, comunicando que João, um senhor de 65 anos e que estava sendo acompanhado há dois meses, havia falecido. A equipe vai até o domicílio para atestar o óbito, mas identifica que a família está bastante mobilizada, e que seriam necessárias novas visitas para ofertar cuidado aos familiares. No dia 2 de maio, a equipe realiza nova visita. No dia 10 de maio, retorna ao domicílio e avalia que a família está ainda em sofrimento, mas em processo saudável de luto. Assim, nessa terceira visita, a equipe avalia que a família tem condições de seguir sem o suporte da equipe do SAD e, portanto, encerra o acompanhamento.

Como deve ser o registro dessa situação (a seguir, apenas os campos relacionados com a temática do acompanhamento pós-óbito):

- Dia 22/04:
  - marcar procedimento “atendimento médico com a finalidade de atestar o óbito”. (médico);
  - marcar “início de acompanhamento pós-óbito” (qualquer profissional da EMAD ou da EMAP).
- Dia 02/05:
  - marcar procedimento “visita domiciliar pós-óbito” (qualquer profissional da EMAD ou da EMAP).
- Dia 10/05:
  - marcar procedimento “visita domiciliar pós-óbito” (qualquer profissional da EMAD ou da EMAP);
  - marcar “saída por óbito/final de acompanhamento pós-óbito”.

### Exemplo 2:

A equipe EMAD Terra está acompanhando dona Ana, senhora de 89 anos em estágio final de câncer. Há necessidade de visitas frequentes para administração de analgésicos e apoio aos familiares, sendo que há visitas intercaladas entre a EMAD e a ESF Água. No dia 01/01 (feriado), a EMAD é acionada em função do falecimento de dona Ana. A equipe vai ao domicílio para realizar a declaração de óbito e avalia que a família não necessitará de acompanhamento pós-óbito, uma vez que seguirão acompanhamento regular com a ESF Água.

Como deve ser o registro dessa situação (a seguir, apenas os campos relacionados com a temática do acompanhamento pós-óbito):

- Dia 22/04:
  - marcar procedimento “atendimento médico com a finalidade de atestar o óbito”. (médico)
  - marcar “saída por óbito/final de acompanhamento pós-óbito” (qualquer profissional da EMAD ou da EMAP).

## FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

A ficha de atividade coletiva pode ser utilizada tanto na Atenção Básica quanto no SAD, sendo destinada ao registro das ações realizadas com o teor tanto da organização e qualificação do processo de trabalho da própria equipe quanto agrupamentos de usuários/familiares/cuidadores em acompanhamento. Deve ser utilizada, por exemplo, para reuniões de equipe e espaços de educação permanente, bem como para as atividades em grupos e espaços de capacitação de familiares ou cuidadores.

Figura 72 – Ficha de atividade coletiva

DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO
/ /	:	:	□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□
□□□□□□□□	□□□		□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□
LOCAL DE ATIVIDADES:			□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□
			□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□
			□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 79 – Identificação e controle da atividade coletiva

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DATA DA ATIVIDADE*	Dia/mês/ano em que foi realizada a atividade coletiva.
HORA INÍCIO	Horário de início da atividade.
HORA FIM	Horário de término da atividade.
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)	Esse campo é específico para o Programa Saúde na Escola (PSE), portanto não é necessário seu preenchimento para Atenção Domiciliar.

PROGRAMAÇÃO DO NÚMERO DE PARTICIPANTES	Número de participantes previsto para participar da atividade.
LOCAL DA ATIVIDADE	Campo descritivo para informar o local onde a atividade foi realizada. Auxilia a equipe na organização interna da atividade. Exemplos: UBS, igreja, associação de moradores etc.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## Atividades realizadas

O bloco está subdividido em dois tipos de atividades. O primeiro tipo são as ações estruturantes para a organização dos processos de trabalho da equipe, a partir da marcação das opções 01, 02 ou 03. Ao assinalar uma dessas opções, será necessário registrar obrigatoriamente uma ou mais opções do bloco “TEMAS PARA REUNIÃO”. Os temas de reunião que podem ser registrados são: questões administrativas/funcionamento; processos de trabalho; diagnóstico do território/monitoramento do território; planejamento/monitoramento das ações da equipe; discussão de caso/projeto terapêutico singular; educação permanente; outros.

**Figura 73 – Bloco Atividades realizadas – Equipe**

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 80 – Primeiro bloco de atividades**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
01 – REUNIÃO DE EQUIPE	Opção utilizada para indicar uma reunião da própria equipe.
02 – REUNIÃO COM OUTRAS EQUIPES DE SAÚDE	Opção utilizada para indicar uma reunião da equipe com outras equipes de saúde (outras EMAD/EMAP; equipes de Atenção Básica; hospitalar; urgência e emergência etc.).
03 – REUNIÃO INTERSETORIAL/CONSELHO LOCAL DE SAÚDE/CONTROLE SOCIAL	Indica a realização de reunião com agentes externos da comunidade ou outros órgãos de governo.

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 81 – Temas relacionados ao primeiro bloco de atividades**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
01 - Questões administrativas/funcionamento	Marcar esta alternativa quando a reunião tiver como objetivo discutir questões administrativas da equipe (Coordenação/EMAD/EMAP).
02 - Processos de trabalho	Marcar esta alternativa quando a reunião tiver como objetivo discutir o processo de trabalho entre as equipes de Atenção Domiciliar.
03 - Diagnóstico do território/monitoramento do território	Marcar esta alternativa quando a reunião tiver como objetivo a discussão do território no que tange às responsabilidades das equipes de Atenção Domiciliar.
04 - Planejamento/monitoramento das ações da equipe	Marcar esta alternativa quando a reunião tiver como objetivo a discussão do planejamento, trabalho com indicadores, produção, sistema de informação etc.
05 - Discussão de caso/ projeto terapêutico singular	Marcar esta alternativa quando a reunião tiver como objetivo definir o conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva e interdisciplinar.
06 - Educação Permanente	Marcar esta alternativa quando a reunião tiver como objetivo o processo de educação permanente entre os profissionais.
07 - Outros	Marcar essa alternativa quando o objetivo da reunião não estiver descrito nos itens anteriores.

Fonte: DAB/SAS/MS.

O segundo bloco de atividades compreende as ações de saúde voltadas para a população e para os cuidadores, a partir da marcação das opções 04, 05, 06 ou 07. Quando forem marcadas essas opções, será necessário registrar obrigatoriamente ao menos uma opção do bloco “PÚBLICO-ALVO” e ao menos uma opção do bloco “PRÁTICAS/TEMAS PARA SAÚDE”. Para as atividades realizadas no âmbito da Atenção Domiciliar, sugere-se a opção 04 – “Educação em saúde”.

**Figura 74 – Bloco Atividades realizadas – População/Cuidadores**

ATIVIDADE (Opção Única)*					
04	Educação em saúde				
05	Atendimento em Grupo				
06	Avaliação / Procedimento Coletivo				
07	Mobilização Social				
PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*			
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável	18	Semana Saúde na Escola
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor	19	Agravos Negligenciados
03	Criança 4 a 5 anos	03	Saúde Ocular	20	Antropometria
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	21	Outros
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos	22	Saúde Auditiva
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador	23	Desenvolvimento da Linguagem
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)	24	Verificação da Situação Vacinal
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)	25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1
09	Familiares	09	Escovação Dental Supervisionada	26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia	27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física	28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC		
13	Usuário de Álcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz		
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental		
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal		
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental		
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva		

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Atenção: no sistema, ao marcar o primeiro bloco de atividades, o segundo bloco ficará inativo e vice-versa. Assim, se as atividades a serem realizadas forem de blocos diferentes, devem ser utilizadas duas fichas de atividades coletivas.*

### **Público-alvo**

Esse bloco é utilizado para registrar na ficha de atividade coletiva qual é o público-alvo participante da ação em saúde. É possível marcar mais de uma opção e, como essa ficha também é utilizada para as atividades da Atenção Básica, tem-se a descrição de vários grupos específicos. Para Atenção Domiciliar, sugerem-se os seguintes grupos de público-alvo: 01 –

Comunidade em geral; 09 – Familiares; 11 – Pessoas com doença crônica; 15 – Pessoas com sofrimento ou transtorno mental; 17 – outros.

**Exemplo:**

A Coordenação de Atenção Domiciliar do município “X” elaborou um projeto para qualificação do cuidador. Estão programados quatro (4) encontros, que acontecerão no centro comunitário, nas sextas-feiras à tarde. O primeiro tema abordado será “Autocuidado de pessoas com doenças crônicas”. O convite foi feito para 30 cuidadores, mas apenas 25 participaram.

No cabeçalho da ficha de atividade coletiva, o profissional responsável deverá marcar a data, o horário do início e de fim da atividade. O nº do Inep, não é necessário preencher, pois, como descrito anteriormente, esse campo é específico para o PSE. No campo “programação de nº de participantes”, marcar 30 (número de cuidadores convidados); em “local de atividade”, informar Centro comunitário; preencher com “Nº do cartão SUS do profissional e CBO” os profissionais envolvidos para qualificação dos cuidadores.

No segundo bloco de atividades, marcar a opção “04 – Educação em saúde”; público alvo “17 – “outros”; em prática/temas para saúde, marcar a opção “04 – Autocuidado de pessoas com doenças crônicas”. Em seguida, preencher os dados do profissional responsável pela atividade realizada; o CNES da unidade; o INE; e o nº de participantes (25 cuidadores que de fato estiveram presentes).

O campo “nº de avaliações alteradas” e o verso da ficha são utilizados mais comumente na Atenção Básica em ocasião de atendimentos coletivos, portanto, não é necessário ser preenchido para Atenção Domiciliar, a menos que se trate de algum tipo de atividade que envolva avaliação/procedimento coletivo.

**Figura 75 – Público-alvo**

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

Fonte: DAB/SAS/MS.

**Quadro 82 – Fechamento da atividade**

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº DO CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL *	Número do Cartão Nacional do SUS (CNS) do profissional responsável pela atividade coletiva.
CÓD. CNES DA UNIDADE *	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) EMAD/EMAP em que o profissional está lotado.
CÓD. EQUIPE (INE)	Código identificador nacional de equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde em que o profissional está lotado.
Nº DE PARTICIPANTES	Número de participantes que efetivamente compareceram à atividade programada.
Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	Total de avaliações realizadas que apresentaram alteração (listada no bloco de identificação de usuários no verso da ficha de atividade coletiva). Este campo é preenchido automaticamente no sistema a partir dos dados dos usuários identificados no verso da ficha.
RÚBRICA/CARIMBO DO PROFISSIONAL	O profissional responsável deve rubricar e assinar neste local.

Fonte: DAB/SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.



*Atenção: as instruções para digitação das fichas no sistema estão no Capítulo 7 do manual do PEC, disponível em:*

[http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual\\_pec\\_1.3/index.php?conteudo=Cap07/Manualv1.3Cap07#h.3jr3lg2ejdmq](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_1.3/index.php?conteudo=Cap07/Manualv1.3Cap07#h.3jr3lg2ejdmq)

## 9.5 Orientações para uso na Vigilância Alimentar e Nutricional

É essencial que todos os profissionais da equipe de Atenção Básica se integrem no desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), de forma que as etapas do ciclo de gestão e produção do cuidado sejam compartilhadas e que todos compreendam o sentido dessas ações no cotidiano do trabalho (Brasil, 2015).

Para registrar as ações de VAN, é possível utilizar as seguintes fichas: **Ficha de Atendimento Individual (FAI)**, **Ficha de Atividade Coletiva (FAC)** e **Marcadores de Consumo Alimentar**. E, no intuito de qualificar as informações que serão incorporadas ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web), ressalta-se a importância de utilizar ainda as **Fichas de Cadastro Domiciliar e Individual**.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) realiza a integração completa com o Sisvan a partir da versão 2.0. À medida que a implantação nos municípios e as equipes de saúde aperfeiçoam o registro de dados, é garantida a utilização de todas as funcionalidades que esse sistema permite. Destaca-se que os dados coletados na rotina dos serviços de Atenção Básica devem ser enviados para o Sisab, independentemente do sistema de *software* utilizado (e-SUS AB ou outro sistema local); e, no que compete a dados de antropometria e de marcadores de consumo alimentar, todos os registros identificados com o respectivo Cartão Nacional de Saúde serão incorporados ao Sisvan Web, que corresponde ao sistema de gestão das informações da VAN.

No Sisvan Web, esses registros serão adequadamente compilados pela gestão federal, e serão gerados os relatórios sobre a situação alimentar e nutricional a partir dos acompanhamentos realizados na Atenção Básica.

### FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR

Esta ficha permite identificar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. É importante que seja realizado cadastro minucioso, pois essa identificação permite o mapeamento da população adstrita do território pela equipe de saúde. Para a gestão das informações da VAN, serão utilizados dados que possibilitem identificar o profissional e a respectiva equipe de saúde responsável pelo preenchimento, o estabelecimento de saúde com o endereço completo, contidos no cabeçalho.



<b>Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>Cód. CNES UNIDADE*</b>	<b>Cód. EQUIPE (INE)*</b>	MICROÁREA	<b>DATA:*</b>
_____	_____	_____	_____	____/____/____
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO</b>				
<b>Nº DO CARTÃO SUS</b>	RESPONSÁVEL FAMILIAR		DATA DE NASCIMENTO:	
_____	É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS		____/____/____	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		_____		
<b>NOME COMPLETO:*</b>				
_____				
NOME SOCIAL: _____				<b>DATA DE NASCIMENTO:*</b>
_____				____/____/____
<b>SEXO:*</b>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<b>RAÇA / COR:*</b>	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	
Nº NIS (PIS/PASEP): _____		_____		
<b>NOME COMPLETO DA MÃE:*</b>				
_____				
<input type="checkbox"/> Desconhecido				
<b>NACIONALIDADE:*</b>	<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:	TELEFONE CELULAR: ( ) _____	
<b>MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**</b>			E-MAIL: _____	
_____			_____	
<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR			OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente			_____	
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
<b>QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?</b>			<b>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</b>	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobrat, etc) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)			<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro				
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<b>É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL? _____		

Fonte: DAB/SAS/MS.

## FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Ficha destinada ao registro dos atendimentos realizados na Atenção Básica, considerando os diferentes locais de atuação das equipes de saúde: a UBS, a unidade móvel, a rua, o domicílio, a escola/creche, entre outros.

Os campos que compõem o cabeçalho e a identificação do usuário, como Cartão SUS, data de nascimento e sexo, são indispensáveis para a integração entre e-SUS AB e Sisvan Web.

Todos os atendimentos que apresentam o registro de dados antropométricos, como peso e altura, situação de aleitamento materno, data da última menstruação e hipertensão arterial ou diabetes avaliada.

**Figura 78 – Campos da Ficha de Atendimento Individual que apresentam interface com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web)**

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		CBO*		Cód. CNES UNIDADE*		Cód. EQUIPE (INE)*		DATA*					
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO		Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO							

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
TURNO		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Nº PRONTUÁRIO																	
Nº CARTÃO SUS																	
Data de nascimento*		Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento* (ver legenda)																	
Tipo Atendimento* Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Consulta Agendada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Escuta Inicial / Orientação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Consulta no Dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Atendimento de Urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação Antropométrica	Peso (kg)																
	Altura (cm)																
Vacinação em dia?		SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO
Criança		Aleitamento Materno (ver legenda)															
Gestante		DUM		Dia / Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano															
Gravidez Planejada		SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO	SI	NAO
Idade Gestacional (Semanas)																	
Gestas Prévias / Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Atenção Domiciliar		Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Doenças*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

## FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

A Ficha de Atividade Coletiva permite a identificação das atividades relacionadas à organização dos processos de trabalho da equipe e ações de saúde voltadas à população.

A partir desta ficha, é possível registrar os dados referentes à avaliação antropométrica com o respectivo nº do Cartão SUS. Para tanto, é necessário preencher o cabeçalho da ficha, selecionar a atividade, o público-alvo e as práticas/temas para saúde.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 31, de 14 de agosto de 2012. Procede à revisão do regime jurídico do arrendamento urbano, alterando o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Lei nº 6, de 27 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Série 1, n. 157, 14 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.fd.unl.pt/Anexos/Investigacao/6544.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Básica**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 48, 24 out. 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia de cadastramento de pessoas em situação de rua: cadastro único para programas sociais**. 2. ed. rev. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/capacitacao/capacitacao-cadastro-unico/arquivos/guia-de-castramento-de-pessoas-em-situacao-de-rua.pdf/view>>. Acesso em: 23 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual do entrevistador: cadastro único para programas sociais**. 2. ed. rev. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/capacitacao/capacitacao-cadastro-unico/arquivos/manual-do-entrevistador.pdf/view>>. Acesso em: 23 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.969, de 10 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a Aquisição, por Usucapião Especial, de imóveis rurais, altera a redação do § 2º do art. 589 do Código Civil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 1981. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1981/6969.htm>>. Acesso em: 23 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 23 out. 2012.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Programa Nacional de Habitação Rural – Grupo I**. Disponível em:

<[http://www1.caixa.gov.br/gov/gov\\_social/municipal/assistencia\\_tecnica/produtos/repasses/nhr\\_ogu/doc\\_benef.asp](http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/municipal/assistencia_tecnica/produtos/repasses/nhr_ogu/doc_benef.asp)>. Acesso em: 23 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico, 1991**. Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores: 2009. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad\\_sintese\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010**: Resultados Preliminares da Amostra. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_preliminares\\_amostra/notas\\_resultados\\_preliminares\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2012.





## QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ALCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). _____
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). _____
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? _____ <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Banitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior



# Anexo C – Ficha de Atendimento Individual

<b>e-SUS</b> Atenção Básica	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	
_____	_____	_____	_____	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO		NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO	NOCTURNO
Nº PRONTUÁRIO														
Nº CARTÃO SUS														
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo*		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Tipo Atendimento* Demandas Espontâneas	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Escuta inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação Antropométrica	Peso (kg)													
	Altura (cm)													
Vacinação em dia?		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança	Alimentação Materna (ver legenda)													
	DUM													
Gestante	Gravidez Planejada	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
	Idade Gestacional ( Semanas )													
	Gest. Prévia / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Atenção Doméstica													
Problema / Condição Avaliada*	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Nº																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																		
Problemas / Condição Avaliada*	Doenças Transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	Prevenção	Câncer do Colo do Útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
		Câncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
	Outros	CIAP2 - 01																														
		CIAP2 - 02																														
		CID10 - 01																														
Exames Solicitados (S) e Avaliados (A)	Coletar total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A			
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAB/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electroforese de Hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste Indireto de antígeno humana (Iia)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste da orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do olho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros (SA)	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ficou em Observação?	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
	NASF Polo	Avaliação / Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimentos Clínicos / Terapêutico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prescrição Terapêutica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduta*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento para Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aiça do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ Urgência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento Materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetense, ou diálise peritoneal.

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros \* Campo Obrigatório



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (assinale os proced. realizados)	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antibioticoterapia parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. / acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atend. Fisioterapêutico paciente c/ transt. Respiratório s/ complicações sistêmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento médico com finalidade de atestar óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo vesical de demora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados com traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sondagem gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia de reidratação parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terapia fonoaudiológica individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de traumatismos de localização especif./ não especificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento em reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita domiciliar pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimentos	Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condução / Motivo de Saída	Alta administrativa da AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alta Clínica da AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento para Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urgência/emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saída por óbito/final de acompanhamento pós-óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Início de acompanhamento pós-óbito		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Anexo E – Ficha de Atendimento Odontológico Individual

<b>e-SUS</b> Atenção Básica	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> <b>ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	CBO*	DATA* / /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	DTN	
Nº PRONTUÁRIO														
Nº CARTÃO SUS														
Data de nascimento*	Dia / mês		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
	Ano													
Sexo*	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	
Local de atendimento* (ver legend)														
Paciente com Necessidades Especiais														
Gestante														
Tipo de Atendimento	Consulta Agendada													
	Demanda Espontânea	Escola Inicial / Orientação												
		Consulta no Dia												
		Atendimento de Urgência												
Tipo de Consulta*	Primeira Consulta Odontológica Programática													
	Consulta de Retorno em Odontologia													
	Consulta de Manutenção em Odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dento alveolar													
	Alteração em tecidos moles													
	Dor de dente													
	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais													
	Fluorose dentária moderada ou severa													
	Traumatismo dento alveolar													
	Não identificado													
Procedimentos (Quantidade realizada)	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)													
	Adaptação de Prótese Dentária													
	Aplicação de cariostático (por dente)													
	Aplicação de selante (por dente)													
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)													
	Capejamento pulpar													
	Cimentação de prótese													
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico													
	Drenagem de abscesso													
	Evidenciação de placa bacteriana													
	Exodontia de dente decíduo													
	Exodontia de dente permanente													
	Instalação de prótese dentária													
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária													
	Orientação de Higiene Bucal													







Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
				PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CIV-SUS AB v.1.3.0

# Anexo G – Ficha de Procedimentos

<b>e-SUS Atenção Básica</b>	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>										DIGITADO POR:		DATA: / /	
											CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:	

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA:*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>TURNO</b>	M	T	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>															
<b>Nº CARTÃO SUS</b>															
<b>Data de nascimento*</b>	Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano														
<b>Sexo*</b>	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
<b>Local de atendimento*</b>															
<b>Escuta Inicial/Orientação</b>															
<b>Procedimentos Pequenas Cirurgias</b>	Acupuntura com Inserção de Agulhas														
	Administração de vitamina A														
	Cateterismo Vesical de Alívio														
	Cauterização Química de Pequenas Lesões														
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)														
	Cuidado de Estomas														
	Curativo Especial														
	Drenagem de Abscesso														
	Eletrocardiograma														
	Coleta de Citopatológico de Colo Uterino														
	Exame do Pé Diabético														
	Exérese/Biópsia/Punção de Tumores Superficiais de Pele														
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)														
	Infiltração em Cavidade Sinovial														
<b>Procedimentos Pequenas Cirurgias</b>	Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal														
	Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo														
	Retirada de Cerume														
	Retirada de Pontos de Cirurgias														
	Sutura Simples														
	Trigagem Oftalmológica														
	Tamponamento de Epistaxe														
	<b>Teste Rápido</b>	De Gravidez													
		Dosagem de Proteinúria													
		Para HIV													
		Para Hepatite C													
	<b>Administração de Medicamentos</b>	Para Sífilis													
		Oral													
		Intramuscular													
Endovenosa															
Inalação/Nebulização															
Tópica															
Penicilina para Tratamento de Sífilis															

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Procedimentos Consolidados

Total no Período	Aferição de PA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Aferição de Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Curativo Simples	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Coleta de material para Exame Laboratorial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Glicemia Capilar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medição de altura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medição de Peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo  
 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa  
 \* Campo Obrigatório

# Anexo H – Ficha de Visita Domiciliar

<b>e-SUS</b> Atenção Básica	<b>FICHA DE VISITA DOMICILIAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	DATA: / /
-----------------------------------	------	--------------------	--------------------	-----------

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO		U	T	U	T	U	T	U	T	U	T	U	T	U	T	U	T	U	T	U	T	U	T	U
Nº PRONTUÁRIO																								
Nº CARTÃO SUS																								
Data de nascimento*		Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		Ano																						
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Visita compartilhada com outro profissional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cadastramento / Atualização		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita Periódica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Método da Visita*	Básica A tiva	Consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoa com Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pessoa com Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Método da Visita*	Acompanhamento	Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sintomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Controle de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Destino*	Visita Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Visita Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)  
\* Campo Obrigatório

# Anexo I – Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar

	<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nome do Cidadão:\*

Data de Nascimento:\*/ / Sexo:  Feminino  Masculino Local de Atendimento:\*

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

\*\* Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

## Anexo J – Tipos de Logradouro

LOGRADOURO	LOGRADOURO	LOGRADOURO	LOGRADOURO
Acampamento	Corredor	Marina	Rotatória
Acesso	Córrego	Módulo	Rótula
Adro	Descida	Monte	Rua
Aeroporto	Desvio	Morro	Rua de ligação
Alameda	Distrito	Núcleo	Rua de pedestre
Alto	Elevada	Parada	Servidão
Área	Entrada particular	Paradouro	Setor
Área especial	Entrequadra	Paralela	Sítio
Artéria	Escada	Parque	Subida
Atalho	Esplanada	Passagem	Terminal
Avenida	Estação	Passagem subterrânea	Travessa
Avenida contorno	Estacionamento	Passarela	Travessa particular
Baixa	Estádio	Passeio	Trecho
Balão	Estância	Pátio	Trevo
Balneário	Estrada	Ponta	Trincheira
Beco	Estrada municipal	Ponte	Túnel
Belvedere	Favela	Porto	Unidade
Bloco	Fazenda	Praça	Vala
Bosque	Feira	Praça de esportes	Vale
Boulevard	Ferrovias	Praia	Variante
Buraco	Fonte	Prolongamento	Vereda
Cais	Forte	Quadra	Via
Calçada	Galeria	Quinta	Via de acesso
Caminho	Granja	Quintas	Via de pedestre
Campo	Habitacional	Ramal	Via elevado
Canal	Ilha	Rampa	Via expressa
Chácara	Jardim	Recanto	Viaduto
Chapadão	Jardinete	Residencial	Viela
Circular	Ladeira	Reta	Vila
Colônia	Lago	Retiro	Zigue-zague
Complexo viário	Lagoa	Retorno	
Condomínio	Largo	Rodoanel	
Conjunto	Loteamento	Rodovia	

Fonte: Manual de Operações – CadSUS Web, versão 1.0.1.



## Anexo K – Lista de Unidades da Federação

Código IBGE	Sigla	Nome
11	RO	Rondônia
12	AC	Acre
13	AM	Amazonas
14	RR	Roraima
15	PA	Pará
16	AP	Amapá
17	TO	Tocantins
21	MA	Maranhão
22	PI	Piauí
23	CE	Ceará
24	RN	Rio Grande do Norte
25	PB	Paraíba
26	PE	Pernambuco
27	AL	Alagoas
28	SE	Sergipe
29	BA	Bahia
31	MG	Minas Gerais
32	ES	Espírito Santo
33	RJ	Rio de Janeiro
35	SP	São Paulo
41	PR	Paraná
42	SC	Santa Catarina
43	RS	Rio Grande do Sul
50	MS	Mato Grosso do Sul
51	MT	Mato Grosso
52	GO	Goiás
53	DF	Distrito Federal

Fonte: IBGE, 2010a.

## Anexo L – Lista de Povos e Comunidades Tradicionais

- Povos quilombolas
- Povos indígenas
- Povos e comunidades tradicionais, podendo ser:
  1. Agroextrativistas;
  2. Caatingueiros;
  3. Caiçaras;
  4. Comunidades de fundo e fecho de pasto;
  5. Comunidades do cerrado;
  6. Extrativistas;
  7. Faxinalenses;
  8. Geraizeiros;
  9. Marisqueiros;
  10. Pantaneiros;
  11. Pescadores artesanais;
  12. Pomeranos;
  13. Povos ciganos;
  14. Povos de terreiro;
  15. Quebradeiras de coco babaçu;
  16. Retireiros;
  17. Ribeirinhos;
  18. Seringueiros;
  19. Vazanteiros;
  20. Outros.

## Anexo M – Critérios de Elegibilidade de Atenção Domiciliar

**Trecho retirado da Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que “redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.**

**Art. 19. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:**

- I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;
- VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores;
- IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e
- X - apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.

**Art. 20. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que:**

- I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;
- II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e
- III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

**Art. 21. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.**

§ 1º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

§ 2º Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias UBS.

**Art. 22. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.**

**Art. 23. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:**

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII - necessidade de cuidados paliativos; e

XIII - necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

[...]

**Art. 24. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.**

**Art. 25. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique:**

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) Suporte Ventilatório não invasivo:

i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);

ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; ou

c) paracentese.

# Anexo N – Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão

	<b>AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO</b> <b>(Para uso exclusivo de SAD)</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	TURNO:*	DATA:*
				M T N	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº CARTÃO SUS:*	DATA NASC.:*	SEXO:*
		M O F

ORIGEM (ASSINALAR)\*

UBS  
 Hospital  
 Unidade de Pronto Atendimento  
 Cacon / Unacon  
 Hospital SOS - Urgência / emergência  
 Hospital SOS - demais setores (Hospital SOS - Hospital credenciado no Programa SOS Emergências (Portaria nº 1663/2012))  
 Outros

CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológico
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não-oncológico
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-gástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda naso-enteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritonial
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID (principal):*	CID (secundário):	CID (secundário):

CONCLUSÃO \*

ELEGÍVEL - MODALIDADE DE AD: (ver legenda) <input type="radio"/> AD 1 <input type="radio"/> AD 2 <input type="radio"/> AD 3	<input type="radio"/> INELEGÍVEL
<input type="radio"/> Admissão na própria EMAD	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra EMAD	<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO PARA ADMISSÃO

NOME COMPLETO:\*\*

NOME SOCIAL:

RAÇA / COR:\*\*    Branca    Preta    Parda    Amarela    Indígena   NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL - NIS(PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:\*\*    Desconhecido

NACIONALIDADE:\*\*    Brasileiro(a)    Naturalizado(a)    Estrangeiro(a)   MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO (se brasileiro):\*\*

E-MAIL:

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:**	NOME DO LOGRADOURO:**	Nº:**
COMPLEMENTO:	BAIRRO:**	
MUNICÍPIO:**	UF:**	CEP:

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ( )

TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )

CUIDADOR

Não possui  
 Cônjuge / Companheiro(a)  
 Filho(a) / Enteado(a)  
 Pai / Mãe  
 Avô / Avó  
 Neto(a)  
 Irmão(ã)  
 Outro

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha    Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

Modalidade de AD: Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD 3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria EMAD

AEA/e-SUS AB v.2.0.0

## Anexo O – Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap)

Em atenção primária, frequentemente o diagnóstico etiológico não é o mais importante, e a Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap), atualmente na versão 2, tem como principal critério de sistematização a pessoa incluindo o contexto social, e não a doença. Apresenta estrutura simples, fundada em dois eixos: 17 capítulos e sete componentes comuns aos capítulos. Na ficha para registro ambulatorial do Sistema de Coleta Simplificada, utilizamos a Ciap em dois momentos:

- 1) Motivo da consulta: é reconhecido como fonte prática de informação sobre o paciente, obtida por meio da própria percepção dele. Essa informação pode ser registrada por todos os profissionais da equipe.
- 2) O problema de saúde/diagnóstico: é um ponto muito importante do cuidado, sendo que muitos problemas de saúde são constituídos por outras condições, tais como medo de doenças, sintomas, queixas, incapacidades ou necessidade de cuidados (por exemplo, imunização).

### Capítulos e componentes da Ciap \*

- A) Geral e não específico
- B) Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)
- D) Aparelho digestivo
- F) Olhos
- H) Ouvidos
- K) Aparelho circulatório
- L) Sistema musculoesquelético
- N) Sistema nervoso
- P) Psicológico
- R) Aparelho respiratório
- S) Pele
- T) Endócrino, metabólico e nutricional
- U) Aparelho urinário
- W) Gravidez e planejamento familiar
- X) Aparelho genital feminino (incluindo mama)
- Y) Aparelho genital masculino
- Z) Problemas sociais

### Componentes (iguais para todos os capítulos)

1. Componente de queixas e sintomas
2. Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3. Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4. Componente de resultados de exames
5. Componente administrativo
6. Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta
7. Componente de diagnósticos e doenças, incluindo:
  - doenças infecciosas

- neoplasias
- lesões
- anomalias congênitas
- outras doenças específicas

⤴ *Sempre que possível, foi utilizado um código alfa mnemônico.*

\* Campo de preenchimento obrigatório.