

Sistema e-SUS Atenção Básica

Manual para Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada - CDS (versão 3.0)

*Versão Preliminar Publicada em:
15 de fevereiro de 2018*

Capítulo 01 - Introdução
Capítulo 02 - Cadastro de Atenção Básica
Capítulo 03 - Ficha de Atendimento Individual
Capítulo 03a - Ficha Complementar
Capítulo 04 - Ficha de Atendimento Odontológico
Capítulo 05 - Ficha de Atividade Coletiva
Capítulo 06 - Ficha de Procedimentos
Capítulo 07 - Ficha de Visita Domiciliar e Territorial
Capítulo 08 - Marcadores de Consumo Alimentar
Capítulo 09 - Fichas de Atenção Domiciliar
Capítulo 10 - Ficha de Vacinação

ANEXOS

Anexo A - Fichas de Coleta de Dados Simplificada
Anexo B - Tipos de Logradouro
Anexo C - Lista de Unidades da Federação
Anexo D - Lista de Povos e Comunidades Tradicionais

MINISTÉRIO DA SAÚDE

e-SUS Atenção Básica

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA – CDS (versão 3.0)

**Brasília – DF
2018**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

e-SUS Atenção Básica

MANUAL DE PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA – CDS (versão 3.0)

**Brasília – DF
2018**

2018 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios - Bloco. G, 7º andar.CEP: 70058-900 –
Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-8090 / 3315-8044

Site: <www.saude.gov.br/dab>

E-mail: dab@saude.gov.br

Rodrigo André Cuevas Gaete

Rosana Ballesterro Rodrigues

Sara Araújo da Silva

Sara Araújo

Silvia Reis

Sávio Chaves

Thais Coutinho de Oliveira

Vanessa Lora

Supervisor Geral

João Salame Neto

Coordenação Técnica Geral

Allan Nuno Alves de Souza

Mara Lucia Costa

Marcello Carrijo

Organização

Ana Claudia Cielo

Rodrigo André Cuevas Gaete

Revisão Técnica

Ana Claudia Cielo

João Geraldo de Oliveira Junior

Igor de Carvalho Gomes

Rodrigo André Cuevas Gaete

Elaboração de texto

Adriana Kitajima

Adriana Paula de Almeida

Ana Claudia Cielo

Cristiane Reis Soares Medeiros

Danielle Cruz

Débora Spalding Verdi

Edson Hilan Gomes de Lucena

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Flávia Santos de Oliveira

Francy Webster Pereira

Graziela Tavares

Igor de Carvalho Gomes

Isabel Emilia Prado da Silva

João Geraldo de Oliveira Júnior

José Eudes Barroso Vieira

Lairton Bueno Martins

Maria Fernanda Moratori Alves

Olavo de Moura Fontoura

Olivia de Medeiros

Patricia Barbará Dias

Rafaella da Costa Santin

Richard Morita Oliveira

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 3.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

ISBN Versão Preliminar

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

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018

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
CnR – 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
eABP – Equipe de Atenção Básica Prisional
eCR – Equipe de Consultório na Rua
e-SUS - SUS eletrônico
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF – Estratégia Saúde da Família
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
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
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

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

CAPÍTULO 1 - Introdução

- [1. Estratégia e-SUS Atenção Básica](#)
- [2. Fichas de Coleta de Dados Simplificada](#)
- [3. Política de Controle de Versão do Sistema e-SUS AB](#)
- [4. Cadastro da Atenção Básica](#)
 - [4.1 Individualização e Identificação dos Registros](#)
 - [4.2 Utilizando o Cadastro do Cidadão](#)
 - [4.3 Interoperabilidade com o CadSUS](#)
- [5. Fluxo do Cidadão no Sistema e-SUS AB](#)
- [6. Classificação Internacional de Atenção Primária \(CIAP\)](#)
- [7. Referências Bibliográficas](#)

Neste capítulo, abordaremos, de forma resumida, os conceitos básicos que orientam o Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) e o funcionamento das ferramentas do sistema.

1. Estratégia e-SUS Atenção Básica

O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MS), entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A Estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários. Esse modelo nacional de gestão da informação na AB é definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o processo de reestruturação do sistema de informação, instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, e a Estratégia e-SUS AB para sua operacionalização.

A Estratégia e-SUS AB preconiza:

- **Individualizar o registro:** registro individualizado das informações em saúde, para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos;
- **Integrar a informação:** integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, a partir do modelo de informação;
- **Reduzir o retrabalho na coleta de dados:** reduzir a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas) ao mesmo tempo;
- **Informatizar as unidades:** desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas e o estímulo à informatização dos serviços de saúde;

- **Gestão do cuidado:** introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais na perspectiva de fazer gestão do cuidado
- **Coordenação do cuidado:** a qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

A estratégia é composta por dois sistemas:

- **SISAB**, sistema de informação nacional, que passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento, monitoramento, acompanhamento do cuidado em saúde e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e
- **Sistema e-SUS AB**, composto por dois softwares para coleta dos dados:
 - Sistema com Coleta de Dados Simplificada (**CDS**), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e sistema de digitação;
 - Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (**PEC**), sistema com prontuário eletrônico, que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS.

Durante o texto, os softwares do Sistema e-SUS AB também são referidos como Sistema com CDS e Sistema com PEC ou simplesmente, CDS e PEC.



NOTA: Para conhecer o módulo de digitação do CDS no PEC, consulte o Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão, especificamente no Capítulo 07.



NOTA: Para mais informações sobre legislação, documentos e materiais de apoio referentes à Estratégia e-SUS AB, acesse a **página do e-SUS AB** por meio do endereço eletrônico <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

2. Fichas de Coleta de Dados Simplificada

O Sistema com CDS é um dos componentes da estratégia e-SUS AB, adequada para UBS **não informatizadas**, ou quando o acesso a informatização está temporariamente indisponível devido a falta de energia elétrica, problemas com o computador, acesso a internet, entre outros.

O objetivo é ser uma estratégia de coleta de dados por meio de instrumentos com questões estruturadas, na qual a maioria das perguntas são fechadas. Os instrumentos são denominados “Fichas de Coleta de Dados Simplificada” para a obtenção de dados de cadastros da população do território adstrito às UBS, das visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelos profissionais das equipes de AB. Esses dados devem ser digitados no CDS off-line ou PEC e, posteriormente, enviados para o SISAB por meio do PEC com conectividade à internet.

A Coleta de Dados Simplificada utilizada pela equipe de Atenção Básica é composta por dez fichas a seguir:

1. Cadastro Individual;
2. Cadastro Domiciliar;
3. Ficha de Atendimento Individual;
4. Ficha de Procedimentos;
5. Ficha de Atendimento Odontológico Individual;
6. Ficha de Atividade Coletiva;
7. Ficha de Vacinação (**nova**);
8. Ficha de Visita Domiciliar;
9. Marcadores de Consumo Alimentar;
10. Ficha Complementar,

A Coleta de Dados Simplificada ainda conta com mais duas fichas de **uso exclusivo** das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):

1. Ficha de Avaliação de Elegibilidade,
2. Ficha de Atenção Domiciliar.

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 desses dados ao processo de planejamento da equipe.

Dessa forma, este manual foi elaborado com a finalidade de orientar os profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica a operar o Sistema e-SUS AB com CDS, tendo em vista, o preenchimento adequado das fichas do CDS e a consequente digitação dos dados no sistema.

O processo de digitação deve ser definido no âmbito da gestão municipal, considerando os aspectos logísticos e os recursos humanos disponíveis para esse fim. Em especial, contemplando 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: o profissional que realizou o cadastro ou o atendimento/procedimento **é responsável pelos dados** que fornece, **não cabendo** ao digitador, ou a qualquer **outro profissional, a complementação, a correção** ou o **apontamento** de campos que faltam, mesmo que conheça o dado que complementa a ficha. Na ocasião de incorreções, sugere-se a devolução da ficha ao profissional responsável pelo preenchimento.

Nos outros capítulos deste manual serão apresentadas as fichas do CDS com a descrição dos campos disponíveis para a coleta dos dados, os conceitos associados a cada um deles e as regras para o seu preenchimento e digitação no sistema.



NOTA: diferente da política de controle de versão do Sistema e-SUS AB como um todo, que será visto na próxima seção, **as Fichas de CDS** podem passar por **alterações/melhorias anuais ou bienais**, conforme a necessidade apontada pelos municípios e pactuação 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.

3. Política de Controle de Versão do Sistema e-SUS AB

O desenvolvimento do Sistema e-SUS AB, considerando todos os *softwares* e aplicativos, está organizado em versões. A Política de Controle de Versões do Sistema e-SUS AB, conforme ilustra a Figura 1, utiliza um esquema clássico de versionamento de sistemas (*major.minor.revision*), alinhando-se ao tipo de implementação incluída no sistema, considerando três tipos de alterações como seguem:

- o primeiro dígito para indicar novas funcionalidades (N);
- o segundo dígito para indicar manutenção evolutiva (E); e
- o último dígito para indicar apenas manutenção corretiva do sistema (C).

Figura 1 – Política de Controle de Versões do Sistema e-SUS AB



Fonte: SAS/MS.

Essas regras de versionamento permitem que os administradores do sistema nos municípios entendam melhor qual é o tipo de impacto que a substituição de uma versão do sistema poderá trazer aos seus usuários. O que se espera é que, ao passo de estar ciente do lançamento de uma versão, o gestor, em conjunto com o administrador do sistema, proceda da seguinte forma em relação à atualização do sistema em uso no município:

- **Novas Funcionalidades (N):** conhecer as novas funcionalidades e substituir o sistema considerando as necessidades de educação permanente dos profissionais que estão utilizando o sistema, em especial os que podem fazer uso das novas funcionalidades;

- **Manutenção Evolutiva (E):** conhecer as alterações, substituir o sistema, assim que possível, e alertar os profissionais das melhorias no sistema;
- **Manutenções Corretivas (C):** estar atento às manutenções corretivas e proceder com a atualização o mais breve possível, com vistas a manter o sistema seguro e sem as pequenas falhas de desenvolvimento do sistema ou de alguma biblioteca, além de comunicar as correções aos profissionais que usam o sistema;

Considerando esta política de controle de versão, para identificar uma versão do Sistema e-SUS AB, em especial para identificar alguma funcionalidade do sistema, será possível fazê-lo usando apenas o primeiro e o segundo dígito, por exemplo, Sistema e-SUS AB versão 2.2. O último dígito, dos três dígitos da versão, pode ser omitido, pois não identifica nenhuma funcionalidade, somente sendo útil quando for necessário identificar alguma versão específica do sistema, em geral em produção, em uma solicitação de suporte técnico.

4. Cadastro da Atenção Básica

4.1 Individualização e Identificação dos Registros



O Prontuário Eletrônico do Cidadão e a Coleta de Dados Simplificada do e-SUS AB são utilizados de forma complementar nos cenários possíveis de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios e no distrito federal. Ambas as ferramentas possibilitam a identificação do registro dos atendimentos por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), promovendo efetiva coordenação e gestão do cuidado do cidadão, além da possibilidade de compartilhamento de informações com outros serviços de saúde.

Considerando o princípio doutrinário da universalidade no SUS, caso o indivíduo **não possua CNS**, ele **DEVE** ser atendido e poderá ser utilizado o registro no CDS ou PEC. Entretanto, este registro de atendimento será um dado individualizado, mas não identificado, portanto, comporá apenas o consolidado de ações desenvolvidas pela equipe. Em relação ao cadastro, é possível marcar a opção “Não possui CNS” e acompanhá-lo normalmente. Cabe lembrar a importância do cadastro das pessoas sob a responsabilidade das equipes de Atenção Básica no Sistema do Cartão Nacional de Saúde, pois o mesmo identifica o usuário do SUS, possibilita a localização do usuário no Prontuário Eletrônico do Cidadão, auxilia na continuidade do cuidado, entre outros benefícios.

4.2 Utilizando o Cadastro do Cidadão

O e-SUS AB apresenta aos profissionais das equipes de Atenção Básica um grande módulo de cadastro, o qual se subdivide em dois módulos distintos: **Cadastro do Indivíduo e Cadastro do Território**. O primeiro é realizado por meio do PEC nas UBS e o seu principal objetivo é realizar o cadastramento dos usuários do serviço de saúde, mesmo que não façam parte do seu território. Trata-se de um cadastro mais simplificado, apenas com informações individuais, com possibilidade de interoperabilidade com a base nacional do CNS. Já o segundo é realizado por meio da Coleta de Dados Simplificada (CDS), a partir das fichas de Cadastro Individual e de Cadastro Domiciliar e Territorial, utilizados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cadastrar os residentes em suas microáreas. Outra forma da coleta de dados do **Cadastro do Território** é realizado por meio do aplicativo **e-SUS AB Território**. Este cadastro é mais extenso e contém informações-chave da população sob responsabilidade da equipe de saúde. Abordaremos o CDS com mais profundidade no Capítulo 7.



NOTA: A consulta na base nacional do CNS depende de conexão de internet disponível na UBS.

Apesar de se tratar de três meios para realizar o cadastro, todos os dados estarão disponíveis para que a equipe de saúde possa obter informações de seus usuários da forma mais integrada possível. Dessa forma, como exemplo, uma vez cadastrado pela equipe, usando as fichas, e tenha sido digitado por meio do Sistema com CDS, se estiver utilizando o Sistema com PEC, as informações de cadastro já estarão disponíveis na base local para acesso, por meio do módulo “Cidadão”. De outro modo, caso o usuário seja cadastrado no módulo “Cidadão” do Sistema com PEC e, posteriormente, venha a ser cadastrado pelo ACS usando as fichas de cadastro da AB, ao digitar o cadastro no Sistema com CDS, se houver registro do cidadão identificado pelo CNS, no primeiro cadastro, os dados de identificação do cidadão serão aproveitados.

4.3 Interoperabilidade com o CadSUS

A partir da normatização dos padrões de interoperabilidade, por meio da Portaria GM/MS 2.073, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo, com o apoio do Departamento de Informática do SUS (DataSUS), uma série de ações com vistas a ampliar a interoperabilidade entre os diversos sistemas de apoio à assistência à saúde.

Em especial, sobre o processo de interoperabilidade de cadastro do cidadão, organizado pelo Sistema Cartão Nacional de Saúde, e conforme definido no Catálogo de Padrões de Interoperabilidade de Informações de Sistemas de Saúde (CPIISS), temos as especificações dos perfis IHE PIX e PDQ:

- PIX - Patient Identifier Cross-referencing HL7 V3 (PIXV3) - possibilita que múltiplas aplicações distribuídas possam correlacionar informações sobre um único paciente, a partir de fontes que conhecem este paciente por diferentes identificadores;
- PDQ - Patient Demographics Query HL7 V3 (PDQV3) - possibilita que múltiplas aplicações distribuídas consultem os dados demográficos de pessoas armazenados num servidor central (no caso Brasileiro, o servidor do Cadastro

Nacional de Usuários do SUS), a partir de um conjunto de dados demográficos pré-definidos.

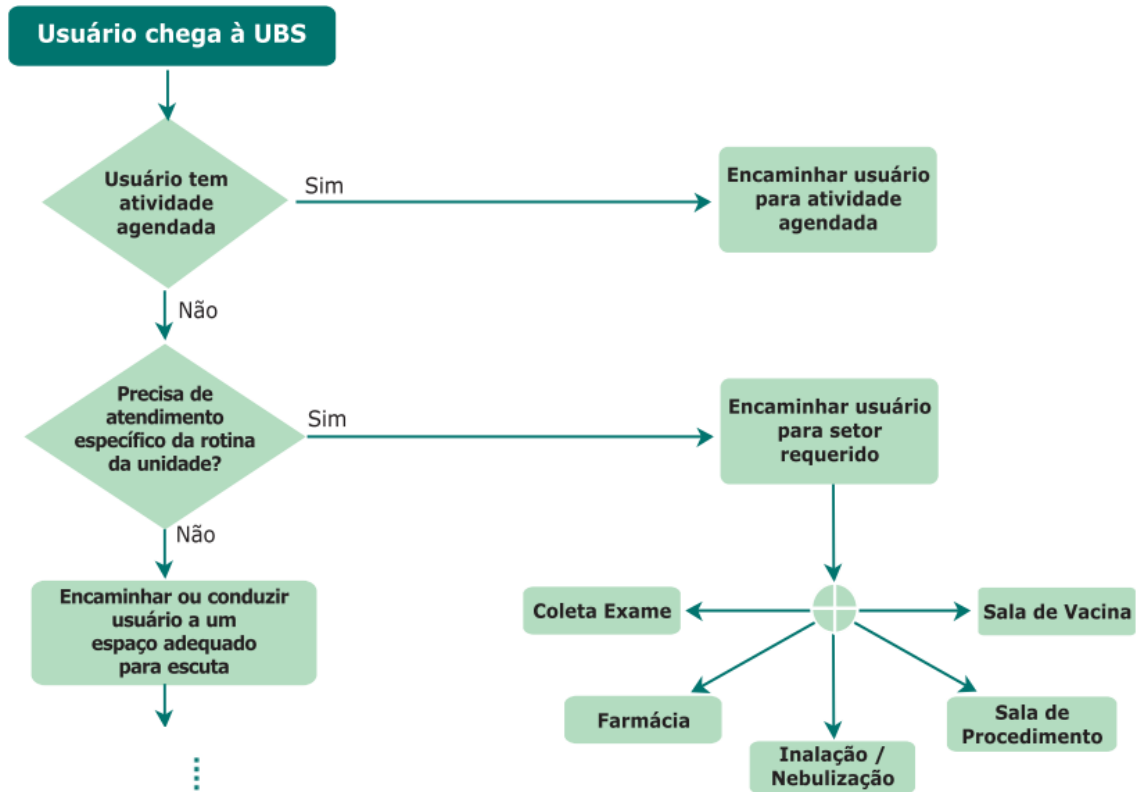
As especificações dos perfis IHE PIX e PDQ para interoperabilidade de cadastro, já constam no barramento do Cartão Nacional de Saúde, disponibilizados pelo DataSUS, e já estão integrados ao Sistema e-SUS AB.

5. Fluxo do Cidadão no Sistema e-SUS AB

As ferramentas do Sistema e-SUS AB desenvolvidas para organizar o fluxo do cidadão no sistema, como a Lista de Atendimento e a Agenda, tiveram como base conceitual o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 28 - Volume I, o qual define o processo de Acolhimento à Demanda Espontânea, observando as possíveis variações desse fluxo, a partir da necessidade de atendimento do cidadão, bem como, quando este já tem uma consulta agendada ou busca por algum serviço específico dentro da UBS.

O fluxograma, como mostrado na figura a seguir, busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato e de que, havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta(s) precisa(s) de cuidado não seja(m) possível(is) na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Em boa parte dos serviços, esse espaço é uma sala de acolhimento (lugar especificamente tomado com essa função, mas que deve ser visto como um dos momentos e espaços de acolhimento, sem exclusividade, pois há – ou pode haver – acolhimento antes e depois, com ou sem uma sala específica).

Figura 3 - Usuário chega à UBS



Fonte: CAB 28, Volume I, pág 28

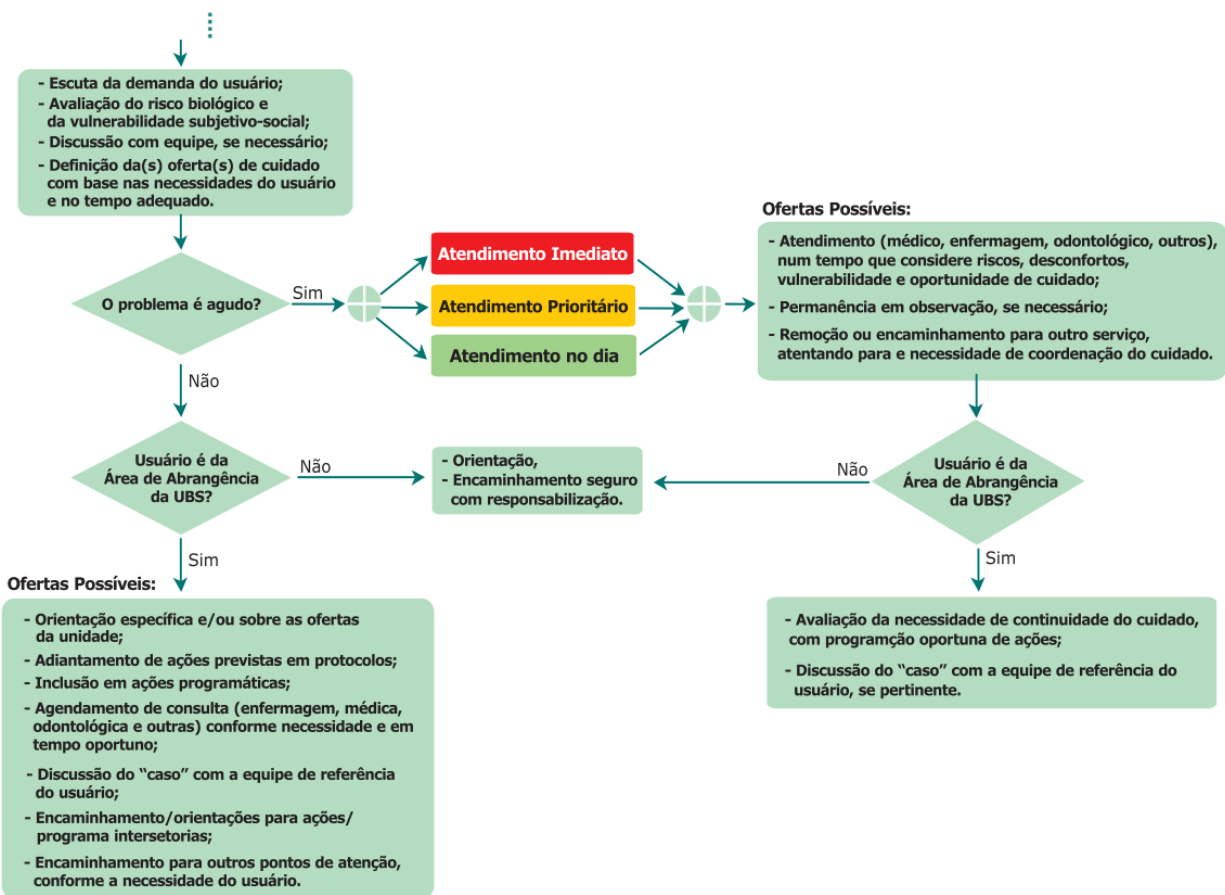
Como todo padrão, este, ainda que se aplique a grande número de situações, não pode ser tomado em caráter absoluto, sob pena de gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre um padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, nesse desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica dele, que, sinteticamente, supõe:

1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção;

2) Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesses casos, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;

3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidados existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Figura 4 - Usuário precisa de atendimento diferente do específico de rotina da UBS



Fonte: CAB 28, Volume I, pág 28

Outro aspecto importante que merece ser destacado é que, em algumas situações, a própria pessoa que realiza a Escuta Inicial pode ser a responsável por realizar intervenções (em maior ou menor grau). Por exemplo, se um usuário apresenta dispneia moderada, a acomodação dele e a colocação de uma máscara de oxigênio podem ser feita até que o médico o avalie. Se uma usuária refere atraso menstrual ou tosse (sem sinais de gravidez) há seis semanas e, se a escuta e avaliação está sendo realizada por um enfermeiro, já se pode avaliar a possibilidade de solicitação de teste de gravidez e exame de escarro, respectivamente, considerando os protocolos locais ou aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde. Ou, ainda, se uma criança de quatro anos apresenta diarreia leve sem qualquer sinal de risco, o enfermeiro, imediatamente após a escuta, pode oferecer sais para reidratação oral e orientar os pais sobre cuidados e sinais de risco, inclusive, solicitando o ACS a visitar a família, se necessário (a depender da avaliação de vulnerabilidade psicossocial).

Em todos esses casos, fica evidente a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na atenção básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adscritos à UBS) e que o efetivo trabalho em equipe (multi e transdisciplinar) produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

No que se refere à definição de intervenções, segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade), em “não agudo” (intervenções programadas) e “agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade. Mais uma vez, o fluxograma proposto deve ser contextualizado, pois, se há um usuário cuja necessidade requer agendamento de consulta em até uma semana e se há disponibilidade no dia (pelo número de faltosos, por exemplo), pode-se aproveitar para atendê-lo (facilitando a vida dele, otimizando as ofertas existentes e fortalecendo potencialmente o seu vínculo com a equipe). No item que trata da “avaliação de risco e vulnerabilidade” no CAB 28 do Volume 1, bem como no volume 2, esse tema é abordado de forma mais detalhada.

Em síntese, o fluxograma definido no CAB 28, mostrado nas figuras 3 e 4, deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta inicial qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político, que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.



NOTA: para mais informações sobre fluxo de acolhimento à demanda espontânea, consulte o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 28, **Volume I**, por meio do endereço: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf, e **Volume II**, por meio do endereço: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf

6. 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 com CDS, utilizamos a CIAP2 para identificar os Problemas Avaliados:

- **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).

Quadro 01 - Estrutura da CIAP 2



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.*

Fonte: WONCA, 2010

7. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume 2)

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

ZURRO, A. Martín et al. **Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica**. Elsevier España, 2003

WONCA. World Organization of National Colleges. Associations of General Practitioners. Family Physicians. Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2010

CAPÍTULO 2 - Cadastro da Atenção Básica

2.1 Cadastro Individual

2.1.1 Cabeçalho

2.1.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

2.1.3 Identificação do usuário/cidadão

2.1.4 Informações sociodemográficas

2.1.4 Saída do cidadão do cadastro

2.1.5 Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica

2.1.6 Questionário Autorreferido de Condições/Situações de Saúde

2.1.6.1 Condições/situações de saúde gerais

2.1.6.2 Cidadão em situação de rua

2.2 Cadastro Domiciliar

2.2.1 Cabeçalho

2.2.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

2.2.3 Endereço/Local de permanência

2.2.4 Condições de moradia

2.2.5 Animais no domicílio

2.2.6 Identificação de famílias ou núcleos familiares

2.2.7 Termo de Recusa do Cadastro Domiciliar da Atenção Básica

2.2.8 Instituição de Permanência

2.2.9 Termo de Recusa da instituição de Permanência

O cadastro da Atenção Básica é uma extensão do Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS)¹, complementando as informações, por meio do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão, com o objetivo de apoiar as equipes de Atenção Básica no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita² ao território sob sua responsabilidade.

O cadastro está organizado em duas dimensões – individual e domiciliar/territorial –, a dimensão individual capta as informações do cidadão, enquanto a dimensão domiciliar/territorial permite captar as informações do domicílio, vinculando o cidadão ao território. A partir da v 2.1, no e-SUS AB esse cadastro possibilita o registro de domicílios que estejam vazios ou

¹ Como este cadastro é uma extensão do CADSUS, os dados devem garantir consistência com o Manual de Operações do CADSUS.

² 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.

abandonados e outros imóveis do território, além da inserção de novos núcleos familiares sem que a equipe tenha que refazer o cadastro domiciliar.



ATENÇÃO: novos conceitos! A visão de território agora está ampliada. Além de cadastrar os domicílios, também mapeamos outros imóveis do território, como: comércios, terrenos baldios, pontos estratégicos, escola, creche, abrigo, instituição de longa permanência para idosos, unidade prisional, delegacia, estabelecimento religioso, entre outros.

2.1 Cadastro Individual

Objetivo da ficha: registrar as condições de saúde, características sociais, econômicas, demográficas, entre outras, dos usuários no território das equipes de AB. É composta por duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário.

Profissionais que utilizam esta ficha: Todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica. Todos os profissionais são habilitados a preencher a ficha de Cadastro Individual.



ATENÇÃO: 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.

A seguir, detalharemos o modo de preenchimento da ficha, atenção aos campos assinalados na ficha com asterisco (*), pois estes são de preenchimento obrigatório.

2.1.1 Cabeçalho

O cabeçalho da ficha, assim como o de todas as fichas do CDS, tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do processo de trabalho no nível local, e deve ser utilizado pelo digitador e pelo profissional que realiza a supervisão do processo de digitação. Esses campos são apenas para controle local da digitação, portanto não são enviados para a base nacional.

Figura 2.1 – Cabeçalho da Ficha de Cadastro Individual

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 2.1 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O 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: SAS/MS.

2.1.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

O próximo bloco é utilizado para identificação do profissional que realizou o cadastro do cidadão. A seguir são detalhados os campos que compõem esse bloco.

Figura 2.2 – Identificação do profissional e lotação

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

Fonte: SAS/MS.

Quadro 2.2 – Identificação do profissional e lotação

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO
CNS do Profissional*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou o cadastro do cidadão.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou os cadastro do cidadão.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, Nasf, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.
DATA*	Dia/mês/ano em que foi realizado o cadastro do cidadão.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

2.1.3 Identificação do usuário/cidadão

Este bloco visa a identificação do cidadão/usuário do serviço de saúde que está sendo cadastrado.

	campos "Data de naturalização" e "Portaria de naturalização"; ● 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. Nesse caso, é obrigatório o preenchimento dos campos "País de nascimento" e "Data de entrada no Brasil".
PAÍS DE NASCIMENTO**	Se o usuário for estrangeiro ou naturalizado, é obrigatório identificar o país de origem, conforme a lista do site do IBGE (disponível em: < http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php >).
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: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior.



ATENÇÃO: é importante que o cidadão apresente o **CNS** para que haja **identificação** e vinculação de seus dados com os registros de atendimento dentro do serviço de saúde. Entretanto, sob hipótese alguma, o fato de **não ter** disponível o n° do **CNS** deverá inviabilizar o acesso do cidadão aos estabelecimentos de saúde, bem como o cuidado prestado a ele.



NOTA: para mais informações sobre o CNS, acesse o endereço eletrônico <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/>.

RESPONSÁVEL FAMILIAR

O **responsável familiar** é a pessoa reconhecida, naturalmente, pelo conjunto de moradores de um mesmo domicílio como o responsável pelo domicílio, sem necessariamente possuir vínculo consanguíneo ou legal. O responsável deve, preferencialmente, ser morador do domicílio e integrante do núcleo familiar, com idade superior a 16 anos.

Nesta ficha, há um campo para que o n° do CNS do responsável familiar seja incluído. É importante estar atento a essa ação durante o cadastramento do indivíduo, pois é por meio deste dado que será possível relacionar o indivíduo que está sendo cadastrado ao seu núcleo familiar, bem como ao seu domicílio.

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 ser 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.

2.1.4 Informações sociodemográficas

Este bloco é composto por campos que mapeiam as condições sociodemográficas do indivíduo e devem ser preenchidos conforme descrito a seguir.

Figura 2.4 – Informações sociodemográficas

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <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		OCUPAÇÃO _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - 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)		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <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"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> 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
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?		
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> 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: 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. Caso o cadastro seja do próprio responsável familiar, não é necessário preencher este campo.

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

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

É possível digitar apenas ocupações que estejam expressas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Os profissionais devem estar atentos para seguir a lista do Ministério do Trabalho (MT), bem como com possíveis sinônimos dentro da classificação. Para saber mais, acesse: <http://www.mtecbob.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloA-Z.jsf>

No caso do cidadão desenvolver outras atividades, como por exemplo, estudante ou pessoas que cuidam da casa (“do lar”) sem finalidade de obter renda, o campo ocupação não deve ser preenchido.

Situação no mercado de trabalho: este item registra a inserção da pessoa no mercado de trabalho, podendo ser:

Quadro 2.4 – Situação no mercado de trabalho

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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).
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.
SERVIDOR PÚBLICO/MILITAR	Pessoa que mantém vínculo de trabalho profissional com os órgãos e entidades governamentais, integrados em cargos ou empregos de qualquer delas: União, estados, Distrito Federal, municípios e suas respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.
OUTRA	Pessoa que não se enquadra em nenhuma das situações de trabalho referidas acima.

Fonte: SAS/MS.

Frequenta escola ou creche?: Informar se o cidadão frequenta ou não escola ou creche.

Qual 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 2.5 – Nível de escolaridade

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
------	-------------------

CRECHE	Destina-se às crianças, geralmente com até três anos de idade, que frequentam estabelecimentos juridicamente regulamentados ou não, destinado a dar assistência diurna às crianças (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). Equivalente ao 1º ano no sistema com duração de 9 (nove) anos.
ENSINO FUNDAMENTAL 1ª A 4ª SÉRIES	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a primeira fase (BRASIL, 2010b). Equivalente ao 2º, 3º, 4º e 5º ano no sistema com duração de 9 (nove) anos.
ENSINO FUNDAMENTAL 5ª A 8ª SÉRIES	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a segunda fase (BRASIL, 2010b). Equivalente ao 6º, 7º, 8º e 9º ano no sistema com duração de 9 (nove) anos.
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos (BRASIL, 2010b).
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: SAS/MS.

Criança de 0 a 9 anos, com quem fica?: nesta variável, caso a criança tenha até 9 anos de idade, pretende-se identificar quem é responsável por permanecer com ela enquanto os pais se ausentam, e, quando for o caso, fora do horário escolar, podendo ser:

Quadro 2.6 – Responsável pela criança até nove anos durante a ausência dos pais

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
------	-------------------

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), consideramos 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.
SOZINHA	Neste caso, a criança permanece sozinha.
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: SAS/MS.

Frequenta cuidador tradicional? Participa de algum grupo comunitário? e Possui plano de saúde privado? : são campos que retratam a interação do cidadão com a comunidade e com outras modalidades de cuidado em saúde, regulamentadas ou não.

É membro de povo ou comunidade tradicional: permite registrar se o cidadão faz parte de grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, como por exemplo, indígenas, quilombolas, caiçaras, entre outros (ver Anexo D)

Quadro 2.7 – Outros campos

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?	Marque sim, caso o cidadão frequente algum cuidador tradicional ou não em caso contrário. O termo “Cuidador tradicional ou popular” denomina os especialistas populares ou tradicionais não profissionalizados, com práticas de diferentes curadores populares (parteiras, benzedeiras, raizeiros) ou curadores que fazem parte de povos ou comunidades tradicionais (indígenas, populações ribeirinhas amazônicas etc.), com teorias, aspectos culturais, sociais e visão de mundo convergente ou divergente entre si, cujos saberes e práticas baseiam-se em uma abordagem holística, herdada de familiares, de um “dom” ou aprendizado com outro curador, sendo parte da relação com o usuário a criação de vínculo ³ .
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?	Marque sim, caso o cidadão participe de atividades desenvolvidas em associação comunitária ou outros espaços que envolvam os moradores de um território.
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?	Esse campo serve para identificar se o cidadão possui plano de saúde privado ou não.
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?	Marque sim, caso o cidadão seja membro de algum povo ou comunidade tradicional. SE SIM, QUAL? – o campo é de livre preenchimento, no entanto o sistema deve mapear as opções de acordo com a lista de povos e comunidades tradicionais, veja a lista no Anexo D.

Fonte: SAS/MS.

³ MENÉDEZ, E. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: _____. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009. p.17-70.

Orientação sexual e Identidade de Gênero

A orientação sexual do cidadão é a capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra(s) pessoa(s). Enquanto a identidade de gênero é a expressão de uma identidade construída a partir de como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, que pode corresponder ou não ao seu corpo biológico. A identidade de gênero, em suas diferentes expressões, pode ou não envolver modificação da aparência ou do corpo.

Para saber mais sobre o tema, acesse www.saude.gov.br/saudeLGBT, em especial a [Cartilha de Atenção Integral à Saúde da População Trans](#).

Na atualização da ficha de cadastro individual, entendendo estes como conceitos distintos e complementares, as questões foram subdivididas, como seguem abaixo.

Deseja informar orientação sexual?: em caso afirmativo, marque “Sim” para a resposta ou “Não” caso contrário. Se sim, prossiga com a questão e pergunte “Qual?” as possibilidades apresentadas são:

Quadro 2.8 – Orientação sexual

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
HETEROSSEXUAL	Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do sexo oposto .
HOMOSSEXUAL (GAY/LÉSBICA)	Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do mesmo sexo . Homens homossexuais são chamados de gays. Mulheres homossexuais são chamadas de lésbicas.
BISSEXUAL	Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas de ambos os sexos .
OUTRO	Pessoa que não se identifica com nenhuma das definições mencionadas.

Fonte: SAS/MS.

Deseja informar a identidade de gênero? em caso afirmativo, marque “Sim” para a resposta ou “Não” caso contrário. **Se sim**, prossiga com a questão e pergunte **qual?** As possibilidades apresentadas são:

Quadro 2.9 – Identidade de gênero

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
------	-------------------

HOMEM TRANSSEXUAL	Pessoa que nasce em corpo feminino, e se reconhece como gênero masculino, desejando ou não modificar seu corpo para exercer sua identidade masculina.
MULHER TRANSSEXUAL	Pessoa que nasce em corpo masculino, e se reconhece como gênero feminino, desejando ou não modificar seu corpo para exercer sua identidade feminina.
TRAVESTI	Pessoa que nasce em corpo masculino, se relaciona com o mundo no gênero feminino. Realiza modificações corporais, mas mistura as características femininas e masculinas em um mesmo corpo. Identificam-se como <u>as</u> travestis.
OUTRO	Pessoa que não se identifica com nenhuma das definições mencionadas.

Fonte: SAS/MS.

Tem alguma deficiência?: este item identifica se o cidadão apresenta alguma deficiência⁴. Assinalar com um “x” a opção referida. Este campo de preenchimento obrigatório.
Se sim, qual ou quais deficiências o cidadão? Podendo ser:

Quadro 2.10 – Tipos de deficiência

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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.
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: SAS/MS.

⁴ 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>.

2.1.4 Saída do cidadão do cadastro

Este bloco de campos servirá para que os ACS possam apontar o motivo da saída do cidadão do território. Para tanto, o profissional assinala com um “x” em uma das opções apresentadas:

- mudança do território ou
- óbito

Caso o motivo de saída do cidadão do cadastro seja por óbito, registrar ainda:

- Data do óbito, este é um campo de preenchimento obrigatório nessa situação; e
- Número de Declaração de Óbito (D.O.)

2.1.5 Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica

Este bloco é preenchido quando o cidadão 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 dessa informação deve ser discutida com o profissional responsável pela supervisão e/ou coordenação desta equipe.



NOTA: 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 de 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.



ATENÇÃO: a recusa do cidadão ao cadastro, seja ele individual ou domiciliar / territorial, não implicará o não atendimento deste na unidade de saúde, bem como quaisquer outras formas de discriminação.

2.1.6 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, como, fluxo para marcação de consultas, realização de exames, participação em grupos, entre outros.

2.1.6.1 Condições/situações de saúde gerais

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

Figura 2.5 – Condições/situações de saúde gerais

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDICÕES/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(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <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 SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <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(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <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? _____			
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA			
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
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		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____	
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 À 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"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	

Fonte: SAS/MS.

Quadro 2.11 – Condições/situações de saúde gerais

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO
--------------	--

ESTÁ GESTANTE?	Assinale com um "x" a opção referida. É fundamental que esta informação seja observada e atualizada frequentemente, visto que é uma situação transitória.
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"> • Abaixo do Peso; • Peso Adequado; • Acima do Peso.
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.
TEVE INFARTO?	Assinale com um "x" a opção referida.
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?	Assinale com um "x" a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?** – se possui problemas no coração, indicar quais em relação às seguintes opções: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência Cardíaca; • Outro; • Não Sabe.
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?	Assinale com um "x" a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?** – se possui problemas nos rins, indicar quais em relação às seguintes opções: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência Renal; • Outro; • Não Sabe.
TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?	Assinale com um "x" a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?** – se possui alguma doença respiratória, indicar qual em relação às seguintes opções: <ul style="list-style-type: none"> • Asma; • DPOC/Enfisema; • Outro; • Não Sabe.
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. SE SIM, POR QUAL CAUSA?*** Campo aberto. Indicar a(s) causa(s) de internação.
TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?	Assinale com um "x" a opção referida.

ESTÁ ACAMADO?	Marque um "x" na opção " Sim " caso a pessoa encontre-se restrita à cama por alguma condição de saúde e " Não " caso contrário.
ESTÁ DOMICILIADO?	Se restrito ao lar por alguma condição de saúde, marcar um "x" na opção " Sim " caso afirmativo e " Não " caso contrário.
USA PLANTAS MEDICINAIS?	Assinale com um "x" a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)? – Campo aberto. Indicar quais as plantas medicinais utilizadas. Listadas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.
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.
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUAL?	Campo aberto. Indicar doenças referidas pelo usuário que não foram citadas anteriormente.

Fonte: SAS/MS.

****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

2.1.6.2 Cidadão em situação de rua

Este 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 possuem 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.

Quadro 2.12 – Situação de rua

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O 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"> • < 6 meses; • 6 a 12 meses; • 1 a 5 anos; • > 5 anos.
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"> • 1 vez; • 2 ou 3 vezes; • mais de 3 vezes.
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"> • Restaurante Popular; • Doação de Grupo Religioso; • Doação de Restaurante; • Doação Popular; • Outros.
É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?	Assinale com um "x" a opção referida.

	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)? – 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. SE SIM, QUAL GRAU DE PARENTESCO? – 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"> • avô/avó; • pai/mãe; • filho(a); • irmão(ã); • cônjuge ou companheiro(a); • tio(a); • primo(a); • outros.
TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?	Assinale com um "x" a opção referida. SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?** – 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"> • Banho; • Acesso ao Sanitário; • Higiene Bucal; • Outros.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

** Campos de preenchimento obrigatório condicionados à pergunta anterior

2.2 Cadastro Domiciliar

Objetivo da ficha: 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 nesta ficha são relevantes porque compõem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

Profissionais que utilizam esta ficha: todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica. Todos os profissionais são habilitados a preencher a ficha de Cadastro Individual.

A seguir detalharemos o modo de preenchimento da ficha, atenção aos campos assinalados na ficha com asterisco (*), pois estes são de preenchimento obrigatório.

2.2.1 Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento, assim como o 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. Este bloco será preenchido pelo digitador.

Figura 2.6 – Bloco de cabeçalho do cadastro

	CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO:	FOLHA:

Fonte: SAS/MS.

Quadro 2.13 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O 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: SAS/MS.

2.2.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

O próximo bloco é utilizado para identificação do profissional que realizou o cadastro do cidadão.

Figura 2.7 – Identificação do profissional e lotação

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	/ /

Fonte: SAS/MS.

Quadro 2.14 – Identificação do profissional e lotação

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO
CNS do Profissional*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou o cadastro do cidadão.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou o cadastro do cidadão.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, Nasf, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.

DATA*	Dia/mês/ano em que foi realizado o cadastro do cidadão.
-------	---

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

2.2.3 Endereço/Local de permanência

Neste bloco, é registrado o endereço do domicílio localizado na área de atuação da equipe e os telefones para contato. Para pessoas ou famílias em situação de rua, esses campos devem ser preenchidos com o endereço do local de permanência. Nos casos de itinerância, ou seja, nos quais as pessoas ou famílias em situação de rua mudarem o local de permanência, solicite que elas optem pelo local no qual serão encontradas com maior facilidade e/ou frequência. Os campos de identificação do domicílio são compatíveis com os dados do CADSUS, conforme descrito no Manual de Operações do CADSUS.⁵

Figura 2.8 – Endereço/Local de permanência

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*:		UF*:	MICROÁREA* □□ □FA
CEP*:		BAIRRO*:		TIPO DE LOGRADOURO*:	
NÚMERO*:		COMPLEMENTO:		PONTO DE REFERÊNCIA:	
<input type="radio"/> SEM NÚMERO					
TIPO DE IMÓVEL* □□		TELEFONES PARA CONTATO			
		TEL. RESIDÊNCIA: ()		TEL. CONTATO: ()	

Fonte: SAS/MS.

Quadro 2.15 – Endereço/Local de permanência

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO
CEP*	Escreva o Código de Endereçamento Postal da residência. Campo numérico no formato 99.999-999.
MUNICÍPIO*	Escreva o nome da cidade em que o usuário reside atualmente. Informações conforme tabela do site do IBGE (disponível em: < http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 >).
UF*	Escreva o Estado de residência do cidadão conforme o IBGE. Vide Anexo C.
MICROÁREA*	Preencha o código da microárea onde está situado o domicílio do cidadão cadastrado, utilizando a numeração determinada na territorialização da eSF. Ou, indique a opção FA (fora de área).
BAIRRO*	Escreva o bairro em que o usuário reside atualmente. Pode ser preenchido com nomes e números (alfanumérico).
TIPO DE LOGRADOURO	Escreva o tipo de logradouro conforme opções fornecidas pelos correios (Rua, Avenida etc.). Vide Anexo B.
NOME DO LOGRADOURO*	Escreva o nome do logradouro em que o indivíduo reside ou permanece, no caso de pessoa em situação de rua.
NÚMERO*	Escreva o número da casa ou apartamento. No caso da ausência de número, preencha "Sem número".

⁵ Disponível em: <<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb/manual.pdf>>.

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.
PONTO DE REFERÊNCIA	Escreva se existe algum ponto referência próximo ao domicílio ou ao local de permanência. Ex: mercado, farmácia, escola, etc.
TIPO DE IMÓVEL	O tipo de imóvel deve ser inserido segundo a legenda: <ul style="list-style-type: none"> • 01 Domicílio • 02 Comércio • 03 Terreno baldio • 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte) • 05 Escola • 06 Creche • 07 Abrigo • 08 Instituição de longa permanência para idosos • 09 Unidade prisional • 10 Unidade de medida socioeducativa • 11 Delegacia • 12 Estabelecimento religioso • 99 Outros
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: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Atenção para as regras do sistema a partir do Tipo do Imóvel!

Domicílio:

- opção "01 - Domicílio":
- serão desabilitados os campos do bloco "Instituição de permanência" e
- será alterado o nome do grupo "Termo de recusa" para "Termo de recusa do cadastro domiciliar e territorial da Atenção Básica".

Imóveis sem finalidade de moradia/longa permanência:

- as opções:
 - "02 - Comércio",
 - "03 - Terreno baldio",
 - "04 - Ponto estratégico",
 - "05 - Escola",
 - "06 - Creche",
 - "12 - Estabelecimento religioso" ou
 - "99 - Outros":
- serão desabilitados os campos dos blocos:
 - "Condições de moradia",

- "Animais no domicílio?",
- "Famílias", e
- "Instituição de permanência"

Instituição de longa permanência:

- as opções:
 - "07 - Abrigo",
 - "08 - Instituição de longa permanência para idosos",
 - "09 - Unidade prisional",
 - "10 - Unidade de medida socioeducativa" ou
 - "11 - Delegacia"
- serão desabilitados os campos:
 - "Situação de moradia / Posse de terra",
 - "Tipo de domicílio",
 - "Nº de cômodos",
 - "Em caso de área de produção rural: condição de posse e uso da terra",
 - "Material predominante na construção das paredes externas de seu domicílio" e
 - "Tipo de acesso ao domicílio",
- ainda serão desabilitados os campos dos blocos:
 - "Animais no domicílio" e
 - "Famílias"
- será alterado o nome do termo de recusa para "Termo de recusa do cadastro da instituição de permanência".

2.2.4 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 deste bloco.

Figura 2.9 – Condições de moradia

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO*

Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

Proprietário Parceiro(a)/Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)

Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo: Com Revestimento Sem Revestimento

Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento

Outros: Madeira Aparelhada Palha Material Aproveitado Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Rede Encanada até o Domicílio Poço/Nascente no Domicílio Cisterna

Carro Pipa Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Filtrada Fervida Clorada Mineral

Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar

Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO

Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro

Fonte: SAS/MS.

Situação de moradia/posse da terra: O preenchimento deste campo informa a situação de propriedade do domicílio. Este é um campo de preenchimento obrigatório. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.16 – Situação de moradia/posse da terra*

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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.
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: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Localização: informa a localização do domicílio/propriedade em relação ao perímetro urbano ou rural da cidade. Este é um campo de preenchimento obrigatório. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir

Quadro 2.17 – Localização*

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Tipo de domicílio: deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.18 – Tipo de domicílio

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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: SAS/MS.

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

Quadro 2.19 – Quantidade de moradores e cômodos

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O 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: SAS/MS.

Condições de posse e uso da terra: preencher informações sobre a condição de posse e uso da terra no caso do domicílio estar em área de produção rural. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.20 – Condições de posse e uso da terra em área de produção rural

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
PROPRIETÁRIO(A)	Área de propriedade do beneficiário e/ou com cláusula de usufruto vitalício da propriedade.
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.
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.
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.
COMODATÁRIO(A)	Pessoa que explora imóvel rural, no todo ou em parte, cedido pelo proprietário de forma gratuita, mediante contrato firmado entre as partes.
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..
NÃO SE APLICA	Pessoa que não se enquadra em nenhuma das variáveis sobre condição de posse e uso da terra citadas acima.

Fonte: 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. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.21 – Acesso ao domicílio

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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: SAS/MS.

Disponibilidade de energia elétrica: informa a existência de energia elétrica no domicílio. Marque com um "x" a opção escolhida.

Material predominante na construção das paredes externas do domicílio: Refere-se ao material predominante utilizado na construção do domicílio, ou aquele que, de algum modo, se destaca aos demais materiais utilizados. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.22 – Material predominante na construção das paredes externas do domicílio

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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..
ALVENARIA/TIJOLO SEM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe e/ou pedra, sem qualquer tipo de revestimento.
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.
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..
MADEIRA APARELHADA	Domicílio feito predominantemente de qualquer tipo de madeira que foi trabalhada (industrializada), ou seja, preparada para construir paredes.
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).
PALHA	Domicílio com as paredes feitas de sapé, folha ou casca de vegetal.
OUTRO MATERIAL	Quando o material utilizado não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

Fonte: SAS/MS.

Abastecimento de água: Informa a existência de água canalizada no domicílio e a sua procedência. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.23 – Abastecimento de água

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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: SAS/MS.

Forma de escoamento do banheiro ou sanitário: Refere-se ao principal tipo de escoamento do banheiro ou sanitário do domicílio. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.24 – Forma de escoamento do banheiro ou sanitário

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
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).
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 escoamento dos dejetos e águas provenientes do banheiro ou do sanitário não se enquadrar nas categorias descritas anteriormente.

Fonte: SAS/MS.

Água para consumo no domicílio: Refere-se ao tratamento predominante da água realizado no domicílio para ingestão. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

Quadro 2.25 – Água para consumo no domicílio

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
MINERAL	A água mineral é obtida diretamente de fontes naturais ou por extração de águas subterrâneas. Caracteriza-se pelo conteúdo definido e constante de sais minerais, oligoelementos e outros constituintes, considerando-se as flutuações naturais.
FILTRADA	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.
FERVIDA	Aquecimento da água até o ponto de ferver por, pelo menos, cinco minutos.
CLORADA	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: SAS/MS.

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

Quadro 2.26 – Destinação dada ao lixo

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM
------	-------------------

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).
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: SAS/MS.

2.2.5 Animais no domicílio

Este bloco é utilizado para registrar a existência e quantidade de animais no domicílio. Animais domésticos são do convívio diário familiar, tais como gato, cachorro, pássaro etc.. Caso existam animais no domicílio e a opção “Sim” tenha sido marcada, será necessário indicar quais 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 2.10 – Animais no domicílio

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? Sim Não

QUAL(IS)? Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

Fonte: SAS/MS.

2.2.6 Identificação de famílias ou núcleos familiares

Este 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 desse domicílio e integrante dessa unidade familiar (independentemente se há algum grau de parentesco), com idade superior a 16 anos.

Figura 2.11 – Identificação de famílias ou núcleos familiares

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS 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: SAS/MS.

**Campo com obrigatoriedade condicional

Quadro 2.27 – Identificação de famílias ou núcleos familiares

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O 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.
CNS 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 (Salário mínimo)	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	Utilize este campo apenas quando a família sair do território.

Fonte: 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.



ATENÇÃO: mesmo que um cidadão tenha mais de um cadastro no território, para fins de vinculação de um núcleo familiar, o **cidadão não poderá ser Responsável Familiar em mais de um domicílio.**

2.2.7 Termo de Recusa do Cadastro Domiciliar da Atenção Básica

Este 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 data da visita.



ATENÇÃO: sempre que o profissional realizar um cadastro domiciliar no domicílio, ele deverá preencher esta atividade também na Ficha de Visita Domiciliar, assinalando o campo “Cadastramento/Atualização”. Neste caso, deverá ser utilizado o CNS do responsável familiar.

Figura 2.12 – 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: SAS/MS.

2.2.8 Instituição de Permanência

Neste bloco, será possível cadastrar instituições de permanência, como escolas, creches, abrigos, ou instituições de longa permanência para idosos. Escreva o nome da instituição de permanência no campo aberto. Depois marque com um X a opção referente a se existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição, neste campo não devem ser incluídos profissionais da rede pública de saúde.

Figura 2.13 – Instituição de permanência

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
Existem outros profissionais de saúde vinculados à Instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Fonte: SAS/MS.

Identificação do Responsável Técnico pela Instituição de Permanência: neste bloco, deve-se inserir os dados referentes ao responsável técnico pela instituição de permanência. Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

Figura 2.14 – Identificação do responsável técnico da instituição de permanência

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA			
NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:		
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:		

Fonte: SAS/MS.

Quadro 2.28 – Identificação do responsável técnico da instituição de permanência

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
NOME	Escreva o nome do responsável pela instituição de permanência.
CNS RESPONSÁVEL	Insira o Cartão Nacional de Saúde do responsável pela instituição de permanência.
CARGO NA INSTITUIÇÃO	Descreva o cargo ocupado pelo responsável na instituição de permanência.
TEL. CONTATO	Anote o número do telefone com DDD do município em que o responsável pela instituição de permanência pode ser encontrado mais facilmente.

Fonte: SAS/MS.

2.2.9 Termo de Recusa da instituição de Permanência

Este bloco é preenchido quando o responsável técnico da instituição de permanência não deseja fornecer estes dados para a realização 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 na UBS dos cidadãos vinculados à instituição de permanência. Em situações em que o técnico responsável 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 2.15 – Termo de recusa da instituição de permanência

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

Fonte: SAS/MS.

CAPÍTULO 3 - Ficha de Atendimento Individual

[3.1 Cabeçalho](#)

[3.2 Identificação do\(s\) profissional\(is\) e lotação\(ões\)](#)

[3.3 Identificação dos cidadãos e local do atendimento](#)

[3.4 Informações do atendimento](#)

[3.4.1 Tipo de atendimento*](#)

[3.4.2 Atenção Domiciliar](#)

[3.4.3 Racionalidade em saúde](#)

[3.4.4 Avaliação antropométrica](#)

[3.4.5 Vacinação em dia, criança e gestante](#)

[3.4.6 Problema/condição avaliada](#)

[3.4.7 Exames solicitados \(S\) e avaliados \(A\)](#)


[3.4.8 Ficou em observação?](#)


[3.4.9 Núcleo de Apoio à Saúde da Família \(NASF\) e Polo Academia da Saúde](#)

[3.4.10 Conduta/Desfecho](#)

Objetivo da ficha: registro das informações de atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior na Atenção Básica. Não objetiva esgotar todo o processo de atendimento de um indivíduo e também não substitui o registro clínico feito no prontuário clínico de papel. As informações que constam na ficha foram selecionadas segundo a sua relevância e por comporem indicadores de monitoramento e avaliação da AB e das Redes de Atenção à Saúde.

Profissionais que utilizam esta ficha: É utilizada por profissionais de nível superior das equipes de Atenção Básica, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Polo Academia da Saúde, do Consultório na Rua (eCR) e das equipes de Atenção Básica Prisional (eABP), com exceção do cirurgião-dentista, que preenche a Ficha de Atendimento Odontológico Individual (específica para ESB).

 **NOTA:** devem ser inseridos, na ficha, os registros dos atendimentos realizados, **por profissional, exceto** quando for realizado um **atendimento compartilhado**. Neste caso, deve-se preencher uma Ficha de Atendimento Individual, com os dados dos dois profissionais que realizaram o atendimento compartilhado.

 **ATENÇÃO:** a ficha com registro de atendimento compartilhado, **não deve** ser utilizada para registrar outros atendimentos individuais realizado por apenas um dos profissionais.

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

3.1 Cabeçalho

O cabeçalho tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho a nível local. Este bloco é preenchido pelo digitador.

Figura 3.1 – Identificação e controle da digitação da ficha

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3.1 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/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: SAS/MS.

3.2 Identificação do(s) profissional(is) e lotação(ões)

O próximo bloco é utilizado para identificar o profissional que realizou os atendimentos individuais e informar quando é realizado um atendimento compartilhado (neste caso, deve-se preencher ficha específica).

Figura 3.2 – Identificação do(s) profissional(is) e lotação(ões)

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	____-____	_____	_____	____/____/____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /
_____	____-____	_____	_____	

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3.2 – Identificação do(s) profissional(is) e lotação(ões)

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
CNS do Profissional*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou os atendimentos individuais.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou os atendimentos individuais.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, NASF, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.
DATA*	Dia/mês/ano em que foram realizados os atendimentos.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.



ATENÇÃO: os **atendimentos compartilhados**, realizado com frequência pelas equipes de NASF e de AB, esse tipo de atendimento deve ser informado nas fichas do CDS inserindo-se todos os dados (CNS do profissional, CBO, CNES, INE) dos profissionais que realizaram o atendimento compartilhado.

3.3 Identificação dos cidadãos e local do atendimento

Figura 3.3 – Identificação do cidadão e local de atendimento

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														
CNS DO CIDADÃO														
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)														

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3.3 – Identificação dos cidadãos e local de atendimento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº	Em cada ficha pode-se registrar informações de até 13 atendimentos distintos.
TURNO*	Turno em que foram realizados os atendimentos, sendo: M - manhã, T - tarde ou N - noite.
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família no estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
CNS DO CIDADÃO	Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que está em atendimento. Os números devem ser inseridos no sentido vertical. Cidadãos sem o CNS poderão e deverão ser atendidos pela equipe.
DATA DE NASCIMENTO*	Informe o dia, mês e ano do nascimento do cidadão. Variável de verificação do CNS.
SEXO*	Assinalar F – feminino ou M – masculino.
LOCAL DE ATENDIMENTO*	Informar o número referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando as seguintes opções: (01) UBS - Unidade Básica de Saúde (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</i>

	<p>o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).</p> <p>(08) Instituição/Abrigo – instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral.</p> <p>(09) Unidade prisional ou congêneres – cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.</p> <p>(10) Unidade socioeducativa – base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</p>
--	--

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

É importante que todos os cidadãos do território adscrito tenham o número do CNS, mesmo que este item não seja de preenchimento obrigatório. Esse número é essencial para a identificação e vinculação do cidadão. Caso o número não seja preenchido, não será possível visualizar informações identificadas nos relatórios de saúde e serão obtidos apenas dados consolidados.

3.4 Informações do atendimento

Este bloco apresenta informações do atendimento, tais como tipo de atendimento, problema/condição avaliada, exames, conduta, entre outras. A seguir, são detalhados os campos.

3.4.1 Tipo de atendimento*

Neste bloco, são registrados os tipos de atendimentos realizados pelas equipes de Atenção Básica.

Figura 3.4 – Tipo de atendimento*

Tipo Atendimento*	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"/>	<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"/>	<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"/>
	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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 3.4 – 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, crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes), 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.
DEMANDA ESPONTÂNEA	
ESCU TA INICIAL/ORIENTAÇÃO	<p>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.</p> <p>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, encaminhamento para consulta no mesmo dia ou data posterior.</p>
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 URGÊNCIA DE	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: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Figura 3.5: Atenção Domiciliar e Racionalidades em Saúde

Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
Racionalidade em saúde (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"/>

Fonte: SAS/MS.

3.4.2 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 de forma a gerar dados para o acompanhamento contínuo. 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 3.5 – Modalidades de Atenção Domiciliar.

MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR	
AD1	Atenção Domiciliar modalidade 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 atendimentos regulares em domicílio. Destina-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 com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.
AD2	Atenção Domiciliar modalidade tipo 2: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar, por meio das EMAD e 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: 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.

AD3	Atenção Domiciliar modalidade 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. Quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.
------------	---

Fonte: Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016.

3.4.3 Racionalidade em saúde

Com base no termo Racionalidades Médicas que é todo o sistema médico complexo construído sobre seis dimensões: morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica (o que é estar doente ou ter saúde), sistema diagnóstico, cosmologia e sistema terapêutico; o termo Racionalidades em Saúde propõe uma ampliação desse conceito para uma abordagem multiprofissional de cuidado em saúde, incluindo as práticas tradicionais/ populares, ancestrais e ou alternativas.

Quadro 3.6 – Racionalidade em Saúde

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Tipos de racionalidades em saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● 01 - Medicina Tradicional Chinesa ● 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde ● 03 - Homeopatia ● 04 - Fitoterapia ● 05 - Ayurveda ● 06 - Outra (Caso a racionalidade utilizada seja a Alopatia/ Convencional, deixar este campo em branco)

Fonte: SAS/MS.

Figura 3.6 – Vacinação em dia, criança, gestante

Avaliação Antropométrica	Perímetro cefálico (cm)	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Peso (kg)	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Altura (cm)	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vacinação em dia?		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="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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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
	Idade Gestacional (Semanas)	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Gestas Prévias / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Fonte: SAS/MS.

3.4.4 Avaliação antropométrica

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

Quadro 3.7 – Avaliação antropométrica

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PERÍMETRO CEFÁLICO	Anote o perímetro cefálico do cidadão em centímetros .
PESO (KG)	Anote o peso do cidadão em quilogramas .
ALTURA (CM)	Anote a altura do cidadão em centímetros .

Fonte: SAS/MS.

3.4.5 Vacinação em dia, criança e gestante

O campo **vacina em dia** é destinado a qualquer indivíduo. As informações no campo **criança**, são utilizadas para dados de aleitamento materno de crianças até 2 anos de idade e o campo **gestante**, para história pregressa e atual da gestação.

Quadro 3.8 – Vacinação em dia, criança, gestante

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
VACINAÇÃO EM DIA?	Campo destinado a informar se a vacinação de determinado indivíduo, de qualquer faixa etária, está em dia pelos parâmetros preconizados. A ficha de atendimento individual não contempla o registro das vacinas realizadas.
CRIANÇA Aleitamento Materno	Utilizar o número indicado na legenda: 01 – Aleitamento materno exclusivo (AME) – 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.
	02 – Aleitamento materno predominante (AMP) – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas <u>à base de água</u> (água adocicada, chás, infusões, sucos de frutas).
	03 – Aleitamento materno complementado (AMC) – 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.
	04 – Aleitamento materno inexistente (AMI) – a criança ingere alimentos sólidos e semissólidos, sem o leite materno.
GESTANTE	DUM (dia/mês/ano): informar dia, mês e ano da última menstruação da gestante. Gravidez planejada: assinalar se a gestação foi planejada ou não. Idade gestacional (semanas): registrar com quantas semanas de gestação a mulher se encontra. Não preencher os dias, apenas as semanas.

	Gestas prévias/partos: preencher número de gestações anteriores à atual (não incluir a gestação atual) e o número de partos. Não incluir em “partos” casos de aborto. <i>Exemplo:</i> 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.
--	---

Fonte: SAS/MS.

3.4.6 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, ao menos uma opção deverá ser assinalada (opção descrita na lista de Problema/Condição Avaliada e/ou codificação pela CIAP-2/CID-10).

A primeira parte do bloco deve ser preenchida marcando um “X” na opção da linha correspondente ao problema identificado ou condição avaliada. Somente se o problema não estiver descrito na ficha, poderá ser utilizado o campo “**Outros**” para esse registro, podendo registrar: CIAP-2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).

- **CIAP-2** – dois campos de código para registrar problemas identificados usando a Classificação Internacional de Atenção Primária, versão 2. No Anexo O, pode-se encontrar pequena descrição da CIAP 2 e como deve ser utilizada para identificar problemas. Conheça também o sumário da CIAP-2:
http://www.sbmfc.org.br/media/CIAP2_sumario_correcao_W84.pdf.
- **CID-10** – dois campos que permitem registrar problemas identificados utilizando a Classificação Internacional de Doenças, versão 10.

Exemplo de registro

Usuário procurou a unidade de saúde por estar com 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 avaliada 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 deve-se 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, neste caso, basta assinalar.

Figura 3.7 – 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"/>	<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	CIAP-2												
		CIAP-2												
		CID-10												
	CID-10													

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 3.9 – 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. Somente se o problema não estiver descrito na ficha, poderá ser utilizado o campo “ Outros ” para esse registro.
DESNUTRIÇÃO	
DIABETES	
DPOC	
HIPERTENSÃO ARTERIAL	
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 procedimentos ⁶ .
CÂNCER DE MAMA	Orientação e realização de exame clínico de mamas e/ou encaminhamento para realização de mamografia ⁷ .
RISCO CARDIOVASCULAR	Realização da avaliação de risco pelo escore de Framingham; rastreamento de dislipidemia, hipertensão e diabetes mellitus ⁸ .
OUTROS	
CIAP-2	Caso o problema não esteja descrito no bloco “problema/condição avaliada”, pode ser utilizado o campo “ Outros ” para esse registro, utilizando os códigos CIAP-2 e/ou CID-10.
CID-10	

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

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

Figura 3.8 – Bloco de exames solicitados (S) e avaliados (A)

⁶ Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 13 (BRASIL, 2013); CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

⁷ CAB nº 13 (BRASIL, 2013); CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

⁸ CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste indireto de antígeno humano (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	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	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	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	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	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	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do olhinho (TRV)	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	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	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros exames (código do SIGHTAP)	<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	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	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	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	S	A	S	A	S	A	S	A	

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3.10 – Exames solicitados (S) e avaliados (A)

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
COLESTEROL TOTAL	<p>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.</p>
CREATININA	
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	
HDL	
HEMOGLOBINA GLICADA	
HEMOGRAMA	
LDL	
RETINOGRAFIA/FUNDO DE OLHO COM OFTALMOLOGISTA	
SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL)	
SOROLOGIA PARA DENGUE	

SOROLOGIA PARA HIV	
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	
TESTE DE GRAVIDEZ	
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	
UROCULTURA	
TRIAGEM NEONATAL	
TESTE DA ORELHINHA (EOA) TESTE DO OLHINHO (TRV) TESTE DO PEZINHO	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 o atendimento.
OUTROS EXAMES (código do SIGTAP)	Campo destinado para registro de exames que não se encontram listados acima. Utilizar código do SIGTAP. Saiba mais: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp

Fonte: SAS/MS.

3.4.8 Ficou em observação?

Caso o usuário tenha ficado ou não em observação durante o atendimento, essa informação deverá ser registrada neste campo.

Figura 3.9 – Ficou em observação?

Ficou em Observação?	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3.11 – Ficou em observação?

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
FICOU EM OBSERVAÇÃO?	Deve ser marcado " Sim " quando o cidadão necessitou ficar em observação serviço de saúde, com ou sem medicação, para recuperação do seu estado de saúde ou estabilização, e/ou aguardando ser encaminhado para outro ponto da rede. Caso contrário, deve ser marcado a opção " Não ".

Fonte: SAS/MS.



ATENÇÃO: concluído o tempo de **observação**, o campo "**Conduta**" deve ser **informado** normalmente, por exemplo, informando se o cidadão foi "Encaminhamento para urgência" ou se teve "Alta do episódio", de acordo com cada caso.

3.4.9 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Polo Academia da Saúde

Os profissionais do NASF e do Polo Academia da Saúde devem utilizar toda a Ficha de Atendimento Individual e, inclusive, o bloco específico NASF/Polo.

Figura 3.10 – 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: SAS/MS.

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

Quadro 3.12 – Campo exclusivo para uso dos profissionais do NASF e 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 neurossensoriais, 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: SAS/MS.

3.4.10 Conduta/Desfecho

É utilizado para registrar a conduta/desfecho do atendimento realizado. É obrigatório marcar, **pelo menos**, uma opção.

Figura 3.11 – Conduta

Conduta/Desfecho*	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"/>	
	Alta 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"/>	
	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: SAS/MS.

Quadro 3.13 – Conduta

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
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 cidadão para os profissionais do NASF.
ALTA DO EPISÓDIO	Utilizado para identificar os atendimentos realizados sem a necessidade de retorno referente ao problema ou condição apresentada.
ENCAMINHAMENTO INTERNO NO 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: SAS/MS.

CAPÍTULO 3A - FICHA COMPLEMENTAR - Registro de Emergência em Saúde Pública Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

[3A.1 Cabeçalho](#)

[3A.2 Identificação do estabelecimento de saúde e do\(s\) profissional\(is\)](#)

[3A.3 Identificação do cidadão](#)

[3A.4 Resultado de Exames*](#)

Objetivo da ficha: registro do acometimento de Síndrome Neurológica por Zika ou de Microcefalia. O preenchimento desta ficha é complementar a Ficha de Atendimento Individual para os casos de atendimento do profissional de nível superior a crianças que apresentam microcefalia (código CID10 Q02).

Profissionais que utilizam esta ficha: profissionais de nível superior da equipe de Atenção Básica.

O profissional deverá preencher com as informações de cada atendimento, para os casos de Síndrome Neurológica por Zika ou de Microcefalia (código CID10 - Q02), complementarmente em relação aos resultados de exames e vinculado a um atendimento individual por meio do CNS do cidadão registrado na Ficha de Atendimento Individual. A seguir, serão apresentados os campos da Ficha Complementar e as orientações sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

3A.1 Cabeçalho

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

Figura 3A.1 – Identificação e controle da digitação da ficha

	FICHA COMPLEMENTAR Registro de Emergência em Saúde Pública Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3A.1 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/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: SAS/MS.

3A.2 Identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is)

Figura 3A.2 – Identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is)

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____-____	_____	_____	/ /

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3A.2 – Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CNS DO PROFISSIONAL*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou o atendimento.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou os atendimentos.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, NASF, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.
DATA*	Dia/mês/ano em que foram realizados os atendimentos.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE DO OLHINHO (TRV)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Presente bilateral Duvidoso ou ausente

EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Normal Alterado

TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO: Passou Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO:
 Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO:
 Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)
 DATA DE REALIZAÇÃO: / / RESULTADO:
 Normal Sugestivo de infecção congênita Outras alterações Indeterminado

Fonte: SAS/MS.

Quadro 3A.4 – Resultado de Exames

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
TESTE DO OLHINHO (TRV)	<p>A triagem ocular neonatal ou “Teste do Olhinho”, faz parte do exame físico do recém-nascido ainda na maternidade, contemplando a inspeção (ectoscopia) e o teste do reflexo vermelho, que se faz pela incidência de feixe de luz dirigido sobre os olhos da criança e, com isso, observa-se a área pupilar, que nos bebês normais emite um brilho laranja-avermelhado.</p> <p>Marcar X na opção do resultado do exame recebido pelo profissional no momento do atendimento, podendo ser Presente bilateral ou Duvidoso ou ausente.</p>
EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - Fundoscopia)	<p>Para auxiliar no diagnóstico diferencial de infecções congênitas, como sífilis, toxoplasmose e citomegalovírus, bem como a identificação de outras alterações não detectadas na Triagem Ocular Neonatal, como retinopatia e outros transtornos oculares congênitos e hereditários, deve-se proceder ao exame do fundo de olho, que pode ser realizado após a alta da criança da maternidade.</p> <p>Marcar X na opção do resultado do exame recebido pelo profissional no momento do atendimento, podendo ser Normal ou Alterado.</p>
TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva)	<p>A presença de microcefalia é um indicador de risco para perda auditiva (Irda). O teste da orelhinha ou Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate) deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 h a 48 h), e preferencialmente ainda na maternidade.</p> <p>Marcar X na opção do resultado do exame recebido pelo profissional no momento do atendimento, podendo ser Passou ou Falhou.</p>
EXAMES DE IMAGEM	<p>US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 Ultrassonografia transfontanela): indicada para crianças com fontanela aberta, o que se verifica geralmente até os 6 meses de idade.</p> <p>Marcar X na opção do resultado do exame recebido pelo profissional no momento do atendimento, podendo ser Normal, Sugestivo de infecção congênita, Outras alterações ou Indeterminado.</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - Tomografia computadorizada do crânio): sem contraste, para RN cujo tamanho da</p>

	<p>fontanela impossibilite a US-TF e para aqueles em que, após a US-TF, ainda persista dúvida diagnóstica.</p> <p>Marcar X na opção do resultado do exame recebido pelo profissional no momento do atendimento, podendo ser Normal, Sugestivo de infecção congênita, Outras alterações ou Indeterminado.</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - Ressonância magnética de crânio): a ressonância deve permitir uma melhor avaliação das malformações, especialmente por possibilitar uma melhor caracterização das alterações corticais e uma melhor avaliação da substância branca.</p> <p>Marcar X na opção do resultado do exame recebido pelo profissional no momento do atendimento, podendo ser Normal, Sugestivo de infecção congênita, Outras alterações ou Indeterminado.</p>
--	--

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.



NOTA: para saber mais a respeito do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, acesse os endereços eletrônicos http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Protocolo_microcefalia_virus_Zika.pdf e http://dab.saude.gov.br/portaldab/combate_aedes_aegypti.php?conteudo=material_apoio

CAPÍTULO 4 - Ficha de Atendimento Odontológico Individual

[4.1 Cabeçalho](#)

[4.2 Identificação do\(s\) profissional\(is\) e lotação\(ões\)](#)

[4.3 Identificação dos cidadãos e local do atendimento](#)

[4.4 Informações do atendimento](#)

[4.4.1 Tipo de atendimento](#)

[4.4.2 Tipo de consulta](#)

[3.4.3 Vigilância em saúde bucal](#)

[4.4.4 Procedimentos odontológicos](#)

[4.4.5 Fornecimento de insumos](#)

[4.4.6 Conduta/Desfecho](#)

Objetivo da ficha: registrar as informações do atendimento individual realizado pela equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Profissionais que utilizam esta ficha: os profissionais da Atenção Básica 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.

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

4.1 Cabeçalho

O cabeçalho tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho a nível local. Este bloco é preenchido pelo digitador.

Figura 4.1 – Cabeçalho do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 4.1 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/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 conferiu o correto preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o registro, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: SAS/MS.

4.2 Identificação do(s) profissional(is) e lotação(ões)

O próximo bloco é utilizado para identificação do profissional que realizou os atendimentos individuais. Quando os atendimentos odontológicos forem feitos pelo cirurgião-dentista, conjuntamente com o ASB ou TSB, preenche-se no cabeçalho o CNS e CBO dos profissionais envolvidos. A mesma orientação cabe para o atendimento conjunto do TSB com o ASB. Já o ASB não deverá preencher sozinho a Ficha de Atendimento Odontológico Individual, apenas a Ficha de Atividade Coletiva.

Figura 4.2 – Identificação do(s) profissional(is) e lotação(ões)

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /
_____	____-__	_____	_____	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	
_____	____-__	_____	_____	/ /

Fonte: SAS/MS.

Quadro 4.2 – Identificação do(s) profissional(is) e lotação(ões)

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
-------	--

CNS DO PROFISSIONAL*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou os atendimentos odontológicos individuais.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou os atendimentos odontológicos individuais.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, Nasf, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.
DATA*	Dia/mês/ano em que foram realizados os atendimentos.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

4.3 Identificação dos cidadãos e local do atendimento

Figura 4.3 – Identificação do cidadão e local de atendimento e condição de saúde

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														
CNS DO CIDADÃO		<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"/>
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: SAS/MS.

Quadro 4.3 – Identificação do cidadão e local de atendimento e condição de saúde

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº	Em cada ficha pode-se registrar informações de até 13 atendimentos distintos.
TURNO*	Turno em que foram realizados os atendimentos, sendo: M - manhã, T - tarde ou N - noite.
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família no estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.

CNS DO CIDADÃO	Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que está em atendimento. Os números devem ser inseridos no sentido vertical. Cidadãos sem o CNS poderão e deverão ser atendidos pela equipe.
DATA DE NASCIMENTO*	Informe o dia, mês e ano do nascimento do cidadão. Variável de verificação do CNS.
SEXO*	Assinalar F – feminino ou M – masculino.
LOCAL DE ATENDIMENTO*	<p>Informar o número referente ao local em que foi realizado o atendimento do cidadão, considerando as seguintes opções:</p> <p>(01) UBS - Unidade Básica de Saúde (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>cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.</i> (10) Unidade socioeducativa – <i>base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</i></p>
PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS	<p>Marque com um “x” caso o usuário seja uma pessoa com necessidades especiais.</p> <p>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>Para saber mais, acesse o Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal – no endereço eletrônico <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_bucal.pdf></p>
GESTANTE	Marque com um “x” caso a usuária esteja gestante, independentemente do período gestacional.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

É importante que todos os cidadãos do território adscrito tenham o número do CNS, mesmo que este item não seja de preenchimento obrigatório. Esse número é importante para a identificação e vinculação do cidadão. Caso o número não seja

preenchido não será possível visualizar informações identificadas nos relatórios de saúde e serão obtidos apenas os dados consolidados.

4.4 Informações do atendimento

Este bloco apresenta informações do atendimento, tais como tipo de atendimento, problema/condição avaliada, exames, conduta, entre outras. A seguir, são detalhados os campos.

4.4.1 Tipo de atendimento

O preenchimento deste bloco é obrigatório e indica qual o tipo de atendimento foi realizado ao usuário do serviço de saúde. Só cabe marcar uma opção sobre o tipo de atendimento.

Figura 4.4 – Tipo de atendimento*

Tipo de atendimento*	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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 4.4 – Tipo de atendimento*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA AGENDADA	É toda consulta realizada após agendamento, de caráter não urgente . 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. Por exemplo, uma consulta de retorno agendada para a continuidade do tratamento previsto na primeira consulta odontológica individual.
DEMANDA ESPONTÂNEA	
ESCU TA INICIAL/ORIENTAÇÃO	Refere-se à escuta/orientação 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. Um exemplo é a mãe que procura a equipe de Saúde Bucal para orientações quanto à cronologia de erupção dentária de seu bebê. Após a escuta, a equipe orienta a mãe.

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. Por exemplo, um usuário procura a UBS para atendimento odontológico sem relato de urgência; e, ao verificar disponibilidade na agenda, o profissional realiza o atendimento no mesmo dia e mediante a necessidade garante o retorno do usuário para continuidade do tratamento.
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	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, por exemplo usuário procura atendimento odontológico com queixa de dor dentária espontânea, necessita de atendimento odontológico no mesmo turno.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

4.4.2 Tipo de consulta

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

Figura 4.5 – Tipo de consulta**

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"/>
	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"/>
	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"/>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 4.5 – 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 exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de plano preventivo-terapêutico. O tratamento deve ser iniciado na mesma sessão da primeira consulta odontológica programática.</p> <p>É importante lembrar que nessa consulta acontece uma minuciosa análise dos dentes e tecidos moles e o paciente tem todas as explicações e orientações quanto ao seu caso. Também é feito um levantamento do histórico do paciente tanto da sua condição oral, quanto de saúde geral. Para que se estabeleça uma relação de confiança/vínculo deve-se ouvir, com atenção, as queixas e dúvidas do paciente.</p> <p>Uma primeira consulta odontológica programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa 12 (doze) meses após a conclusão do plano preventivo-terapêutico ou caso o paciente abandone o tratamento 6 (seis) meses após a última consulta.</p> <p>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 do tratamento previsto.</p>

	As necessidades do usuário levantadas durante esta avaliação deverão ser registradas no prontuário clínico do usuário.
CONSULTA DE RETORNO EM ODONTOLOGIA	Consiste na(s) consulta(s) subsequente(s) 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 acrescida do(s) procedimento(s) realizado(s) neste dia . (Exemplo: Considerando que um usuário possui seis restaurações para serem feitas, segundo plano preventivo-terapêutico elaborado pelo CD. Dessa forma as consultas agendadas para a realização dessas restaurações deverão ser consideradas como “CONSULTA DE RETORNO EM ODONTOLOGIA”).
CONSULTA DE MANUTENÇÃO EM ODONTOLOGIA	Consiste na consulta do usuário para manutenção, acompanhamento ou reparos clínicos após este ter concluído o tratamento previsto na primeira consulta odontológica . Ocorre quando o retorno do usuário ocorre em um período inferior a 12 meses da conclusão do tratamento. Portanto será registrada a consulta de manutenção acrescida do(s) procedimento(s) realizado(s) neste dia . (Exemplo: O usuário conclui o tratamento no mês de julho e no mês de setembro do mesmo ano ele retorna ao atendimento odontológico para reparo em uma determinada restauração. Neste caso deve-se marcar “CONSULTA DE MANUTENÇÃO EM ODONTOLOGIA” pois o retorno do usuário ocorreu dois meses após a conclusão do tratamento.

Fonte: SAS/MS.

**Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea.

4.4.3 Vigilância em saúde bucal

Visa a 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 4.6 – Vigilância em saúde bucal*

Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	Fendas ou labiopalatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumatismo dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

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 **pelo menos** uma opção.

Quadro 4.6 – Vigilância em saúde bucal*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ABSCESSO DENTOALVEOLAR	A condição do indivíduo com abscesso dentoalveolar, tanto na variável aguda quanto na crônica, independe do número de áreas afetadas e características do abscesso .

ALTERAÇÃO EM TECIDOS MOLES	A condição de alteração em tecidos moles independe do número, do tipo e do grau da lesão . 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. ⁹
DOR DE DENTE	A condição de indivíduo com dor de dente independe do número de dentes afetados e características da dor (espontânea ou provocada) .
FENDAS OU FISSURAS LABIOPALATAIS	A condição de fenda ou fissura independe do tipo da anomalia (se apenas labial, apenas palatal ou labiopalatal) .
FLUOROSE DENTÁRIA MODERADA OU SEVERA ¹⁰	A condição de fluorose dentária moderada ou severa independe do número de dentes atingidos .
TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR	A condição de indivíduo que sofreu traumatismo dentoalveolar independe do número de dentes, permanente e/ou decíduo, afetados e do tipo de lesão .
NÃO IDENTIFICADO	Deve ser preenchido todas as vezes que não for identificada nenhuma condição de vigilância em saúde bucal descrita acima .

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

4.4.4 Procedimentos odontológicos

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

Figura 4.7 – Procedimentos odontológicos

Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	<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"/>	<input type="text"/>
	Adaptação de prótese dentária	<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"/>	<input type="text"/>
	Aplicação de cariotático (por dente)	<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"/>	<input type="text"/>
	Aplicação de selante (por dente)	<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"/>	<input type="text"/>
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<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"/>	<input type="text"/>
	Capecamento pulpar	<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"/>	<input type="text"/>
	Cimentação de prótese dentária	<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"/>	<input type="text"/>
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	<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"/>	<input type="text"/>
	Drenagem de abscesso	<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"/>	<input type="text"/>
	Evidenciação de placa bacteriana	<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"/>	<input type="text"/>
	Exodontia de dente decíduo	<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"/>	<input type="text"/>
	Exodontia de dente permanente	<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"/>	<input type="text"/>
	Instalação de prótese dentária	<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"/>	<input type="text"/>
	Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária	<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"/>	<input type="text"/>
	Orientação de higiene bucal	<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"/>	<input type="text"/>

⁹ 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>.

¹⁰ 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>.

Procedimentos (quantidade realizada)	Profiliax/Remoção da placa bacteriana	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pulpotomia dentária	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Radiografia periapical/interproximal	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Restauração de dente decíduo	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Tratamento de alveolite	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Ulotomia/ulectomia	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>		<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Fonte: SAS/MS.

Deve-se preencher a quantidade (**números**) de procedimentos realizados durante o atendimento a determinado usuário. Estes campos estão em conformidade com a descrição dos procedimentos (por dente, por sextante ou por usuário) no Sigtap, como segue abaixo:

Quadro 4.7 – Procedimentos (quantidade realizada)

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O PREENCHIMENTO
ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	Anote a quantidade (número) de procedimentos realizados.
ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	
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: SAS/MS.

4.4.5 Fornecimento de insumos

Visa ao registro de insumos entregues aos usuários durante o atendimento clínico individual.

Figura 4.8 – 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: SAS/MS.

Quadro 4.8 – Fornecimento de insumos

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O 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: SAS/MS.

4.4.6 Conduta/Desfecho

Neste bloco, deve-se registrar a conduta/desfecho do episódio, bem como 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**. Ele é de preenchimento obrigatório e serve também para reagendamentos para a própria equipe de SB e para outras equipes da AB, como NASF ou mesmo outros profissionais.

Figura 4.9 – Conduta/Desfecho*

Conduta/Desfecho*	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"/>	
	Alta 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"/>	
	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"/>	
	Encaminhamento	Atendimento a 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: SAS/MS.

Quadro 4.9 – Conduta/Desfecho

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O PREENCHIMENTO
-------	----------------------------------

RETORNO PARA CONSULTA AGENDADA	Marque com um “x” caso o usuário necessite de retorno com a equipe de Saúde Bucal. Conduta aplicada aos casos em que for necessário o retorno para continuidade do tratamento previsto no plano preventivo-terapêutico da primeira consulta odontológica programática,
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, (como por exemplo, para enfermeiro, médico, entre outros).
AGENDAMENTO PARA NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	Marque com um “x” caso identifique a necessidade de agendar para os profissionais do NASF.
AGENDAMENTO PARA GRUPOS	Marque com um “x” caso tenha identificado a necessidade de agendar para algum grupo de acompanhamento que a unidade de saúde disponibiliza.
ALTA DO EPISÓDIO	Marque com um “x” para identificar os atendimentos concluídos sem a necessidade de retorno referente ao problema ou condição apresentada. Esta opção é destinada para os usuários que tiveram como Tipo de Atendimento “Demanda Espontânea” e não realizaram a “Primeira Consulta Odontológica Programática”. Por exemplo: O usuário chega com dor de dente (Atendimento de urgência) e a equipe de SB resolve o problema sem a necessidade de retorno deste usuário para continuidade do tratamento. Neste caso deve-se marcar “ALTA DO EPISÓDIO”, pois para assinalar “TRATAMENTO CONCLUÍDO” deve haver a elaboração e conclusão do plano preventivo-terapêutico da primeira consulta odontológica programática).
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: SAS/MS.

Os encaminhamentos, dentro do bloco de conduta/desfecho, deverão ser marcados para outras especialidades odontológicas e, em caso de necessidades não relacionadas, o campo “Outros” deverá ser assinalado. Esta seção deverá ser utilizada apenas pelo cirurgião-dentista.

Quadro 4.10 – Encaminhamento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O 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	
ODONTOLOGIA PEDIÁTRICA	

ORTODONTIA/ORTOPEDIA	
PERIODONTIA	
PRÓTESE DENTÁRIA	
RADIOLOGIA	
OUTROS	

Fonte: SAS/MS.

CAPÍTULO 5 - Ficha de Atividade Coletiva

[5.1 Cabeçalho](#)

[5.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde](#)

[5.3 Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais](#)

[5.4 Tipos de atividade coletiva](#)

[5.5 Atividades e Temas para reunião](#)

[5.6 Atividades, Público-alvo, Temas para saúde e Práticas em de saúde](#)

[5.6.1 Público-alvo](#)

[5.6.2 Temas para saúde](#)

[5.6.3 Práticas em saúde](#)

[5.7 Lista de Participantes](#)

Objetivo da ficha: registrar as ações realizadas em grupo pelas equipes, conforme as necessidades do território e da própria equipe. Já em sua organização, marcada por blocos de tonalidades de cor diferentes, é perceptível que a ficha apresenta dois focos: as ações coletivas de saúde para a população (como atividades de educação em saúde, atendimentos e avaliações em grupo, e mobilizações sociais) e as ações coletivas para a organização da equipe (reuniões de equipe, reuniões com outras equipes, ou reuniões com outros órgãos).

Profissionais que utilizam esta ficha: É utilizada por profissionais das equipes de Atenção Básica (incluindo equipe de Saúde Bucal), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), do Polo Academia da Saúde, do Consultório na Rua (eCR) e das equipes de Atenção Básica Prisional (EABP).



NOTA: as ações realizadas nos **Programa Saúde na Escola**, da Política Nacional de Combate ao Tabagismo, entre outras, devem ser registradas usando a Ficha de Atividade Coletiva.

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.

5.1 Cabeçalho

O cabeçalho desta ficha é diferente das demais apresentadas. Ele possui um bloco de identificação e controle da digitação, um bloco de identificação do profissional responsável e um bloco de identificação da atividade e dos demais profissionais envolvidos na condução da atividade.

Figura 5.1 – Cabeçalho do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: SAS/MS.

Quadro 5.1 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/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 conferiu o correto preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o registro, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: SAS/MS.

5.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

O próximo bloco é utilizado para identificação do profissional de saúde responsável pela atividade e sua lotação. Se a atividade é realizada por mais de um profissional, para este campo, elege-se o principal responsável.

Figura 5.2 – Identificação do profissional responsável e lotação

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
_____	____-__	_____	_____	/ /

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 5.2 – Identificação do profissional e lotação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou o registro no formulário de Marcadores de Consumo Alimentar.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou o registro no formulário.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, Nasf, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.
DATA*	Dia/mês/ano em que foi realizado o registro no formulário.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

5.3 Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais

Este bloco permite o registro da data, turno e local de realização da atividade e, ainda, do número de participantes, número de avaliações alteradas e dados de outros profissionais envolvidos na organização da atividade.

Figura 5.3 – Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais

TURNO: * (M) (T) (N) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		_____	____-__
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES	_____	____-__
_____	_____	_____	____-__
OUTRA LOCALIDADE:		_____	____-__
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	_____	____-__
____	____	_____	____-__

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 5.3 – Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
TURNO*	Turno em que a atividade foi desenvolvida. Use M para manhã, T para tarde e N para noite.
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	Marcar se foram profissionais da saúde ou da educação que realizaram a atividade do Programa Saúde na Escola, quando a atividade for realizada em conjunto, é possível assinalar os dois campos.
LOCAL DE ATIVIDADE	Estão previstas três situações:

	<ul style="list-style-type: none"> • Nº DO INEP (ESCOLA/CRECHE) - para atividade realizada no âmbito do Programa Saúde na Escola, • CNES – para atividade realizada em outro estabelecimento de saúde que não o estabelecimento de origem da equipe (Exemplo: quando realizar atividade em um Polo de Academia da Saúde), • OUTRA LOCALIDADE - Campo descritivo para informar qualquer outro espaço, diferente de escola ou estabelecimento de saúde (Exemplos: igreja, associação de moradores, etc.).
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.
CNS DO PROFISSIONAL** E CBO**	<p>Número do Cartão Nacional do SUS (CNS) e código Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) dos outros profissionais envolvidos na organização da atividade, que não o responsável.</p> <p>Embora exista a restrição de seis campos para identificação dos profissionais na ficha, <u>no momento da digitação das informações no sistema, não existe essa restrição.</u></p> <p>Numa reunião de equipe, por exemplo, não há necessidade de registrar o CNS de cada profissional presente. Registra-se dos mediadores, já os demais profissionais são contabilizados no campo 'nº de participantes'.</p>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

** Campo com obrigatoriedade condicionada.



ATUALIZAÇÃO: disponível a partir da versão 3.0.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Novo campo - a partir da versão 3.0 é possível identificar as ações do PSE, por meio do campo Programa Saúde na Escola. Esse campo deve ser assinalado quando forem realizadas atividades no âmbito do PSE. Assinalar o campo “educação” caso a atividade seja realizada pelos profissionais da escola e “saúde” caso a atividade seja realizada pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde. Marque os campos “educação” e “saúde” quando a atividade for realizada em conjunto.

Campo Nº do INEP (ESCOLA/CRECHE) - Este campo deve ser preenchido obrigatoriamente e somente se a atividade for realizada no âmbito do PSE. 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).



NOTA: para saber mais sobre o PSE, acesse <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>.

Quadro 5.4 – Atividade (Opção única)*

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, por exemplo, reunião entre eSF e eNasf ou reunião entre eSF e eCR).
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: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Ao assinalar uma das opções acima, será necessário registrar obrigatoriamente, **pelo menos**, uma opção do bloco de “TEMAS PARA REUNIÃO”. Os temas que podem ser registrados estão expostos no quadro a seguir.

Quadro 5.5 – Temas para reuniões (Opção múltipla)*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
01) QUESTÕES ADMINISTRATIVAS/ FUNCIONAMENTO	Opção utilizada para indicar reunião de equipe onde são tratadas questões administrativas e de funcionamento da unidade.
02) PROCESSO DE TRABALHO	Opção utilizada para indicar reunião em que será discutido o processo de trabalho da equipe, seja sobre os núcleos profissionais, questões clínicas, seja sobre o contexto geral da equipe e estabelecimento de saúde, seguindo os preceitos trazidos pela PNAB e tendo os cidadãos e o território como eixo principal e norteador da discussão.
03) DIAGNÓSTICO DO TERRITÓRIO/MONITORAMENTO DO TERRITÓRIO	Indica a realização de reunião de equipe para debater a situação de saúde do território a partir de dados dos sistemas de informação em saúde, formulando indicadores e o retrato epidemiológico da população assistida.
04) PLANEJAMENTO/MONITORAMENTO DAS AÇÕES DA EQUIPE	Opção utilizada para indicar reunião com foco no planejamento de ações de saúde a partir do diagnóstico da situação de saúde do território, com utilização de indicadores e epidemiologia dos dados de saúde.
05) DISCUSSÃO DE CASO/ PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	Opção utilizada para indicar uma reunião de equipe que tem como tema discussão do caso de saúde de um cidadão ou de uma família, podendo ter como resultado a articulação dos diversos saberes dos profissionais envolvidos diante da singularidade do sujeito, pensando novas possibilidades e caminhos para a intervenção, resultando na elaboração de um projeto terapêutico singular. Esta opção também poderá ser utilizada para os projetos de saúde do território, que busca ações direcionadas à produção de saúde e à redução de vulnerabilidades em um determinado território.
06) EDUCAÇÃO PERMANENTE	Opção utilizada quando a equipe desenvolve uma atividade de produção de conhecimento dentro das premissas básicas de ser um

	processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo, envolvendo práticas que considerem elementos que façam sentido para os profissionais envolvidos. Saiba mais : http://dab.saude.gov.br/portaldab/educacao_permanente.php
07) OUTROS	Campo destinado para registro de temas que não se encontram listados acima.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

5.6 Atividades de saúde

O segundo tipo de atividade é composto de 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, ao menos, uma opção do bloco de “PÚBLICO-ALVO” e, ao menos, uma opção do bloco de “PRÁTICAS EM SAÚDE” ou de “TEMAS PARA SAÚDE”, obrigatoriamente.

Quadro 5.6 – Atividade (Opção única)*

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, rodas de conversa com temas da saúde, atividades de sala de espera na UBS, campanhas pontuais ou sazonais de saúde, etc.. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados.
05) ATENDIMENTO EM GRUPO	Campo utilizado para indicar a realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.
06) AVALIAÇÃO/PROCEDIMENTO COLETIVO	Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outros. Exige a identificação dos usuários que participaram da atividade por meio do preenchimento do CNS.
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 não exige que os usuários da atividade sejam identificados.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

5.6.1 Público-alvo

Este bloco é utilizado para registrar, na Ficha de Atividade Coletiva, os públicos-alvo que participaram da ação em saúde. É um campo obrigatório para as atividades de 04 a 07 e 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 3 anos, criança de 4 e 5 anos, criança de 6 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.

5.6.2 Temas para saúde

Este bloco é utilizado para registrar, na Ficha de Atividade Coletiva, os temas discutidos na ação em saúde. É possível marcar mais de uma opção e é campo de preenchimento obrigatório nas Atividades 04 - Educação em saúde, 05 - Atendimento em grupo, e 07 - Mobilização social.

5.6.3 Práticas em saúde

Neste bloco são registradas algumas práticas em saúde. Também é possível marcar mais de uma opção, caso a atividade desenvolvida seja a 05 - Atendimento em grupo. Se a atividade for a 06 - Avaliação/procedimento coletivo, é possível optar por uma única prática.

As opções 06 a 09 devem ser marcadas somente se ação for realizada no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e conforme protocolo desse programa.

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), 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.

5.7 Lista de Participantes

Para as atividades coletivas que demandam 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 junto à lista de participantes da atividade:

- CNS do cidadão participante da atividade (ATENÇÃO: campo obrigatório ao informar lista de participantes);
- Data de nascimento do cidadão (ATENÇÃO: campo com obrigatoriedade condicionada);
- Sexo do cidadão, podendo optar por F - feminino ou M - masculino (ATENÇÃO: campo com obrigatoriedade condicionada);
- Marcar se o cidadão apresentou avaliação alterada;

- Peso e altura do cidadão no caso a atividade ser de avaliação antropométrica. Para tanto, também é necessário assinalar o item 01 - Antropometria - no bloco de Práticas em saúde;
- Se a atividade ocorreu no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, marcar se o cidadão cessou o hábito de fumar e/ou se abandonou o grupo. Em caso afirmativo, é preciso registrar também, no bloco de Práticas em saúde, um dos itens de 06 a 09, de acordo com cada situação.

Quando se proceder à digitação dessa ficha no sistema, este fará a validação do número de CNS do cidadão participante da atividade. Para que não haja problemas com possíveis equívocos de registro de CNS do cidadão, é importante estar atento ao preenchimento correto do campo.



ATENÇÃO: as 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 5.5 – Identificação dos cidadãos participantes da atividade coletiva

Obrigatório somente
para Antropometria

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: SAS/MS.

CAPÍTULO 6 - Ficha de Procedimentos

[6.1 Cabeçalho](#)

[6.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde](#)

[6.3 Identificação dos cidadãos, local de atendimento e escuta inicial/orientação](#)

[6.4 Escuta inicial/orientação](#)

[6.5 Procedimentos/pequenas cirurgias](#)

[6.6 Procedimentos consolidados](#)

Objetivo da ficha: registrar os procedimentos realizados na Atenção Básica. Ela, identifica os procedimentos que foram feitos por determinado profissional, em ato, diferentemente da Ficha de Atendimento Individual, em que são registradas a solicitação e a avaliação de procedimentos de exames, por exemplo.

Profissionais que utilizam esta ficha: é utilizada pelos profissionais de equipes da Saúde da Família, de Saúde Prisional, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, da Academia da Saúde, de Consultório na Rua e outras equipes de AB. Todos os profissionais de nível superior são habilitados a preenchê-la (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, etc.) ou de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) da área da saúde, com exceção da equipe de Saúde Bucal (que utiliza a Ficha de Atendimento Odontológico Individual) e dos agentes comunitários de saúde.

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

6.1 Cabeçalho

O cabeçalho tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho a nível local. Este bloco é preenchido pelo digitador.

Figura 6.1 – Cabeçalho da Ficha de Procedimentos

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: SAS/MS.

Quadro 6.1 – 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 conferiu o correto preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o procedimento, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: SAS/MS.

6.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

O próximo bloco é utilizado para identificação do profissional que realizou os procedimentos.

Figura 6.2 – Identificação do profissional e lotação

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	/ /

Fonte: SAS/MS.

Quadro 6.2 – Identificação do profissional e lotação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
CNS do Profissional*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou os procedimentos. Cada procedimento pode ser realizado e registrado por apenas UM profissional.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou os procedimentos.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, Nasf, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.
DATA*	Dia/mês/ano em que foram realizados os procedimentos.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

6.3 Identificação dos cidadãos, local de atendimento e escuta inicial/orientação

Este bloco de informações permite a identificação do usuário que foi atendido por meio do CNS, data de nascimento e sexo. Os dados informam também sobre o local do atendimento. Pode ser utilizado ainda para registro da escuta inicial/orientação.

O campo “Escuta inicial/Orientação” deverá ser marcado para registrar a realização de acolhimento, utilizado para demanda espontânea de acordo com o fluxo de cada UBS. Caso o acolhimento na UBS seja realizado por profissional técnico ou auxiliar de enfermagem, esse procedimento deverá ser registrado na Ficha de Procedimentos; caso seja realizado por profissional de nível superior, poderá ser registrado na Ficha de Procedimentos quando a escuta inicial/orientação se der fora do atendimento, ou na Ficha de Atendimento Individual quando o próprio tipo de atendimento se configurar como escuta inicial/orientação.

Figura 6.3 – Identificação dos cidadãos, 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															
CNS DO CIDADÃO		<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"/>
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)	(F M)
Local de atendimento*		<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"/>
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"/>

Fonte: SAS/MS.

Quadro 6.3 – Dados dos usuários, local de atendimento e escuta inicial/orientação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº	Cada Ficha de Procedimentos permite registro de informações de 14 cidadãos (um por coluna). Caso o número de procedimentos no dia exceda esse total, o profissional deverá utilizar uma nova ficha.
TURNO*	Turno em que foram realizados os atendimentos, sendo: M - manhã, T - tarde ou N - noite.
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família no estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
CNS DO CIDADÃO	Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que está em atendimento. Os números devem ser inseridos no sentido vertical. Cidadãos sem o CNS poderão e deverão ser atendidos pela equipe.

DATA DE NASCIMENTO*	Informe o dia, mês e ano do nascimento do cidadão. Variável de verificação do CNS.
SEXO*	Assinalar F – feminino ou M – masculino.
LOCAL DE ATENDIMENTO*	<p>Informar o número 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>cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.</i> (10) Unidade socioeducativa – <i>base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</i></p>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

6.4 Escuta inicial/orientação

É realizada no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, primeiro contato, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Durante o acolhimento e escuta qualificada, o profissional, poderá resolver o caso por meio de orientação ou, ainda, realizar classificação de risco com análise de vulnerabilidade para atendimento imediato/no mesmo dia para cidadão em situação aguda ou com agendamento garantido para outro dia para cidadão com situação não aguda.



ATENÇÃO: o ato de escuta inicial/orientação deve ser **registrado** uma **única vez por cidadão**.



NOTA: para saber mais sobre escuta inicial e processo de acolhimento à demanda espontânea, consulte o Caderno de Atenção Básica - CAB - Acolhimento nº 28 http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf

6.5 Procedimentos/pequenas cirurgias

Este bloco de informações é utilizado para o registro dos procedimentos realizados na Atenção Básica, que podem ou não estar referidos no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS). Os procedimentos que possuem código SIGTAP são enviados para o SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais), que deve ser gerado por meio do PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) e-SUS AB.

Figura 6.4 – 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 de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	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"/>
	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 do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
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"/>
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: SAS/MS.

O profissional deverá marcar um “x” na opção da linha correspondente ao procedimento realizado.



ATENÇÃO: os campos de administração de medicamentos, são destinados ao registro do profissional que administrou, e **não** deve ser utilizado para registro de prescrição.

Ainda neste bloco, o profissional pode registrar outros procedimentos não constantes na listagem (até seis por cidadão). Esses procedimentos devem ser descritos a partir do seu código SIGTAP, sendo o preenchimento registrado de forma vertical.

Figura 6.5 – Registro de outros procedimentos

Procedimentos/Pequenas cirurgias* 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="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 <i>(registre o código na vertical)</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"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</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"/>
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</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"/>

Fonte: SAS/MS.



NOTA: para mais informações sobre o **SIGTAP** acesse: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> .

6.6 Procedimentos consolidados

Este bloco de informações é utilizado para o registro dos procedimentos realizados com maior frequência. O registro dessas ações não é individualizado, sendo necessário registrar a quantidade total dos procedimentos feitos no dia em que foi utilizada a ficha.

O bloco em questão traz informações consolidadas e destina-se principalmente aos profissionais que atuam 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, se necessário, pode registrá-lo na Ficha de Atendimento Individual, não havendo necessidade de registrá-lo no bloco de procedimentos consolidados.

Figura 6.6 – Registro de procedimentos consolidados

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: SAS/MS.

CAPÍTULO 7 - Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

[7.1 Cabeçalho](#)

[7.2 Motivo da visita](#)

[7.2.1 Busca Ativa](#)

[7.2.2 Acompanhamento](#)

[7.2.3 Bloco de Controle ambiental/vetorial](#)

[7.3 Bloco de Antropometria](#)

[7.4 Desfecho](#)

Objetivo da ficha: registrar a atividade de visita ao cidadão ou a outros pontos do território adscrito da equipe da AB. As informações solicitadas na ficha foram selecionadas segundo a sua importância 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. Dessa forma, agora é considerado apenas de competência do agente comunitário de saúde (ACS) e do agente de combate às endemias (ACE). Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior redefiniu-se como atendimento individual, e o local - domicílio.



ATENÇÃO: a Ficha de Visita Domiciliar e Territorial é de **uso exclusivo** do ACS e do ACE. Para os demais profissionais, a visita domiciliar é definida como atendimento realizado no domicílio, e deve ser registrada na Ficha de Atendimento (Individual/Odontológico Individual), especificando, no campo “Local de Atendimento”, 04 - Domicílio.

Preencher no momento da visita. Caso não seja possível, pode ser preenchida logo após o término da visita. A seguir, serão apresentados os campos e as orientações

sobre como preenchê-la. Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

7.1 Cabeçalho

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

Figura 7.1 – Cabeçalho da Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

	FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: SAS/MS.

Quadro 7.1 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/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 de numeração nas folhas.

Fonte: SAS/MS.

Os demais campos do cabeçalho são utilizados para identificar o profissional que realizou a visita domiciliar e territorial:

Figura 7.2 – Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	□□□□□□	□□□□□□□□	/ /

Fonte: SAS/MS.

Quadro 7.2 – Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CNS DO PROFISSIONAL*	Número do Cartão Nacional de Saúde do profissional que realizou a visita domiciliar e territorial.
CBO*	Código da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) do profissional que realizou a visita (ACS - 5151-05 ou ACE - 5151-40).

CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado.
DATA*	Anote o dia/mês/ano em que foram realizadas as visitas.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Além das informações que constam no cabeçalho de cada ficha, esta ainda possui campos que permitem a identificação do usuário, essenciais à individualização do registro, e a sinalização de realização de visita compartilhada. São eles:

Figura 7.3 – Identificação do usuário e visita compartilhada

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*	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T
MICROÁREA*	<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"/>	<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"/>
TIPO DE IMÓVEL*	<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"/>	<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"/>
Nº PRONTUÁRIO	<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"/>	<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"/>
CNS do Cidadão <small>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle veicular, usar o CNS do responsável familiar)</small>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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: SAS/MS.

Quadro 7.3 – Identificação do usuário e visita compartilhada

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº	Em cada Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, há possibilidade de registrar até 23 visitas.
TURNO*	Turno em que foram realizados os atendimentos, sendo: M - manhã, T - tarde ou N - noite.
MICROÁREA*	Preencha o número de 00 a 99 que identifique a microárea ou com FA para visita Fora de Área.
TIPO DE IMÓVEL*	Preencha com o número que corresponda ao imóvel: 01 (Domicílio), 02 (Comércio), 03 (Terreno baldio), 04 (cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 (Escola), 06 (Creche), 07 (Abrigo), 08 (Instituição de longa permanência para idosos), 09(Unidade prisional), 10 (Unidade de medida sócio educativa), 11 (Delegacia), 12 (Estabelecimento religioso), 99 (Outros).

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.
CNS DO CIDADÃO	Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde do cidadão ou do responsável familiar, os números são incluídos no sentido vertical. Para visita periódica ou visita para controle vetorial utilizar o CNS do Responsável Familiar.
DATA DE NASCIMENTO	Informe o dia, mês e ano. Variável de verificação do número do CNS.
SEXO*	Assinalar F – feminino ou M – masculino.
VISITA COMPARTILHADA COM OUTRO PROFISSIONAL	Campo utilizado para identificar se a visita de um ACS ou ACE foi realizada com outro profissional. Marque um “X” na linha quando for o caso.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

7.2 Motivo da visita

Os motivos da visita estão organizados de forma a facilitar o registro pelo ACS ou ACE, **podendo estes, quando necessário, marcar mais de uma opção.** É obrigatório identificar, **pelo menos,** uma opção.

Figura 7.4 – Motivo da visita domiciliar

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"/>
		Condiçionalidades 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"/>	
Motivo da visita*	Acompanhamento	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"/>
		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"/>	<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"/>
		Condiçionalidades 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"/>

Fonte: SAS/MS.

Quadro 7.4 – Motivo da visita

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CADASTRAMENTO/ATUALIZAÇÃO	Campo destinado ao registro da ação de cadastro ou atualização de cadastro da Atenção Básica, que pode ser, cadastro individual (CNS do cidadão) ou cadastro domiciliar e territorial (CNS do responsável familiar).
VISITA PERIÓDICA	<p>Campo destinado ao registro da abordagem periódica realizada pelos ACS às famílias que não apresentam situações de saúde (doenças crônicas, fases da vida - gestante, criança, idoso) mas que são visitadas na rotina do ACS ou ACE. Para registrar a visita periódica, deve-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NÚMERO DO CARTÃO SUS E DATA DE NASCIMENTO: registrar somente o número do CNS e data de nascimento do responsável familiar; • MOTIVO DA CONSULTA: marcar o campo “Visita periódica”; • DESFECHO: visita realizada. <p>ATENÇÃO! O preenchimento da ficha como abordagem familiar só será aceito no sistema como visita periódica.</p>

Fonte: SAS/MS.

7.2.1 Busca Ativa

Quadro 7.5 – Motivo da visita – Busca ativa

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA	Busca de usuários para entrega de marcação de consulta, ou para cidadãos que faltaram à consulta agendada ou de cuidado continuado ou programada.
EXAME	Entrega ou marcação de exames para o usuário.
VACINA	Busca de usuários com situação vacinal atrasada ou para campanhas de vacinação.
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: SAS/MS.

7.2.2 Acompanhamento

Quadro 7.6 – 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.
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 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).
CONTROLE AMBIENTAL/VETORIAL	AÇÃO EDUCATIVA - Preencha caso tenha realizado ação educativa junto aos usuários, com orientações sobre ações de controle ambiental/vetorial.
	IMÓVEL COM FOCO - Preencha caso tenha sido identificado no imóvel algum foco do mosquito Aedes aegypti.
	AÇÃO MECÂNICA - Preencha nos casos onde foi realizada remoção mecânica (manual ou utilizando outros objetos) do foco do mosquito.
	TRATAMENTO FOCAL - Preencha nos casos onde foi realizado tratamento químico (com larvicida ou adulticida) onde há focos do mosquito.
EGRESSO DE INTERNAÇÃO	Acompanhamento de usuários egressos de internação.
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 às condições de saúde e situações apresentadas pelo cidadão ou para prevenção de agravos.
OUTROS	Outras ações que não constam nas descrições acima.

Fonte: SAS/MS.

7.2.3 Controle ambiental/vetorial

As ações de controle ambiental/vetorial devem ser desenvolvidas e registradas pelo ACS ou ACE de modo a minimizar o risco de agravos à saúde da população e permitir o planejamento das equipes de saúde, a fim de efetivar a vigilância dos fatores de risco ambientais e sanitários, sobretudo no contexto das doenças relacionadas ao *Aedes aegypti*. Este bloco é de múltipla escolha.

Figura 7.5 – Controle ambiental/vetorial

Controle ambiental/vetorial	Ação educativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ação mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: SAS/MS.

VISITA PERIÓDICA

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 (seção específica da Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial).

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 núcleo familiar. Nos casos de visita periódica, deve-se informar o CNS 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 cidadão, ou do responsável familiar, no caso de cadastro domiciliar. Nesse caso, deve ser registrado o CNS do cidadão.

Na visita domiciliar, realizada pelo ACS, para cidadão com alguma situação de saúde, o profissional deverá registrar o CNS da pessoa que está sendo acompanhada.

Por exemplo: em uma visita domiciliar identificou-se uma gestante, considerando que essa condição demanda acompanhamento, deverá ser registrado “Gestante”, como motivo da visita, e também de “Cadastramento/Atualização”, deixando de ser uma visita periódica. Então, deverão ser assinalados os dois campos.

7.3 Antropometria

Este campo é composto por informações que servem para o acompanhamento nutricional dos indivíduos visitados.

Figura 7.6 – Antropometria

Antropometria	Peso (kg)																	
	Altura (cm)																	

Fonte: SAS/MS.

Quadro 7.7 – Antropometria

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PESO (KG)	Anote o peso do usuário em quilogramas.
ALTURA (CM)	Anote a altura do usuário em centímetros.

Fonte: SAS/MS.

7.4 Desfecho

Bloco utilizado para identificar o desfecho da visita domiciliar e territorial. Este campo é de preenchimento obrigatório (*).

Figura 7.7 – Desfecho

Desfecho*	Visita realizada	<input type="radio"/>
	Visita recusada	<input type="radio"/>
	Ausente	<input type="radio"/>

Fonte: SAS/MS.

Quadro 7.8 – Desfecho

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
VISITA REALIZADA	Visita realizada conforme planejado pelo profissional, ao cidadão, domicílio, ou território.
VISITA RECUSADA	Visita recusada pelo cidadão, impossibilitando realizar a ação pretendida.
AUSENTE	O cidadão procurado estava ausente ou não foi possível contatá-lo.

Fonte: SAS/MS.



ATENÇÃO: quando a visita for recusada ou o cidadão estiver ausente, o profissional deverá apontar um dos desfechos: “Visita recusada” ou “Ausente”, lembrando sempre de preencher a identificação do profissional, lotação e data, para que seja possível a inserção da ficha no sistema.

CAPÍTULO 8 - Marcadores de Consumo Alimentar

Objetivo do formulário: este 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. Os formulários de marcadores de consumo alimentar propõem a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior. Esse instrumento permite a identificação de marcadores positivos ou negativos da alimentação e, de maneira mais dinâmica, a composição de indicadores. Por meio da avaliação do consumo alimentar, o profissional da equipe de saúde pode orientar quanto às práticas alimentares adequadas e saudáveis.

Profissionais que utilizam esta ficha: podem ser utilizados por qualquer profissional da equipe de Atenção Básica.



NOTA: para saber mais sobre o Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado no **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**, consulte o endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf.



NOTA: para auxiliar a utilização do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar e a orientação sobre práticas alimentares saudáveis, recomenda-se o uso do documento “**Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica**”, disponível no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf.

A seguir, serão apresentados os campos do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar e as orientações sobre como preenchê-los. Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. Os campos assinalados com dois asteriscos (**) apontam que todas as questões do bloco deverão ser respondidas.

8.1 Cabeçalho

O cabeçalho tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho a nível local. Este bloco é preenchido pelo digitador.

Figura 8.1 – Cabeçalho do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 8.1 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÕES SOBRE O 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 conferiu o correto preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o registro, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: SAS/MS.

8.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

O próximo bloco é utilizado para identificação do profissional que realizou o registro das informações do cidadão no formulário.

Figura 8.2 – Identificação do profissional e lotação

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 8.2 – Identificação do profissional e lotação

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CNS DO PROFISSIONAL*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou o registro no formulário de Marcadores de Consumo Alimentar.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou o registro no formulário.
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde o profissional está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional

	<p>(09) Unidade prisional ou congêneres – <i>cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.</i></p> <p>(10) Unidade socioeducativa – <i>base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</i></p>
--	--

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

8.4 Marcadores de Consumo Alimentar

A avaliação do consumo alimentar, bem como a do estado nutricional, deve ser realizada na rotina da Atenção Básica. Assim, considerando que todas as fases do curso da vida (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante) devem ser abrangidas pelas ações de vigilância alimentar e nutricional, a avaliação do consumo alimentar pode ser potencializada em ações rotineiras da atenção, como, nas consultas de pré-natal e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, nos grupos de idosos, entre outros.

Uma peculiaridade desse formulário é a sua forma de apresentação, organizando-se em blocos de questões estratificados por idade.

8.4.1 Crianças menores de 6 meses

Quadro 8.4 – Marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 6 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
	Ontem a criança consumiu:			
	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

Fonte: SAS/MS.

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas.

8.4.2 Crianças de 6 a 23 meses

Quadro 8.5 – Marcadores de consumo alimentar para crianças de 6 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
	Ontem a criança consumiu:						
	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				

Fonte: SAS/MS.

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas.

8.4.3 Crianças com 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, gestantes e idosos

Quadro 8.6 – Marcadores de consumo alimentar para crianças com 2 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
	Ontem, você consumiu:						
	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			

Fonte: SAS/MS.

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas.

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.

Com relação à periodicidade de registro no formulário de marcadores de consumo alimentar, recomenda-se acompanhamento diferenciado para crianças de até 2s anos de idade e indivíduos maiores de 2 anos, como mostrado no quadro abaixo.

Quadro 8.7 – Periodicidade de registro no formulário de marcadores de consumo alimentar

Faixa etária	Periodicidade de acompanhamento
Crianças até 2 anos	Aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses
Indivíduos a partir de 2 anos	No mínimo, 1 registro por ano

Fonte: SAS/MS.

CAPÍTULO 9 - Fichas de Atenção Domiciliar

9.1 Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão

9.1.1 Cabeçalho

9.1.2 Identificação identificação do profissional realizou a avaliação e da equipe

9.1.3 identificação do cidadão

9.1.4 Procedência

9.1.5 Condição(ões) avaliada(s)

9.1.6 Conclusão / Destino

9.1.7 Identificação do usuário/cidadão para admissão

9.1.8 Cuidador

9.2 Ficha de Atendimento Domiciliar

9.2.1 Cabeçalho

9.2.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

9.2.3 Identificação dos cidadãos e local do atendimento

9.2.4 Tipo de atendimento

9.2.5 Situações presentes e/ou avaliadas e CID

9.2.6 Procedimentos realizados

9.2.7 Conduta / Desfecho

9.2.8 Visitas pós-óbito

A Coleta de Dados Simplificada, no âmbito do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), é composta por duas fichas de uso exclusivo das equipes que compõem o SAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP): a Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão e a Ficha de Atendimento Domiciliar. Além disso, as equipes de Atenção Domiciliar (AD) também devem utilizar a Ficha de Atividade Coletiva da Atenção Básica, sobretudo, para registro do processo de qualificação do cuidador.



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

9.1 Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão

Objetivo da ficha: A ficha de avaliação de elegibilidade e admissão é um instrumento de coleta de dados dessas ações realizadas pelas equipes. É 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 desta equipe de nível superior, obrigatoriamente, ainda que outros profissionais, inclusive de nível médio, façam parte da avaliação, sendo possível inserir um segundo profissional.

Equipes que utilizam esta ficha: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD).

Profissionais que utilizam esta ficha: Profissionais de nível superior (obrigatório) e de nível médio (opcional).



ATENÇÃO: a ficha não deve ser repetida mensalmente. Apenas no caso de saída do usuário e readmissão na equipe é que deverá ser preenchida novamente.



NOTA: a ficha de avaliação deve ser utilizada sempre que a equipe realizar avaliação de cidadãos, mesmo que no momento o usuário não seja admitido no SAD.

A seguir são apresentados os campos da ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão, para uso exclusivo para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

9.1.1 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.

Figura 9.1 – Cabeçalho da ficha de avaliação de elegibilidade e admissão

	AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (para uso exclusivo de SAD)	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: SAS/MS.

Quadro 9.1 – 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: SAS/MS.

9.1.2 Identificação identificação do profissional realizou a avaliação e da equipe

Figura 9.2 – Identificação do profissional e da equipe

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	____-____	_____	_____	/ /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNOS: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
_____	____-____	_____	_____	

Fonte: SAS/MS.

Quadro 9.2 – Bloco de identificação do profissional e da equipe

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
CNS do Profissional*	Preencha o número do cartão nacional de saúde do profissional que realizou a avaliação. Observe que o CNS utilizado deve ser o mesmo que consta no cadastro deste profissional no CNES.
CBO*	Código da Classificação Brasileira 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.
CNES*	Código do 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.
INE*	Código identificador nacional de equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

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

Para inserir os dados de identificação da equipe e do profissional no sistema clicar em “Adicionar”. Uma vez digitado o CNS do profissional, os campos CBO, CNES, INE serão preenchidos automaticamente.

9.1.3 identificação do cidadão

Figura 9.3 – Identificação do cidadão

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO	DATA NASC.:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
CNS DO CIDADÃO* _____		

Quadro 9.3 – Bloco de identificação do cidadão

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CNS do Cidadão*	Número do cartão nacional de saúde do cidadão que está sendo avaliado.
DATA DE NASCIMENTO*	Anote o dia/mês/ano de nascimento do cidadão.
SEXO*	Assinalar F – feminino ou M – masculino.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

O início da ficha solicita dados de identificação essenciais do cidadão, como: “CNS DO CIDADÃO”, “DATA DE NASCIMENTO” e “SEXO”. Caso o cidadão seja elegível para o serviço de Atenção Domiciliar, os dados complementares serão solicitados no final da ficha.

9.1.4 Procedência

Figura 9.4 – Procedência

PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*

Atenção Básica
 Internação hospitalar
 Urgência e emergência
 CACON/UNACON
 Iniciativa do paciente ou terceiros
 Outros

Fonte: SAS/MS.

Campo para registrar a procedência do 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 9.4 – Bloco origem do usuário

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Atenção Básica	Encaminhamentos feitos por Equipe de Saúde da Família (todas as modalidades)/Equipe de Atenção Básica.
Internação hospitalar	Encaminhamentos feitos por equipes de qualquer setor hospitalar, com exceção de hospitais vinculados ao Programa SOS Emergências.
Urgência e emergência	Encaminhamentos feitos por equipes de UPA, de Pronto Atendimento, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, etc.
Cacon/Unacon	Encaminhamentos feitos por equipes de Centros de Referências de Alta Complexidade em Oncologia/Unidades de Assistência de Alta Complexidade.
Iniciativa do paciente ou terceiros	Utilizar este campo para cidadãos que chegaram ao serviço por demanda espontânea, ou seja, não vieram encaminhados por nenhum outro serviço de saúde.
Outros	Utilizar este campo para cidadãos que chegaram ao serviço por procedência diferente daquelas descritas nos demais campos.

Fonte: SAS/MS.

9.1.5 Condição(ões) avaliada(s)

Figura 9.5 – 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 oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasoenteral - 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-10 (principal)* _____	CID-10 (secundário) _____	CID-10 (secundário) _____
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Fonte: 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 referir 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-10 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-10 principal pode ser preenchido por qualquer profissional da EMAD.



ATENÇÃO: o CID-10 secundário não deve ser igual ao CID-10 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.

9.1.6 Conclusão / Destino

Figura 9.6 – Bloco Conclusão/destino

CONCLUSÃO/DESTINO *	
ELEGÍVEL: (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: SAS/MS.

Com a utilização da ficha de elegibilidade, o processo de avaliação do cidadão pode ter duas conclusões/destinos, conforme detalhado a seguir.

- 1) Caso seja cidadão ELEGÍVEL para o SAD: a ficha deve ser preenchida do início ao fim.
- 2) Caso seja cidadão INELEGÍVEL: a ficha deve ser preenchida até o bloco “conclusão/destino”. É possível preencher os demais campos no caso de instalação que integre mais serviços (por exemplo, ESF) para que os dados de cadastro possam ser compartilhados.

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, caso o encaminhamento para a AB não seja possível.
- INELEGÍVEL: 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.

Quadro 9.5 – Bloco Classificação da Atenção Domiciliar em modalidades

MODALIDADE DE AD	
AD1	Atenção Domiciliar na modalidade 1: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (eSF, eAB, Nasf), por meio de atendimentos regulares no domicílio. Destina-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 com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.
AD2	Atenção Domiciliar na modalidade 2: a prestação da assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar, por meio das EMAD e EMAP, mantendo-se o cuidado compartilhado com as equipes de Atenção Básica. Referem-se a usuários que possuem 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: adaptação inicial ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; necessidade de medicação parenteral.
AD3	Atenção Domiciliar na modalidade 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 a usuário com os critérios de AD2 somados a suporte ventilatório.

Fonte: Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016

Quadro 9.6 – Bloco Conclusão/destino

CONCLUSÃO	TIPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
ELEGÍVEL	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.
INELEGÍVEL	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.
	Outro motivo clínico	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é inelegível para a Atenção Domiciliar em função de motivos clínicos diferentes dos listados anteriormente.
	Ausência de cuidador (em casos de necessidade)	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é inelegível para a Atenção Domiciliar em função de não haver cuidador disponível, nos casos de usuários dependentes funcionalmente, assim considerados nos termos

		da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).
	Outras condições sociais e/ou familiares impeditivas do cuidado domiciliar	Assinale esta opção nos casos em que a avaliação indicar que o cidadão é inelegível para a Atenção Domiciliar em função de outras condições sociais e/ou familiares impeditivas do cuidado domiciliar (ex.: negativa da família em realizar o cuidado domiciliar; conflitos familiares envolvendo o cidadão que necessita de AD; condições de moradia que impossibilitem o cuidado no domicílio).

Fonte: SAS/MS.

9.1.7 Identificação do usuário/cidadão para admissão

Figura 9.7 – Bloco Identificação do usuário/cidadão para admissão

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO			
NOME COMPLETO:**			
NOME SOCIAL:			
RAÇA/COR:**	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	Etnia:**	Nº NIS (PIS/Pasep)
NOME COMPLETO DA MÃE:**			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:**			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:**	<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		E-MAIL:	

Fonte: SAS/MS.

Uma vez classificado como elegível para o serviço de Atenção Domiciliar, com a conclusão “admitido na própria EMAD”, o profissional deve realizar também o preenchimento dos dados referentes à identificação do cidadão. Os campos obrigatórios para cidadãos admitidos na própria Emad, neste caso, estarão marcados com dois asteriscos (**). Os campos obrigatórios com três asteriscos (***) são condicionados às respostas anteriores.

Quadro 9.7 – 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.	
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. ¹
	Preta	Pessoa que se autodeclarar preta ou negra. ¹

	Parda	Pessoa que se autodeclarar parda, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, morena, ou mestiça. ¹
	Amarela	Pessoa que se autodeclarar amarela, ou seja, de origem japonesa, chinesa, coreana. ¹
	Indígena	Pessoa que se autodeclarar indígena. ¹
ETNIA	O campo "Etnia" é obrigatório quando a opção "Raça/Cor" for "Indígena".	
E-MAIL	Endereço de correio eletrônico do usuário.	

Fonte: SAS/MS.

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

Figura 9.8 – Bloco Endereço/local de permanência

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		
CEP:**	MUNICÍPIO:**	UF:**
BAIRRO:**	TIPO DE LOGRADOURO:**	NOME DO LOGRADOURO:**
NÚMERO:** <input type="radio"/> Sem número	COMPLEMENTO:	PONTO DE REFERÊNCIA:
TELEFONES PARA CONTATO		
TEL. RESIDÊNCIA: ()		TEL. CONTATO: ()

Fonte: SAS/MS.

Quadro 9.8 – Bloco de endereço/local de permanência

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
CEP*	Preencha o Código de Endereçamento Postal da residência. Campo numérico no formato 99.999-999.
MUNICÍPIO*	Preencha o nome da cidade em que o usuário reside atualmente. Informações conforme tabela do site do IBGE (disponível em: < http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 >).
UF*	Preencha o Estado de residência do cidadão conforme o IBGE. Vide Anexo B.
BAIRRO*	Escreva o bairro em que o usuário reside atualmente. Pode ser preenchido com nomes e números (alfanumérico).
TIPO DE LOGRADOURO	Escreva o tipo de logradouro conforme opções fornecidas pelos correios (Rua, Avenida etc.). Vide Anexo C.
NOME DO LOGRADOURO*	Escreva o nome do logradouro em que o indivíduo reside ou permanece, no caso de pessoa em situação de rua.
NÚMERO*	Escreva o número da casa ou apartamento. No caso da ausência de número, assinale o campo "Sem número".
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.
PONTO DE REFERÊNCIA	Escreva se existe algum ponto referência próximo ao domicílio ou ao local de permanência. Ex: mercado, farmácia, escola, etc.
TELEFONE RESIDENCIAL	Anote o número do telefone fixo com DDD (Discagem Direta a Distância) do município em que o usuário reside.
TELEFONE DE CONTATO	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. Evitar telefones de empresa, que são trocados com frequência.

Fonte: SAS/MS.

9.1.8 Cuidador

O(s) cuidador(es) é(são) a referência no cuidado ao cidadão para as equipes de Atenção Domiciliar, que tanto pode ser alguém da própria família ou pessoa que se dispõe a cuidar, quanto 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. Nos casos em que há um arranjo entre vários cuidadores, solicitar que eles indiquem uma pessoa para o registro na ficha. É de suma importância o preenchimento do CNS do cuidador, nos casos em que há cuidador, pois será a esse CNS que o atendimento pós-óbito será vinculado no sistema, caso ocorra.

Figura 9.9 – Bloco Cuidador

CUIDADOR							CNS DO CUIDADOR						
<input type="radio"/> Não possui	<input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a)	<input type="radio"/> Filho(a)/Enteado(a)	<input type="radio"/> Pai/Mãe	<input type="radio"/> Avô/Avó	<input type="radio"/> Neto(a)	<input type="radio"/> Irmão(ã)	<input type="radio"/> Outro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fonte: SAS/MS.

Quadro 9.9 – Cuidador

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
NÃO POSSUI	Marcar quando não houver cuidador.
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: SAS/MS.

9.2 Ficha de Atendimento Domiciliar

Objetivo da ficha: A ficha de atendimento domiciliar é o instrumento para coleta de dados dos atendimentos realizados pelo SAD. A ficha deverá ser utilizada, por cada profissional, em todos os atendimentos, sendo que cada profissional registrará a sua conduta. Há 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 uma nova ficha.

Equipes que utilizam esta ficha: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Profissionais que utilizam esta ficha: Profissionais de nível superior e de nível médio.

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

9.2.1 Cabeçalho

Figura 9.10 – Cabeçalho da ficha de atendimento domiciliar

	ATENDIMENTO DOMICILIAR (para uso exclusivo de SAD)	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: 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.

9.2.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

Figura 9.11 – Bloco de identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
□□□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	/ /

Fonte: 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 cidadão, por meio do número do CNS, além da identificação do estabelecimento de saúde e dos profissionais de saúde envolvidos, que também é feita pelo número do CNS.

Quadro 9.10 – Bloco de identificação do profissional e estabelecimento de saúde

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
CNS do profissional*	Cartão Nacional de Saúde do profissional que realizou a avaliação. Observe que o CNS utilizado deve ser o mesmo que consta no cadastro deste profissional no CNES.

CBO*	Cadastro Brasileiro de Ocupações do profissional que realizou o atendimento. Observe que o código utilizado deve ser o mesmo que consta no cadastro deste profissional no CNES.
CNES*	Código do 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.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.
DATA*	Dia/mês/ano em que foram realizados os atendimentos.

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

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

9.2.3 Identificação dos cidadãos e local do atendimento

Figura 9.12 – Bloco Identificação dos cidadãos e local do atendimento

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)
CNS DO CIDADÃO <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*	<i>(F) Feminino (M) Masculino</i>	(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* <i>(ver legenda)</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"/>

Fonte: SAS/MS.

Nesse bloco, serão identificados os dados dos cidadão tais como: turno em que ele foi atendido (manhã, tarde ou noite), CNS do Cidadão, data de nascimento, sexo e local de atendimento. O número do CNS não é obrigatório em função de esse registro ainda estar em processo de universalização. Entretanto sua utilização é de suma importância, uma vez que esse registro permitirá a vinculação dos dados de todos os atendimentos de um mesmo cidadão, permitindo seu acompanhamento integral e longitudinal de fato e a geração de relatórios. Ou seja, é através da agregação das informações em um mesmo número de CNS que, futuramente, o cidadão poderá acessar informações de seus atendimentos em diferentes serviços de saúde.

Quadro 9.11 – Bloco de identificação do usuário

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
TURNO*	Turno em que foram realizados os atendimentos, sendo: M - manhã, T - tarde ou N - noite.

CNS DO CIDADÃO		Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que está em atendimento. Os números devem ser inseridos no sentido vertical. Cidadãos sem o CNS poderão e deverão ser atendidos pela equipe.
DATA NASCIMENTO*	DE	Informe o dia, mês e ano do nascimento do cidadão. Variável de verificação do CNS.
SEXO*		Assinalar F – feminino ou M – masculino.
LOCAL ATENDIMENTO*	DE	Informar o número referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando as seguintes opções: (01) UBS - Unidade Básica de Saúde (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>cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.</i> (10) Unidade socioeducativa – <i>base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</i>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

A modalidade de AD, assim como descrita na ficha de elegibilidade, Quadro 9.05, é definida a partir da caracterização do cidadão, do tipo de atenção e dos procedimentos utilizados para a realização do cuidado. No rodapé da ficha está a legenda para classificar a modalidade em AD1, AD2 e AD3.

Figura 9.13 – Bloco modalidade de AD

Modalidade AD: 1, 2 ou 3* (ver legenda)													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: SAS/MS.

9.2.4 Tipo de atendimento

Figura 9.14 – 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"/>
	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"/>
	Visita domiciliar 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: SAS/MS.

Quadro 9.12 – Tipo de atendimento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Tipo de atendimento*	ATENDIMENTO PROGRAMADO: assinale este campo caso o atendimento tenha sido programado previamente.
	ATENDIMENTO NÃO PROGRAMADO: assinale este campo caso o atendimento tenha sido realizado em função de demanda do usuário/cuidadores, outro serviço ou outros, não programado previamente pela equipe.
	VISITA DOMICILIAR PÓS-ÓBITO: Esse campo deve ser assinalado no(s) atendimento(s) posterior(es) à constatação de óbito do cidadão, nas situações em que ocorrerá acompanhamento da família/cuidador mesmo após o óbito. Verificar, ao final do capítulo, orientações específicas de preenchimento da ficha, nestes casos.

Fonte: SAS/MS.

9.2.5 Situações presentes e/ou avaliadas e CID

Este bloco 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 por todos os profissionais presentes, 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 realizados no prontuário clínico.

Figura 9.15 – 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 nasogástrica - 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 nasoenteral - 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 oncológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 oncológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	CID10 e CIAP2	CID10												
		CIAP2												

Fonte: SAS/MS.

Quadro 9.13 – Orientação sobre a CID-10 e CIAP-2

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CID-10	Utilize esse campo para registro da patologia/lesão que motivou o atendimento domiciliar do cidadão. É possível repetir o CID-10 de admissão do paciente ou utilizar algum CID-10 que tenha motivado especificamente este atendimento.
CIAP-2	Utilize este campo para registro da CIAP-2 que motivou o atendimento domiciliar do cidadão.

Fonte: SAS/MS.

9.2.6 Procedimentos realizados

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.

O campo “Outro procedimento” deve ser utilizado 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 de 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 AB 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.

Figura 9.16 – Bloco Procedimentos

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"/>	
Procedimentos Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: SAS/MS.

9.2.7 Conduta / Desfecho

Esse bloco de informação é utilizado para registrar a conduta/desfecho após o atendimento realizado. Este campo deve ser utilizado em todos os atendimentos, definindo se permanecerá em atendimento ou se o cidadão deixará de ser acompanhado pela equipe, ainda que temporariamente. Por exemplo, caso o cidadão seja encaminhado para internação hospitalar, ainda que com possibilidade de retorno breve para o SAD, deve-se assinalar a

conduta “internação hospitalar”. Quando ele retornar, deverá ser feita nova ficha de avaliação de elegibilidade para reiniciar os atendimentos. Como outro exemplo, caso o cidadão seja encaminhado para internação apenas para realização de exames, com previsão exata de retorno ao SAD em 24h ou 48h, pode-se manter o desfecho permanência, sem necessidade de saída e readmissão.

Figura 9.17 – Bloco Conduta/desfecho

Conduta/Desfecho*	Permanência	<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 administrativa	<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	<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"/>	
	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"/>	
	Encaminhamento	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"/>
		Serviço de Urgência e 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"/>
		Serviço de 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"/>

Fonte: SAS/MS.

Quadro 9.14 – Conduta/desfecho

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO / PREENCHIMENTO
Permanência	Utilize este desfecho nas situações em que o usuário atendido permanecer em acompanhamento pela equipe.
Alta administrativa	Utilize este desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none"> • mudança de área de abrangência (devendo ser transferido para a equipe responsável pela área do novo domicílio, seja SAD, seja Atenção Básica); • impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio (nos casos em que há necessidade); • não aceitação do acompanhamento; • solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar; • 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.
Alta clínica	Utilize este desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none"> • cura; • recuperação ou melhora das condições que justificavam o acompanhamento pelo SAD .
Óbito	Utilize este desfecho nas situações de óbito do usuário em acompanhamento.
Encaminhamento	<p>Atenção Básica (AD1) Utilize esta conduta/desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para a Atenção Básica; <p>Serviço de urgência e emergência Utilize esta conduta/desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • situação clínica que demande encaminhamento para serviço de urgência/emergência, seja encaminhado pela equipe, seja por procura espontânea do usuário/cuidador. <p>Serviço de internação hospitalar</p>

	Utilize este desfecho nas situações em que o acompanhamento for descontinuado em função de situações como: <ul style="list-style-type: none">• piora clínica que justifique internação hospitalar.
--	--

Fonte: SAS/MS.

9.2.8 Visitas pós-óbito

Uma situação muito frequente na AD é a necessidade de acompanhar a família ou cuidador(es) no processo inicial de luto após o óbito do cidadão que estava em acompanhamento, fomentando inclusive o vínculo com a Atenção Básica, quando este não estiver bem estabelecido, ou encaminhando para outros serviços, quando necessário.

Para esse acompanhamento, existe o campo de visita pós-óbito na ficha de atendimento, que nesta versão foi modificado para facilitar o uso e qualificar as informações que poderão ser obtidas. A seguir são apresentadas orientações específicas para o preenchimento da ficha no caso de visita pós-óbito, caso em que o cidadão atendido será o familiar/cuidador:

- **CNS do cidadão (cuidador):** o registro de visita pós-óbito apenas será vinculado ao cidadão falecido caso tenha havido registro do CNS do cuidador na Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão (FAE). Caso o atendimento seja realizado para outra pessoa, também cuidadora, mas cujo CNS não foi registrado na FAE, indica-se preencher a visita com o CNS do cuidador constante na FAE, para que seja possível relacionar essa visita com o cidadão que estava sob acompanhamento do SAD. Data de nascimento e sexo: preencher com os dados do cuidador ou familiar, considerando as orientações acima;
- **Modalidade de AD:** preencher com a modalidade do cidadão falecido que estava em atendimento pelo SAD.
- **Tipo de atendimento:** marcar visita pós-óbito.
- **Condições avaliadas e procedimentos:** estes campos não precisam ser preenchidos. O procedimento de “visita domiciliar pós-óbito” será registrado no sistema automaticamente, quando o tipo de atendimento selecionado for este.
- **Conduta/desfecho:** preencher com a conduta relacionada ao cuidado do familiar/cuidador, ou seja, caso haja mais de uma visita marcar permanência, até que seja finalizado o atendimento.

Os demais campos, a exemplo do “Turno”, devem ser preenchidos conforme orientações anteriores, constantes neste manual.

CAPÍTULO 10 - Ficha de Vacinação



ATUALIZAÇÃO: disponível a partir da versão 3.0.

Objetivo da ficha: É utilizada para registro de informações das vacinas aplicadas na rotina, campanhas ou demais estratégias realizadas na Atenção Básica. Ela identifica as vacinas que foram aplicadas no cidadão, assim como o profissional que a realizou. Esta ficha não deve ser utilizada para o registro de doses aplicadas anteriormente, mas somente para as administradas no dia.

Profissionais que utilizam esta ficha: É utilizada pelos profissionais que realizam aplicação de vacinas no âmbito da Atenção Básica, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

A seguir são apresentados os campos da Ficha de Vacinação e as orientações de como preenchê-los. Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.



NOTA: para informações sobre **Normas e Procedimento de Vacinação**, acesse o endereço eletrônico do Manual disponibilizado pelo Programa Nacional de Imunizações em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

10.1 Cabeçalho

O cabeçalho tem um bloco para a identificação e controle da digitação, que é importante na organização do trabalho a nível local. Este bloco é preenchido pelo digitador.

Figura 10.1 – Cabeçalho da Ficha de Vacinas

	FICHA DE VACINAÇÃO	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Fonte: SAS/MS.

Quadro 10.1 – 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 conferiu o correto preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o procedimento, por meio da inserção de numeração das folhas.

Fonte: SAS/MS.

10.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

O próximo bloco é utilizado para identificação do profissional que realizou os procedimentos.

Figura 10.2 – Identificação do profissional e lotação

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
□□□□□□□□□□□□□□	□□□□-□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	/ /

Fonte: SAS/MS.

Quadro 10.2 – Identificação do profissional e lotação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
CNS do Profissional*	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do profissional que realizou a aplicação da vacina. Cada registro de aplicação de vacina deve ser realizado e registrado por apenas UM profissional.
CBO*	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que realizou a aplicação da(s) vacina(s).
CNES*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde que oferta o serviço de vacinação onde o profissional que aplicou a(s) vacina(s) está lotado.
INE*	Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, que identifica a equipe onde o profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, Nasf, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes.

DATA*	Dia/mês/ano em que foram realizadas as aplicações de vacina.
-------	--

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

10.3 Identificação dos cidadãos e local de atendimento

Este bloco de informações permite a identificação do usuário que foi atendido por meio do CNS, data de nascimento e sexo. Os dados informam também sobre o local do atendimento.

Figura 10.3 – Identificação dos cidadãos e local de atendimento

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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)
Nº PRONTUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS		<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)
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"/>

Fonte: SAS/MS.

Quadro 10.3 – Dados dos usuários e local de atendimento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº	Cada Ficha de Vacinação permite o registro de informações de 08 cidadãos (um por coluna). Caso o número de vacinas no dia exceda esse total, o profissional deverá utilizar uma nova ficha.
TURNO*	Turno em que foram realizadas as vacinações, sendo: M - manhã, T - tarde ou N - noite.
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família ou do indivíduo no estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
CNS DO CIDADÃO	Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que está em atendimento. Os números devem ser inseridos no sentido vertical. Cidadãos sem o CNS poderão e deverão ser atendidos pela equipe.

DATA DE NASCIMENTO*	Informe o dia, mês e ano do nascimento do cidadão. Variável de verificação do CNS.
SEXO*	Assinalar F – feminino ou M – masculino.
LOCAL DE ATENDIMENTO*	<p>Informar o número referente ao local em que foi realizada a(s) vacinação(ões) 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>cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.</i> (10) Unidade socioeducativa – <i>base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</i></p>

Fonte: SAS/MS.

* Campo de preenchimento obrigatório.

10.4 Situação/Condição

Este grupo mostra a situação ou condição do cidadão que está recebendo a(s) vacina(s), sendo possível a indicação de gestante, puérpera (exclusivo do sexo feminino) e/ou viajante.

Figura 10.4 – Situação / Condição no momento da vacinação

SITUAÇÃO/ CONDIÇÃO	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"/>
	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"/>
	Viajante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: SAS/MS.

10.5 Imunobiológico

Este bloco de informações é utilizado para o registro da(s) dose(s) de vacina(s) aplicada(s) nos serviços de Atenção Básica. A lista dos imunobiológicos disponíveis para

registro é definida pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI).

Figura 10.5 – Imunobiológicos (frente)

IMUNOBIOLOGICO*	BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Comum. Hansen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote									
		Fabricante									
	Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote									
	Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote									
	VIP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lote											
Pneumocócica 10V (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote										
Rotavirus humano	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote										
Meningocócica C (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote										
Febre amarela	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote										
	Fabricante										

Fonte: SAS/MS.

Figura 10.6 - Imunobiológicos (verso)

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Triplíce viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
VOP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
Hepatite A	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
Tetra viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
DTP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
Pneumocócica 23V	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
HPV	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
Dupla adulto	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
dTpa (adulto)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										
Influenza	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote										
	Fabricante										

Fonte: SAS/MS.

Para cada vacina aplicada o profissional deverá indicar a estratégia, a dose, o lote e o fabricante do imunobiológico. A estratégia e a dose obedecerão à legenda disponível no verso da ficha.



ATENÇÃO: exclusivamente para o registro de aplicação de **BCG**, caso o cidadão for **comunicante de hanseníase**, deverá marcar um “X” no campo “Comun. Hansen.”.

Ainda neste bloco, o profissional pode registrar **outros imunobiológicos** não constantes na listagem (até cinco por ficha), como vacinas especiais, soros e imunoglobulinas. Esses imunobiológicos devem ser descritos a partir da sua nomenclatura oficial disponibilizada pela CGPNI, observando o preenchimento do tipo de estratégia, dose, lote e fabricante.

Figura 10.7 – Registro de aplicação de outros imunobiológicos

OUTROS IMUNOBIOLOGICOS	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: SAS/MS.

ANEXOS

[Anexo A Fichas de Coleta de Dados Simplificada](#)

[A.1 Cadastro Individual](#)

[A.2 Cadastro Domiciliar](#)

[A.3 Ficha de Atendimento Individual](#)

[A.4 Ficha de Procedimentos](#)

[A.5 Ficha de Atendimento Odontológico Individual](#)

[A.6 Ficha de Atividade Coletiva](#)

[A.7 Ficha de Vacinação](#)

[A.8 Ficha de Visita Domiciliar](#)

[A.9 Marcadores de Consumo Alimentar](#)

[A.10 Ficha Complementar](#)

[A.11 Ficha de Avaliação de Elegibilidade](#)

[A.12 Ficha de Atenção Domiciliar](#)

[Anexo B – Tipos de Logradouro](#)

[Anexo C – Lista de Unidades da Federação](#)

[Anexo D – Lista de Povos e Comunidades Tradicionais](#)

Anexo A Fichas de Coleta de Dados Simplificada

A.1 Cadastro Individual

Colocar link da ficha.

A.2 Cadastro Domiciliar

Colocar link da ficha.

A.3 Ficha de Atendimento Individual

Colocar link da ficha.

A.4 Ficha de Procedimentos

Colocar link da ficha.

A.5 Ficha de Atendimento Odontológico Individual

Colocar link da ficha.

A.6 Ficha de Atividade Coletiva

Colocar link da ficha.

A.7 Ficha de Vacinação

Colocar link da ficha.

A.8 Ficha de Visita Domiciliar

Colocar link da ficha.

A.9 Marcadores de Consumo Alimentar

Colocar link da ficha.

A.10 Ficha Complementar

Colocar link da ficha.

A.11 Ficha de Avaliação de Elegibilidade

Colocar link da ficha.

A.12 Ficha de Atenção Domiciliar

Colocar link da ficha.

Anexo B - Tipos de Logradouro

URO	LOGRADO	URO	LOGRADO	LOGRADOURO	LOGRADOUR
to	Acampamen		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	particular	Entrada	Paradouro	Setor
especial	Área		Entrequadra	Paralela	Sítio
	Artéria		Escada	Parque	Subida
	Atalho		Esplanada	Passagem	Terminal
	Avenida		Estação	Passagem subterrânea	Travessa
contorno	Avenida	ento	Estacionam	Passarela	Travessa particular
	Baixa		Estádio	Passeio	Trecho
	Balão		Estância	Pátio	Trevo
	Balneário		Estrada	Ponta	Trincheira
	Beco	municipal	Estrada	Ponte	Túnel
	Belvedere		Favela	Porto	Unidade
	Bloco		Fazenda	Praça	Vala
	Bosque		Feira	Praça de esportes	Vale

Boulevard	Ferrovia	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: DataSUS, 2015

Anexo C - 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 D - 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.