

MINISTÉRIO DA SAÚDE

e-SUS Atenção Básica

**MANUAL DO SISTEMA COM COLETA DE
DADOS SIMPLIFICADA – CDS (versão 2.1)**

VERSÃO PRELIMINAR

Brasília – DF

2016

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

e-SUS Atenção Básica

**MANUAL DO SISTEMA COM COLETA DE
DADOS SIMPLIFICADA – CDS** (versão 2.1)

Brasília – DF
2016

2016 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: 2ª edição – 2017 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo

CEP: 70.070-600 – Brasília/DF

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

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

E-mail: dab@saude.gov.br

Supervisor Geral

Allan Nuno Alves de Souza

Coordenação Técnica Geral

José Eudes Barroso Vieira

Marcello Carrijo

Organização

Adriana Paula de Almeida

Ana Claudia Cielo

Vanessa Lora

Revisão Técnica

Ana Claudia Cielo

Vanessa Lora

Elaboração de texto

Adriana Kitajima

Ana Claudia Cielo

Cristiane Reis Soares Medeiros

Débora Spalding Verdi

Isabel Emilia Prado da Silva

Edson Hilan Gomes de Lucena

Micael Macedo Pereira

Flávia Santos de Oliveira

Lairton Bueno Martins

Sávio Chaves

Rafaella da Costa Santin

Sara Araújo

Patricia Barbará Dias

Olivia de Medeiros

Olavo de Moura Fontoura

Rosana Ballesteros Rodrigues

Maria Fernanda Moratori Alves

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Danielle Cruz

Thais Coutinho de Oliveira

Igor de Carvalho Gomes

Graziela Tavares

Francy Webster

Rodrigo André Cuevas Gaete

Richard Morita Oliveira

Sara Araújo da Silva

Silvia Reis

Vanessa Lora

Colaboração

Melquia da Cunha Lima

Sandra Araujo de França

Francisca Maria Costa Silva

Carine Quadros de Melo

Bruno Musso

Nênio Santos da Silva

Gleiton Lima Araujo

Larissa de Lima Borges

Vanussa de S. Nascimento

Kimielle Cristina Silva

Capa e Projeto Gráfico

Diagramação

Revisão de português

Ficha Catalográfica

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

e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

171 p.

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

VERSÃO PRELIMINAR

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

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

PNIS – 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

Sisab – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Cadastro Individual

Anexo B – Cadastro Domiciliar e Territorial

Anexo C – Ficha de Atendimento Individual

Ficha complementar

Anexo D – Ficha de Atendimento Domiciliar

Anexo E – Ficha de Atendimento Odontológico Individual

Anexo F – Ficha de Atividade Coletiva

Anexo G – Ficha de Procedimentos

Anexo H – Ficha de Visita Domiciliar

Anexo I – Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar

Anexo J – Tipos de Logradouro

Anexo K – Lista de Unidades da Federação

Anexo L – Lista de Povos e Comunidades Tradicionais

Anexo M – Critérios de Elegibilidade de Atenção Domiciliar

Anexo N – Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão

Anexo O – Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap)

APRESENTAÇÃO

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

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

A Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) conta com dois *softwares* para a captação de dados: a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os quais alimentam o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), que atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da Atenção Básica.

A principal reestruturação é o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de todo profissional da AB. Outro ponto importante é a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento

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

²Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal>.

³Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

⁴Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.

(fichas/sistemas), o que otimiza o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde.

Outro avanço do Sisab é contemplar o registro das informações produzidas por todas as equipes de Atenção Básica, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipes de Consultório na Rua (eCR), equipes de Atenção Domiciliar (AD), assim como as ações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), no Programa Academia da Saúde e desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica Prisional (eABP).

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

VERSÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO 1 – Introdução

A Coleta de Dados Simplificada (CDS) é um dos componentes da estratégia e-SUS AB, adequada para UBS com cenários sem informatização.

O objetivo é ser uma estratégia de preenchimento de fichas que coletam dados de cadastros, visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelas 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.

A CDS é composta por dez fichas para o registro de informações: Cadastro Individual, Cadastro Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual/Ficha Complementar, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos, Ficha de Visita Domiciliar, Avaliação de Elegibilidade (Para uso exclusivo de SAD) e Admissão e Ficha de Atendimento Domiciliar (Para uso exclusivo de SAD).

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.

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

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

ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO CORRETO DAS FICHAS

O profissional que realizou o cadastro ou o atendimento/procedimento é responsável pelas informações que fornece, não cabendo ao digitador, ou a qualquer outro profissional, a complementação ou o apontamento de campos que faltam, mesmo que conheçam a

informação para complementar. Na ocasião de acontecimentos como este, sugere-se a devolução da ficha ao profissional que deu origem ao registro.

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

IMPORTANTE

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

Nota: as fichas de CDS podem passar por alterações/melhorias anuais ou bienais, conforme a necessidade apontada pelos municípios e a 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 delas.

CAPÍTULO 2 – Cadastro da Atenção Básica

Objetivo da ficha

O cadastro da AB é uma extensão do Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS)⁵, complementando as informações com o objetivo de apoiar as equipes de Atenção Básica no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita⁶ ao território sob sua responsabilidade.

Profissionais que utilizam esta ficha

Nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o cadastramento e a sua atualização periódica são atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS). Para outras equipes de AB, este fluxo será definido em cada localidade.

O cadastro na AB está organizado em duas dimensões: individual e domiciliar/territorial, conforme detalhado nas seções a seguir.

No e-SUS AB, os cadastros dos indivíduos e dos domicílios são separados. Com isso, possibilita o registro de domicílios que estejam vazios ou abandonados e outros imóveis do território, além da inserção de novos núcleos familiares sem que a equipe tenha que refazer o cadastro domiciliar.

NOVOS CONCEITOS!

A visão de território agora está ampliada. Além de cadastrar os domicílios, daremos atenção para outros imóveis do território, como: comércios, terrenos baldios, ponto estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), escola, creche, abrigo, instituição de longa permanência para idosos, unidade prisional, unidade de medida

⁵Como este cadastro é uma extensão do CadSUS, os dados devem garantir consistência com o Manual de Operações do CadSUS.

⁶Segundo 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.

socioeducativa, delegacia, estabelecimento religioso, situação de rua, entre outros.

2.1 Cadastro Individual

Objetivo da ficha

A Ficha de Cadastro Individual é utilizada para 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

O cadastramento e sua atualização periódica são atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para as equipes de Consultório na Rua (eCR), este bloco deverá ser preenchido pelo agente de ação social ou ACS, quando este desenvolver suas atividades junto a elas. Nos casos em que o agente de ação social não participar da composição das eCR ou quando estas não possuírem nenhum ACS agregado à sua formação mínima, a 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 quando existirem usuários em situação de rua no território adscrito da UBS, mas se não tiver nenhuma equipe de Consultório na Rua vinculada. Para outras equipes de AB, este fluxo será definido em cada localidade.

IMPORTANTE

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

Modo de preenchimento da ficha

Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

Cabeçalho

O cabeçalho do instrumento, assim como o de todas as fichas da 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 conferência. Esses campos não são enviados para a base nacional. Este bloco será preenchido pelo digitador.

Figura 01 – Cabeçalho da Ficha de Cadastro Individual

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 01 – 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.

Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

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

Figura 02 – Identificação do profissional e lotação

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 02 – 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 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, em que o profissional está lotado, sejam equipes de 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: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Identificação do usuário/cidadão

Este bloco visa à identificação do usuário que está sendo cadastrado.

CIDADÃO E CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

É importante que o responsável familiar apresente o CNS para que haja vinculação dos demais cidadãos a um domicílio. Entretanto, sob hipótese alguma, o fato de não ter CNS deverá inviabilizar o acesso do cidadão aos estabelecimentos de saúde, bem como o cuidado prestado a ele.

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

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.

Quadro 03 – Identificação do usuário/cidadão

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CNS DO CIDADÃO	Preencha o número do CNS do cidadão que está sendo cadastrado.
RESPONSÁVEL FAMILIAR	Identifica se o usuário que está sendo cadastrado é o responsável pelo núcleo familiar (aquele que teve o nº do CNS e data de nascimento inseridos como sendo do responsável pelo núcleo familiar no cadastro domiciliar).
CNS DO RESPONSÁVEL	Caso o usuário que está sendo cadastrado não seja o responsável pelo núcleo familiar, deve-se inserir o CNS do responsável.
NOME COMPLETO*	Preencha o nome completo do cidadão.
NOME SOCIAL	Registro do nome social, independentemente do registro civil do cidadão, conforme apresentado no <i>box</i> acima.
DATA DE NASCIMENTO*	Anote a data de nascimento do usuário, no formato dia/mês/ano.
SEXO*	Marque com um “x” no sexo: masculino ou feminino.
RAÇA/COR*	Raça autodeclarada do indivíduo. Este campo é de preenchimento obrigatório. Pode ser: branca, preta, parda, amarela e indígena. Se indígena, indique a etnia**. No sistema, há listagem de 264 etnias encontradas no Brasil.

Nº NIS-PIS-Pasep	<p>NIS: preencha o número do NIS do usuário que está sendo cadastrado. O número de identificação social é usado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome para identificar os titulares do Programa Bolsa Família. Este campo também pode ser utilizado para vinculação do cidadão a programas sociais.</p> <p>OU</p> <p>PIS/Pasep: o número de identificação nos fundos do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) é constituído com a arrecadação das contribuições dos trabalhadores.</p>
NOME COMPLETO DA MÃE*	<p>Preencher com o nome completo da mãe do usuário.</p> <p>Este é um campo de preenchimento obrigatório. Caso não seja possível obter essa informação, poderá ser assinalado um "x" no campo "desconhecido".</p>
NOME COMPLETO DO PAI*	<p>Preencher com o nome completo do pai do usuário. Este campo foi inserido para contemplar as informações contidas no CNS.</p> <p>Caso não seja possível obter essa informação, poderá ser assinalado um "x" no campo "desconhecido".</p>
NACIONALIDADE*	<p>Marque com um "x" a nacionalidade do usuário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brasileira, se pessoa nascida no Brasil. • Naturalizada, se pessoa nascida em país estrangeiro e naturalizada como brasileira de forma legal. Caso seja essa a opção, torna-se obrigatório o preenchimento dos 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**	<p>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).</p>
TELEFONE CELULAR	<p>Anote o número de telefone celular do usuário cadastrado, incluindo o DDD.</p>
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**	<p>Preencha a UF e o município onde o usuário nasceu SE FOR BRASILEIRO.</p>
E-MAIL	<p>Endereço do correio eletrônico do usuário.</p>

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior.

Informações sociodemográficas

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

Figura 04 – 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"/> Entead(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"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Nenhum		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: DAB/SAS/MS.

Relação de parentesco com o responsável familiar

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

REGRA

É possível digitar apenas ocupações que estejam expressas no Código Brasileiro de Ocupações (CBO). Os profissionais devem estar atentos para seguir a lista do Ministério do Trabalho (MT). Para saber mais, acesse: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloA-Z.jsf>

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 04 – Nível de escolaridade

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CRECHE	Destina-se a dar assistência diurna às crianças, geralmente com até 3 anos de idade, em estabelecimentos juridicamente regulamentados ou não (BRASIL, 2010b).
PRÉ-ESCOLA (EXCETO CA)	Destina-se, geralmente, às crianças com 4 ou 5 anos de idade. Pode receber várias denominações de acordo com a região e o nível alcançado pelas crianças: maternal, jardim de infância, jardim I etc. (BRASIL, 2010b).
CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO (CA)	Curso destinado à alfabetização de crianças, para os estabelecimentos que ainda não implantaram o Ensino Fundamental com duração de nove anos (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL 1ª A 4ª SÉRIES	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a primeira fase (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL 5ª A 8ª SÉRIES	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a segunda fase (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL	Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido

COMPLETO	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.

Situação no mercado de trabalho

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

Quadro 05 – Situação no mercado de trabalho

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

Criança até 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, podendo ser:

Quadro 06 – Responsável pela criança até 9 anos durante a ausência dos pais

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

Fonte: SAS/MS.

Frequenta cuidador tradicional, participa de algum grupo comunitário, possui plano de saúde privado e é membro de povo ou comunidade tradicional

São campos que retratam a interação do cidadão em busca de assistência no território e com outras modalidades de cuidado em saúde.

Quadro 07 – Outros campos

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?	Envolve em suas práticas de cuidado saberes empíricos, crenças e costumes culturais das comunidades locais tradicionais. Segundo Menéndez (2009), o termo “Cuidador tradicional ou popular” denomina os especialistas populares ou tradicionais não profissionalizados, com práticas de diferentes curadores populares (parteiras, benzedeiros, 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 convergentes ou divergentes 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 ⁷ .
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?	São atividades desenvolvidas em associação comunitária ou em outros espaços que envolvam os moradores de um território.
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?	Este 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, Anexo L. 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 do Anexo L.

Fonte: SAS/MS.

⁷MENÉNDEZ, 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.

Deseja informar orientação sexual?

Segundo a área técnica responsável pela Política de Saúde LGBT do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, orientação sexual é a capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra(s) pessoa(s). Neste caso, deve-se apontar “Sim” ou “Não”.

Se sim, qual?

Se o cidadão desejar autodeclarar a sua orientação sexual, as possibilidades apresentadas são:

Quadro 08 – Orientação sexual

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
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.

Para saber mais sobre o tema “orientação sexual”, acesse www.saude.gov.br/saudeLGBT e os materiais de campanhas do Ministério da Saúde: [Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais](#) e [Saúde de homens gays e bissexuais](#).

Deseja informar a identidade de gênero?

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 tanto, é possível responder “Sim” ou “Não”.

Quadro 09 – Identidade de gênero

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
HOMEM TRANSEXUAL	Pessoa que nasce em corpo feminino, e se reconhece como gênero masculino, desejando ou não modificar seu corpo para exercer sua identidade masculina.
MULHER TRANSEXUAL	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.

Para saber mais sobre a identidade de gênero, acesse www.saude.gov.br/saudeLGBT, além dos materiais da campanha do Ministério da Saúde, disponíveis no endereço eletrônico <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/18/CARTILHA-Equidade-10x15cm.pdf>.

Tem alguma deficiência?*⁸

⁸Ver na íntegra a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010), disponíveis em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>.

Este item identifica se o cidadão apresenta alguma deficiência. Assinalar com um “x” a opção referida. **Campo de preenchimento obrigatório.**

Se sim, qual?

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

Quadro 10 – Tipos de deficiência

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
AUDITIVA	Limitação, temporária ou permanente, de natureza auditiva. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a deficiência auditiva é caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. É a 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 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.

Saída do cidadão do cadastro

Este campo servirá para que os ACS possam apontar a saída do cidadão do território por motivo de mudança do território ou óbito. Para tanto, o profissional assinala um “x” em uma das opções apresentadas. Na data, deve ser informada a data de saída do território, independentemente do motivo.

Caso o motivo de saída do cidadão do cadastro seja óbito, registrar o número da Declaração de Óbito (D.O.).

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 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.

ATENÇÃO! REGRA NO SISTEMA

Para que a recusa seja efetivada, é necessário que o ACS preencha alguns campos que são obrigatórios para o sistema, tais como número do CNS do profissional que faz o cadastro, CNES da unidade de saúde e data 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. **Cabe salientar que a recusa do cidadão ao cadastro (individual ou domiciliar e territorial) não implicará o não atendimento deste na unidade de saúde, bem como quaisquer outras formas de discriminação.**

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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 05 – Condições/situações de saúde gerais

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(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	FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <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 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	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	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).
		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	POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
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		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
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		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		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 11 – Condições/situações de saúde gerais

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/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: 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: 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: 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: 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.**

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 possuírem nenhum ACS agregado à sua formação mínima, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR. O bloco também poderá ser preenchido pelo ACS ou outro componente da equipe de Atenção Básica nos casos em que existirem usuários em situação de rua no território adscrito da UBS, mas se não tiver nenhuma equipe de Consultório na Rua vinculada.

Quadro 12 – Situação de rua

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*	Assinale com um “x” a opção referida. Este campo é de preenchimento obrigatório.
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA	Marque, conforme as opções, qual é o tempo: < 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: 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: Restaurante popular. Doação de grupo religioso. Doação de restaurante.

	<p>Doação popular.</p> <p>Outros.</p>
<p>É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?</p>	<p>Assinale com um "x" a opção referida.</p> <p>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)? Campo aberto para indicar qual instituição acompanha essa pessoa, por exemplo: Cras, unidade socioeducativa, entre outras.</p>
<p>VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?</p>	<p>Assinale com um "x" a opção referida.</p> <p>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:</p> <p>Avô/avó.</p> <p>Pai/mãe.</p> <p>Filho(a).</p> <p>Irmão(ã).</p> <p>Cônjuge ou companheiro(a).</p> <p>Tio(a).</p> <p>Primo(a).</p> <p>Outros.</p>
<p>TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?</p>	<p>Assinale com um "x" a opção referida.</p> <p>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?** Indicar qual recurso de higiene pessoal a que o usuário tem acesso. Pode-se marcar mais de uma opção:</p> <p>Banho.</p> <p>Acesso ao sanitário.</p> <p>Higiene bucal.</p> <p>Outros.</p>

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

**Campos de preenchimento obrigatório condicionados à pergunta anterior.

Quando for necessário atualizar informações dos cidadãos e corrigir os campos digitados incorretamente no sistema, é possível realizar a atualização, como dados referentes à identificação do cidadão, escolaridade, entre outros. A funcionalidade de

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

2.2 Cadastro Domiciliar

Objetivo da ficha

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

Modo de preenchimento da ficha

Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

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 06 – Bloco de cabeçalho do cadastro

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 13 – 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.

Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

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

Figura 07 – Identificação do profissional e lotação

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 14 – 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 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, em que o profissional está lotado, sejam equipes de 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: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

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.⁹

Figura 08 – Endereço/local de permanência

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 15 – Endereço/local de permanência

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/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 I.
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).

⁹Disponível em: <<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb/manual.pdf>>.

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 H.
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".
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. Exs.: mercado, farmácia, escola etc.
TIPO DE IMÓVEL	O tipo de imóvel deve ser inserido segundo a legenda: 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.

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 09 – Condições de moradia

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

Fonte: SAS/MS.

Situação de moradia/posse da terra

O preenchimento deste campo informa a situação de propriedade do domicílio. Deverá ser assinalada, obrigatoriamente, uma das opções que o bloco apresenta.

Quadro 16 – Situação de moradia/posse da terra*

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

Deverá ser assinalada, obrigatoriamente, uma das opções oferecidas.

Quadro 17 – Localização*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
URBANA	Área correspondente às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou

	às áreas urbanas isoladas (IBGE, 2010).
RURAL	Toda a área situada fora dos limites do perímetro urbano, inclusive os aglomerados rurais de extensão urbana, os povoados e os núcleos. Esse critério também é utilizado na classificação da população urbana e rural (IBGE, 2010).

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Tipo de domicílio

Deverá ser assinalada uma das opções oferecidas.

Quadro 18 – Tipo de domicílio

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

Fonte: SAS/MS.

Número de moradores e cômodos

Preencher com o número de moradores e cômodos do domicílio.

Quadro 19 – Quantidade de moradores e cômodos

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

Fonte: SAS/MS.

Em caso de área de produção rural

Preencher informações sobre a condição de posse e uso da terra.

Quadro 20 – Condições de posse e uso da terra em área de produção rural

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PROPRIETÁRIO(A)	Área de propriedade do beneficiário e/ou com cláusula de usufruto vitalício da propriedade.
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.

Quadro 21 – Acesso ao domicílio

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

Fonte: 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

Refere-se ao material predominante utilizado na construção do domicílio, ou aquele que, de algum modo, se destaca aos demais materiais utilizados.

Quadro 22 – Material predominante na construção das paredes externas do domicílio

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ALVENARIA/TIJOLO COM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe (tijolo grande e cru feito de terra argilosa, seco ao sol) e/ou pedra, recoberto por reboco, cerâmica, azulejo, granito, mármore, metal, vidro, lambris (revestimento de madeira ou mármore) etc.
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.

Quadro 23 – Abastecimento de água

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

Fonte: SAS/MS.

Forma de escoamento do banheiro ou sanitário

Deverá ser assinalada uma das opções oferecidas. Refere-se ao principal tipo de escoamento do banheiro ou sanitário do domicílio.

Quadro 24 – Forma de escoamento do banheiro ou sanitário

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

Deverá ser assinalada uma das opções oferecidas. Refere-se ao tratamento predominante da água realizado no domicílio para ingestão.

Quadro 25 – Tratamento de água no domicílio

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
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 26 – Destinação dada ao lixo

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

Animais no domicílio

Este bloco é utilizado para registrar a existência e quantidade de animais. 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 10 – Animais no domicílio

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? Sim Não

QUAL(IS)? Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

Fonte: SAS/MS.

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 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 27 – Identificação de famílias ou núcleos familiares

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Coloque o número do prontuário familiar do estabelecimento de saúde. Tem a finalidade de relacionar os dados do cadastro com as informações da família no estabelecimento de saúde.
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	Marque este campo caso a família tenha mudado do domicílio atual para outro.

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.

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.

IMPORTANTE!

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 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.

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 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)? Sim 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 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 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.

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 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

Objetivo da ficha

É utilizada para registro das informações de atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior na Atenção Básica. Ela 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 para a AB e para as 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).

Modo de preenchimento da ficha

Devem ser inseridos os atendimentos realizados, por profissional. Com isso, numa única ficha, não está recomendado, por exemplo, que o médico e a enfermeira registrem dados, exceto quando for realizado atendimento compartilhado. Neste caso, deve-se preencher uma nova Ficha de Atendimento Individual, com os dados dos dois profissionais que realizaram o atendimento compartilhado. Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

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 16 – Identificação e controle da digitação da ficha

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

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 29 – 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: DAB/SAS/MS.

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 atendimento compartilhado (neste caso, deve-se preencher ficha específica).

Figura 17 – Identificação do(s) profissional(is) e lotação(ões)

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

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 30 – 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, em que o profissional está lotado, sejam equipes de 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: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

ATENÇÃO!

ATENDIMENTO(S) COMPARTILHADO(S) – realizado com frequência pelas equipes de Nasf e de AB, esse tipo de atendimento deve ser informado nas fichas de CDS, inserindo-se todos os dados (CNS do profissional, CBO, CNES, INE) dos profissionais que realizaram o atendimento compartilhado.

Identificação dos cidadãos e local do atendimento

Figura 18 – 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: DAB/SAS/MS.

Quadro 31 – Identificação dos cidadãos e local de atendimento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº	Em cada ficha, podem ser registradas 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

	<p>(02) Unidade móvel</p> <p>(03) Rua</p> <p>(04) Domicílio</p> <p>(05) Escola/creche</p> <p>(06) Outros</p> <p>(07) Polo (Academia da Saúde) – denomina-se polo a unidade (espaço físico) do Programa Academia da Saúde. É considerado polo tanto a estrutura física construída especificamente para o desenvolvimento do programa, quanto o espaço físico destinado para tal fim nas dependências de uma UBS, desde que o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).</p> <p>(08) 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: DAB/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 os dados individualizados e consolidados.

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.

Tipo de atendimento*

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

Figura 19 – 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"/>	
	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"/>	
	Demanda Espontânea	Escuta Inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 32 – 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	

<p>ESCUITA INICIAL/ORIENTAÇÃO</p>	<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>
<p>CONSULTA NO DIA</p>	<p>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.</p>
<p>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA</p>	<p>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.</p>

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Figura 20: 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__	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atenção Domiciliar

Este bloco será utilizado por profissionais de nível superior da AB e Nasf em municípios que apresentem Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) estruturado. A partir do registro da modalidade de Atenção Domiciliar (AD)¹, é possível que a equipe identifique quantos e quais são os usuários de seu território que necessitam de cuidado continuado em domicílio e, assim, possam organizar melhor o cuidado desses cidadãos. Também permite a identificação daqueles que necessitam de outras modalidades de AD (2 ou 3) que são elegíveis para o acompanhamento por essas equipes.

ATENÇÃO!

Quando for realizado atendimento em domicílio pela eSF/Nasf sem SAD no município, **não** se deve preencher a modalidade de Atenção Domiciliar. Neste caso, deve ser assinalada, no campo “Local de Atendimento”, a opção 04 – Domicílio.

Quadro 33 – Modalidades de Atenção Domiciliar, conforme a Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016

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 visitas 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: demanda de monitoramento frequente de sinais vitais; adaptação ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; necessidade de medicação parenteral.

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: DAB/SAS/MS.

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 ampliação desse conceito para uma abordagem multiprofissional de cuidado em saúde, incluindo as práticas tradicionais/populares, ancestrais e/ou alternativas.

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Tipos de racionalidades em saúde	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).

Figura 21 – 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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	SIM	NÃO
Criança	Aleitamento Materno (<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"/>	<input type="text"/>	<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	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ano		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gestante	Gravidez Planejada		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (Semanas)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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: DAB/SAS/MS.

Avaliação antropométrica

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

Quadro 34 – 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: DAB/SAS/MS.

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 progressa e atual da gestação.

Quadro 35 – 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	<p>DUM (dia/mês/ano): informar dia, mês e ano da última menstruação da gestante.</p> <p>Gravidez planejada: assinalar se a gestação foi planejada ou não.</p> <p>Idade gestacional (semanas): registrar com quantas semanas de gestação a mulher se encontra. Não preencher os dias, apenas as semanas.</p> <p>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. Exemplo: mulher é atendida em sua terceira gestação. Tem uma filha e história de um aborto. O preenchimento na ficha será 2/1 ou 02/01, ou seja, duas gestações prévias e um parto.</p>

Fonte: DAB/SAS/MS.

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 L, 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 avaliado e manejado na consulta. Seguindo esse mesmo exemplo, caso o usuário também tenha asma, que, no momento, está controlada e não foi avaliada ou manejada nessa consulta, **NÃO** deverá ser marcado o item “asma”, mantendo identificado apenas o caso de dor lombar e o problema de hipertensão arterial. Portanto, o bloco de informações sobre “Problema/condição avaliada” se refere a questões que foram avaliadas e manejadas **na consulta**, e não a um registro dos antecedentes de saúde do usuário.

Obs.: não se deve codificar o problema/condição avaliado pela Ciap-2 e/ou CID-10 caso esteja descrito nos campos anteriores. Conforme o exemplo passado, não será preciso identificar pelos códigos (Ciap-2 ou CID-10) a “hipertensão arterial”, pois já está descrita. Neste caso, basta assinalar.

Figura 22 – Problema/condição avaliada*

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"/>

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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"/>	<input type="checkbox"/>
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>	<input type="checkbox"/>
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outros	CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CIAP-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CID-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CID-10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 36 – 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 ¹⁰ .
CÂNCER DE MAMA	Orientação e realização de exame clínico de mamas e/ou encaminhamento para realização de mamografia ¹¹ .
RISCO CARDIOVASCULAR	Realização da avaliação de risco pelo escore de Framingham; rastreamento de dislipidemia, hipertensão e diabetes mellitus ¹² .
OUTROS	
Ciap-2	Caso o problema não esteja descrito no bloco de problema/condição avaliada, pode ser utilizado o campo “Outros” para esse registro, utilizando os códigos Ciap-2 e/ou CID-10.
CID-10	

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Exames solicitados (S) e avaliados (A)

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

¹⁰ Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 13 (BRASIL, 2013); CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

¹¹ CAB nº 13 (BRASIL, 2013); CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

¹² CAB nº 29 (BRASIL, 2010).

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

Figura 23 – Bloco de exames solicitados (S) e avaliados (A)

Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	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
	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
	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
	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	
		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	
		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	
	Outros exames (código do SIGTAP)	_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 37 – Exames solicitados (S) e avaliados (A)

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
COLESTEROL TOTAL	O campo “S” deve ser assinalado com um “x” quando o exame for solicitado na consulta; o campo “A” deve ser assinalado com um “x” quando o resultado desse tipo de exame for avaliado pelo profissional durante a consulta.
CREATININA	
EAS/EQU (ELEMENTOS ANORMAIS DO SEDIMENTO. SINÔNIMO DE EXAME COMUM DE	

URINA, PARCIAL DE URINA, URINA TIPO I)	PRELIMINAR
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	
ULTRASSONOGRAMA 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: DAB/SAS/MS.

Ficou em observação?

Fonte: DAB/SAS/MS.

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

Quadro 39 – 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: DAB/SAS/MS.

Conduta/Desfecho

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

Figura 26 – 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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
	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"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento intersetorial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 40 – 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	PARA	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para internação hospitalar.
ENCAMINHAMENTO PARA URGÊNCIA	PARA	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para atendimento de urgência.
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	PARA	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para o Serviço de Atenção Domiciliar e que não sejam elegíveis para atendimento pela própria Atenção Básica.
ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL		Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para atendimento em serviços de outros setores, como: Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (Cras), escola etc.

Fonte: DAB/SAS/MS.

FICHA COMPLEMENTAR – Registro de Emergência em Saúde Pública Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

Objetivo da ficha

A Ficha Complementar é um instrumento de registro do acometimento de síndrome neurológica por zika/microcefalia. O preenchimento desta ficha é complementar à Ficha de Atendimento Individual para os casos de atendimento do profissional de nível superior a crianças que apresentam microcefalia.

Profissionais que utilizam esta ficha

Os profissionais de nível superior da equipe de Atenção Básica.

Modo de preenchimento da ficha

O profissional a preencherá com as informações de cada atendimento.

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.

Quadro 42 – 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 o atendimento.
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, em que o profissional está lotado, sejam equipes de 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: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Identificação do cidadão

Figura 29 – Identificação do cidadão

TURNO:* (M)(T)(N)	IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO CNS DO CIDADÃO* _____	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____
-----------------------------	--	---

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 43 – Identificação do cidadão

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CNS DO CIDADÃO*	CNS do cidadão que está em atendimento. É um campo obrigatório para que haja identificação no Sistema de Informação e Registro de Atendimento em Microcefalia (Siram).

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	Refere-se ao CNS do responsável familiar, que deve ser o mesmo número referido no Cadastro Domiciliar e Territorial.
-----------------------------	--

Fonte: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Resultado de exames*

A microcefalia relaciona-se com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor e do comportamento que podem ser acompanhadas por problemas auditivos e visuais.

Este bloco é de preenchimento obrigatório, com o resultado dos exames recebidos pelos profissionais da equipe de Atenção Básica realizados em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde para identificação e diagnóstico de microcefalia.

Figura 30 – Resultado de exames

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE DO OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Presente bilateral <input type="radio"/> Duvidoso ou ausente
EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado
TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Passou <input type="radio"/> Falhou
EXAMES DE IMAGEM	
US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)	
DATA DE REALIZAÇÃO: / /	RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 44 – Resultado de exames

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

<p>TESTE DO OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)</p>	<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 brilho laranja-avermelhado.</p> <p>Marcar “x” na opção do resultado do exame recebido pelo profissional no momento do atendimento, podendo ser “Presente bilateral”, “Duvidoso” ou “Ausente”.</p>
<p>EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 – Fundoscopia)</p>	<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>
<p>TESTE DA ORELHINHA – PEATE (02.11.07.027-0 – Potencial Evocado Auditivo para Triagem Auditiva)</p>	<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 realizado, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) e 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>
<p>EXAMES DE IMAGEM</p>	<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 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 melhor avaliação das malformações, especialmente por possibilitar melhor caracterização das alterações corticais e 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: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Saiba 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.

VERSÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO 4 – Ficha de Atendimento Odontológico Individual

Objetivo da ficha

A Ficha de Atendimento Odontológico Individual visa ao registro das 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.

Modo de preenchimento da ficha

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.

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 31 – Cabeçalho do formulário de marcadores de consumo alimentar

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 45 – 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.

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

Figura 32 – 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 46 – 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, em que o profissional está lotado, sejam equipes de 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.

Identificação dos cidadãos e local do atendimento

Figura 33 – 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 47 – Identificação do cidadão e local de atendimento e condição de saúde

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

Nº	Em cada ficha, podem ser registradas 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) – 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). (08) Instituição/abrigo – instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. (09) Unidade prisional ou congêneres – cadeia pública, colônia agrícola, industrial ou similar, casa do albergado, centro de observação e hospital de</p>

	<p>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>
<p>PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS</p>	<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 impeçam 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 – pelo endereço eletrônico <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf></p>
<p>GESTANTE</p>	<p>Marque com um “x” caso a usuária esteja gestante, independentemente do período gestacional.</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 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.

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.

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 34 – Tipo de atendimento*

Tipo atendimento Demanda Espontânea	Consulta agendada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	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 48 – 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	
ESCUTA 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 informadas 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 e necessita de atendimento odontológico no mesmo turno.

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

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 uma marcação. **Este bloco não será obrigatório caso o tipo de atendimento marcado anteriormente seja “demanda espontânea”.**

Figura 35 – 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta de retorno em odontologia		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta de manutenção em odontologia		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 49 – 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 minuciosa análise dos dentes e tecidos moles e o paciente tem todas as explicações e orientações quanto ao seu caso. Também é feito 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 meses após a conclusão do plano preventivo-terapêutico ou caso o paciente abandone o tratamento seis meses após a última consulta.</p> <p>Não devem ser considerados como primeira consulta odontológica programática os atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência/consulta no dia que não tem elaboração de plano preventivo-terapêutico e seguimento do tratamento previsto.</p> <p>As necessidades do usuário levantadas durante esta avaliação deverão ser registradas no prontuário clínico do usuário.</p>
CONSULTA DE RETORNO EM ODONTOLOGIA	<p>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: o 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").</p>
CONSULTA DE MANUTENÇÃO EM ODONTOLOGIA	<p>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 usuário retorna 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 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).</p>

Fonte: SAS/MS.

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

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 36 – 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 50 – Vigilância em saúde bucal*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ABCESSO 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. ¹³

¹³ 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>.

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 ¹⁴	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, permanentes e/ou decíduos, 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.

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 37 – Procedimentos odontológicos

¹⁴ *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)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de cariostático (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação de selante (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capeamento pulpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cimentação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evidenciação de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação de higiene bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Profilaxia/Remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulpotomia 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia periapical/interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selamento provisório de cavidade 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulotomia/ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (quantidade realizada)	Outros procedimentos (código do SIGTAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.

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 51 – Procedimentos (quantidade realizada)

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O PREENCHIMENTO
ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	<p>Anote a quantidade (número) de procedimentos realizados.</p>
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 estão 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.

Fornecimento de insumos

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

Figura 38 – 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"/>
	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"/>
	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"/>

Fonte: SAS/MS.

Quadro 52 – 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.

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 39 – 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Fonte: SAS/MS.

Quadro 53 – 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 necessidade de agendar para outro profissional da Atenção Básica (por exemplo, para enfermeiro, médico, entre outros).
AGENDAMENTO PARA NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	Marque com um “x” caso identifique necessidade de agendar para os profissionais do Nasf.
AGENDAMENTO PARA GRUPOS	Marque com um “x” caso tenha identificado 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.

Encaminhamento

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

Quadro 54 – 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	
ODONTOPEDIATRIA	
ORTODONTIA/ORTOPEDIA	
PERIODONTIA	
PRÓTESE DENTÁRIA	
RADIOLOGIA	
OUTROS	

Fonte: SAS/MS.

CAPÍTULO 5 – Ficha de Atividade Coletiva

Objetivo da ficha

É destinada ao registro das 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 todos os 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).

As ações realizadas nos Programa Saúde na Escola, da Política Nacional de Combate ao Tabagismo, entre outras, devem ser registradas usando esta ficha.

Modo de preenchimento da ficha

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

ATENÇÃO!

Deverá ser preenchida uma ficha para cada atividade coletiva realizada.

Cabeçalho

O cabeçalho desta ficha é 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 40 – Cabeçalho do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 55 – 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.

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 41 – Identificação do profissional responsável e lotação

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

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 56 – 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, em que o profissional está lotado, sejam equipes de 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.

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 42 - Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais

TURNO: * (M) (T) (N)		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		_____	____-__
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____	CNES _____	_____	____-__
OUTRA LOCALIDADE:		_____	____-__
Nº DE PARTICIPANTES* ____	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS ____	_____	____-__
		_____	____-__

Fonte: SAS/MS.

Quadro 57 – 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.
LOCAL DE ATIVIDADE	<p>Estão previstas três situações:</p> <p>Nº DO INEP (ESCOLA/CRECHE) – para atividade realizada no âmbito do Programa Saúde na Escola.</p> <p>CNES – para atividade realizada em outro estabelecimento de saúde, que não a própria UBS (exemplo: atividades realizadas em Polo de Academia da Saúde).</p> <p>OUTRA LOCALIDADE – campo descritivo para informar qualquer outro espaço, diferente de escola ou estabelecimento de saúde (exemplos: igreja, associação de moradores etc.).</p>
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 de Saúde (CNS) e código da 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 deve-se registrar o CNS de cada profissional presente, neste campo. Registra-se apenas o CNS dos organizadores, já os demais profissionais são contabilizados no campo “nº de participantes”.</p>

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

**Campo com obrigatoriedade condicionada.

ATENÇÃO – campo Nº do Inep (ESCOLA/CRECHE)

Este campo deve ser preenchido obrigatoriamente e somente se a atividade for

realizada no âmbito do Programa Saúde na Escola (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). Para saber mais sobre o PSE, acesse <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>.

Tipos de atividade coletiva

Este bloco é utilizado para registrar o tipo de atividade. É possível marcar apenas uma opção.

Figura 43 – Tipos de atividade coletiva

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)*	
01	Reunião de equipe	01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Reunião com outras equipes de saúde	02	Processos de trabalho
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Educação em saúde	04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Atendimento em grupo	05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Avaliação/Procedimento coletivo	06	Educação Permanente
07	Mobilização social	07	Outros

PÚBLICO-ALVO** (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6, e 7)		TEMAS PARA SAÚDE** (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE** (opção única e obrigatória para atividade 6, e múltipla 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao aedes aegypti	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/Climatério/Andropausa/Etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/Fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		Código do SIGTAP []
16	Profissional de educação	16	Outros		
17	Outros				

Fonte: SAS/MS.

Atividade e temas para reunião

O bloco está subdividido em dois tipos de atividades. O primeiro tipo são as ações coletivas estruturantes para a organização dos processos de trabalho da equipe, a partir da marcação das opções 01, 02 ou 03.

Quadro 58 – 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 Nasf 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, **pelos menos**, uma opção do bloco de TEMAS PARA REUNIÃO. Os temas que podem ser registrados estão expostos no quadro a seguir.

Quadro 59 – Temas para reunião (opção múltipla)*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
01) QUESTÕES ADMINISTRATIVAS/ FUNCIONAMENTO	Opção utilizada para indicar reunião de equipe em que são tratadas questões administrativas e de funcionamento da unidade.
02) PROCESSO DE TRABALHO	Opção utilizada para indicar reunião em que é 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 e/ou monitoramento 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 a 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.
06) EDUCAÇÃO PERMANENTE	Opção utilizada quando a equipe desenvolve 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.

Atividade, público-alvo, temas para saúde e práticas em 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, é obrigatória, ao menos, uma opção do bloco de PÚBLICO-ALVO e, ao menos, uma opção do bloco de PRÁTICAS EM SAÚDE ou TEMAS PARA SAÚDE.

Quadro 60 – 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, aferição de pressão arterial, 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 mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção não exige que os participantes da atividade sejam identificados.

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Público-alvo

Este bloco é utilizado para registrar, na Ficha de Atividade Coletiva, o público-alvo participante 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.

Temas para saúde

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

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 deve-se optar por uma única prática.

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

Identificação dos usuários

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

- CNS do cidadão (ATENÇÃO: campo com obrigatoriedade condicionada).
- Data de nascimento do cidadão (ATENÇÃO: campo obrigatório ao informar lista de participantes).
- Sexo do cidadão, podendo optar por “F” – feminino ou “M” – masculino.
- Marcar se o cidadão apresentou avaliação alterada. Quando esse campo for assinalado, o sistema gerará o número de avaliações alteradas automaticamente.
- Peso e altura do cidadão no caso de 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!

Nas opções 05 – Atendimento em Grupo e 06 – Avaliação/Procedimento Coletivo, devem ser registrados 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 44 – 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.

VERSÃO PRIVADA

CAPÍTULO 6 – Ficha de Procedimentos

Objetivo da ficha

É utilizada para registro de informações dos 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 exames.

Profissionais que utilizam esta ficha

É utilizada pelos profissionais de equipes de 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 agentes comunitários de saúde.

Modo de preenchimento da ficha

Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

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 45 – Cabeçalho da Ficha de Procedimentos

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 61 – Identificação e controle da digitação

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

Fonte: SAS/MS.

Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

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

Figura 46 – Identificação do profissional e lotação

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 62 – 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, em que o

	profissional está lotado, sejam equipes de 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.

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.

ATENÇÃO!

O ato de escuta inicial/orientação deve ser registrado uma única vez por cidadão.

Figura 47 – 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 63 – 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 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</p> <p>(02) Unidade móvel</p> <p>(03) Rua</p> <p>(04) Domicílio</p> <p>(05) Escola/creche</p> <p>(06) Outros</p> <p>(07) Polo (Academia da Saúde) – denomina-se polo a unidade (espaço físico) do Programa Academia da Saúde. É considerado polo tanto a estrutura física construída especificamente para o desenvolvimento do programa quanto o espaço físico destinado para tal fim nas dependências de uma UBS, desde que o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).</p> <p>(08) 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.

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. Para saber mais, consulte o Caderno de Atenção

Fonte: SAS/MS.

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

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.

ATENÇÃO!

Os campos destinados à administração de medicamentos são direcionados para o registro do profissional que administrou e **não** devem ser utilizados para registro de prescrição.

Figura 49 – Registro de outros procedimentos

Saiba mais: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fonte: SAS/MS.

ATENÇÃO!

A Portaria nº 404, de 15 de abril de 2016, traz novos procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) para a tabela SIGTAP:

01.01.01.007-9 – YOGA

01.01.01.008-7 – OFICINA DE MASSAGEM/ AUTOMASSAGEM

03.01.04.010-9 – SESSÃO DE AURICULOTERAPIA

03.01.04.011-7 – SESSÃO DE MASSOTERAPIA

03.01.04.012-5 – ORIENTAÇÃO DE TRATAMENTO TERMAL/CRENOTERÁPICO

Fonte: SAS/MS.

Bloco de 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, deve registrá-lo na Ficha de Atendimento Individual. **Não** há necessidade de registrá-lo no bloco de procedimentos consolidados.

Figura 50 – 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

Objetivo da ficha

Tem como objetivo principal registrar a atividade de visita ao cidadão ou a outros pontos do território adscrito da equipe da unidade básica de saúde. 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), Agente de Combate às Endemias (ACE) e Agente de Ação Social (AAS). Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior, redefiniu-se como atendimento individual no local 04 – domicílio.

ATENÇÃO!

A Ficha de Visita Domiciliar e Territorial é de **uso exclusivo** do ACS, ACE e AAS. 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.

Modo de preenchimento da ficha

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.

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 51 – Cabeçalho da Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

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

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 64 – 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 nas folhas.

Fonte: DAB/SAS/MS.

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

Figura 52 – Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

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

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 65 – Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional

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

CNS PROFISSIONAL*	DO	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, em que o profissional está lotado.
DATA*		Anote o dia/mês/ano em que foram realizadas as visitas.

Fonte: DAB/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 53 – 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"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	
MICROÁREA*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TIPO DE IMÓVEL*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nº PRONTUÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CNS do Cidadão <small>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle veicular, usar o CNS do responsável familiar)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento**	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano																							
Sexo** (F) 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: DAB/SAS/MS.

Quadro 66 – 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 socioeducativa), 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: DAB/SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Bloco de motivo de visita

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

Figura 54 – Motivo de 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 67 – 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	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: NÚMERO DO CARTÃO SUS E DATA DE NASCIMENTO:

	<p>registrar somente o número do CNS e data de nascimento do responsável familiar.</p> <p>MOTIVO DA CONSULTA: marcar o campo “Visita periódica”.</p> <p>DESFECHO: visita realizada.</p> <p>ATENÇÃO! O preenchimento da ficha como abordagem familiar só será aceito no sistema como visita periódica.</p>
--	--

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 68 – 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: DAB/SAS/MS.

Quadro 69 – 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 usuário com outras doenças crônicas.
PESSOA COM HANSENÍASE	Acompanhamento de usuário com hanseníase.
PESSOA COM TUBERCULOSE	Acompanhamento de usuário com tuberculose.
SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS	Acompanhamento de usuário que apresenta 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 <i>Aedes aegypti</i> .
	AÇÃO MECÂNICA – preencha nos casos onde foi realizada remoção mecânica (manual ou utilizando outros objetos) do foco do mosquito.
	TRATAMENTO FOCAL – preencha nos casos em que 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: DAB/SAS/MS.

Bloco de 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 55 – 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"/>
	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"/>
	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"/>
	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"/>

IMPORTANTE!

O registro das visitas do ACS não será mais contabilizado por “famílias visitadas”, mas sim por “indivíduos visitados”. Indiretamente, será possível vinculá-los 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 grupo 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 “Cadastro/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 “Cadastro/Atualização”, deixando de ser uma visita periódica. Então, deverão ser assinalados os dois campos.

Bloco de antropometria

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

Figura 56 – Antropometria

Antropometria	
Peso (kg)	
Altura (cm)	

Quadro 70 – 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: DAB/SAS/MS.

Desfecho

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

Figura 57 – Desfecho

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

Fonte: DAB/SAS/MS.

Quadro 71 – 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: DAB/SAS/MS.

REGRA DO SISTEMA!

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. Por meio da avaliação do consumo alimentar, o profissional da equipe de saúde pode orientar quanto às práticas alimentares adequadas e saudáveis.

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.

Profissionais que utilizam este formulário

Podem ser utilizados por qualquer profissional da equipe de Atenção Básica. 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.

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.

Modo de preenchimento da ficha

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.

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 58 – Cabeçalho do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar

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

Fonte: SAS/MS.

Quadro 72 – 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.

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 59 – Identificação do profissional e lotação

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

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 73 – 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, em que o profissional está lotado, sejam equipes de 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.

Identificação do cidadão e local de atendimento

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

Figura 60 – Identificação do cidadão e local de atendimento

Nº CARTÃO SUS: _____
Nome do Cidadão:* _____
Data de Nascimento:* / / Sexo:* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento:* _____

Fonte: SAS/MS.

*Campo de preenchimento obrigatório.

Quadro 74 – Identificação do cidadão e local de atendimento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
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.
NOME DO CIDADÃO*	Preencha o nome do cidadão.
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 – unidade básica de saúde (02) Unidade móvel (03) Rua (04) Domicílio (05) Escola/creche (06) Outros (07) Polo (Academia da Saúde) – 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). (08) Instituição/abrigo – instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. (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. (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.

Bloco de 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.

Figura 61 – 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
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>			
	Mingau	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe

Fonte: SAS/MS.

Figura 62 – 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
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fígado	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/grosetha, 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.

Figura 63 – 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
	<i>Ontem, você consumiu:</i>						
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/grosetha, 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 2 anos de idade e indivíduos maiores de 2 anos, como mostrado no quadro abaixo.

Quadro 75 – 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, um registro por ano

Fonte: SAS/MS.

VERSÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO 9 – Orientações para uso das equipes de Atenção Domiciliar

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) 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.

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. 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.

Modo de preenchimento

Os campos assinalados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

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 64 – 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 76 – Bloco do 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	Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, por meio da inserção da numeração das folhas.

Fonte: SAS/MS.

Identificação do profissional realizou a avaliação e da equipe

Figura 65 – Identificação do profissional e da equipe

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	____-____	_____	_____	/ /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO:* (M) (T) (N)
_____	____-____	_____	_____	

Fonte: SAS/MS.

Quadro 77 – 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.

Quadro 79 – Bloco de 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.

Condição(ões) avaliada(s)

Figura 69 – Bloco de 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.

Este 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 diagnóstico prévio indicado nos documentos de encaminhamento/referência para o SAD, o CID-10 principal pode ser preenchido por qualquer profissional da Emad.

ATENÇÃO! No momento da digitação, o sistema não aceita que o CID-10 secundário seja 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.

Conclusão/destino

Figura 70 – Bloco de conclusão/destino

CONCLUSÃO/DESTINO *	
ELEGÍVEL: (ver legenda) <input type="radio"/> AD1 <input type="radio"/> AD2 <input type="radio"/> AD3	<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 (ADI)	<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 de 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.

Neste 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 80 – Bloco de 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 um usuário com os critérios de AD2 somados a suporte ventilatório.

Fonte: SAS/MS.

Quadro 81 – Bloco de 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 quando 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 (exs.: 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.

Identificação do usuário/cidadão para admissão

Figura 71 – Bloco de 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 82 – 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: ¹Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2010).

Figura 72 – Bloco de 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 83 – 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 I.
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 H.
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 de referência próximo ao domicílio ou ao local de permanência. Exs.: 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.

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 73 – Bloco do 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 84 – Cuidador

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
NÃO POSSUI	Marcar quando não houver cuidador.
CÔNJUGE/COMPANHEIRO	Marcar se o cuidador for casado legalmente ou, simplesmente, viver 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 foi descrito anteriormente.

Fonte: SAS/MS.

Ficha de Atendimento Domiciliar

Objetivo da ficha

A Ficha de Atendimento Domiciliar é o instrumento para coleta de dados dos atendimentos realizados pelo SAD. Ela deverá ser utilizada pelo profissional em todos os atendimentos, sendo que cada um 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 nova ficha.

Equipes que utilizam esta ficha

Equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e equipes multiprofissionais de apoio (Emap).

Profissionais que utilizam

Profissionais de nível superior e de nível médio.

Modo de preenchimento

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.

Cabeçalho

Figura 74 – 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. Este bloco será preenchido pelo digitador.

Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

Figura 75 – 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 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 85 – 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.

Identificação dos cidadãos e local do atendimento

Figura 76 – Bloco de 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.

Neste bloco, serão identificados os dados do 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 permite a vinculação dos dados de todos os atendimentos de um mesmo cidadão, possibilitando acompanhamento integral e longitudinal de fato e geração de relatórios. Ou seja, é por meio 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 86 – 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 DE	Informe o dia, mês e ano do nascimento do cidadão. Variável de verificação do CNS.

Fonte: SAS/MS.

Quadro 88 – 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: este 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.

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 79 – Bloco de 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"/>	
	Díalise 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 89 – Orientação sobre a CID-10 e Ciap-2

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CID-10	Utilize este 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.

Procedimentos realizados

O objetivo deste bloco é o registro dos procedimentos realizados. Deve-se assinalar os procedimentos feitos 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 por meio 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 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 visita e assinala o campo de atendimento domiciliar, ao registrar os dados do usuário, automaticamente, será gerado 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 80 – Bloco de 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	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.

Conduta/desfecho

Este 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 81 – Bloco de 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 90 – 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).

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

Fonte: SAS/MS.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA O CASO DE 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, situação em que o cidadão atendido será o familiar/cuidador:

- **CNS do cidadão:** 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). Se o atendimento for realizado para outra pessoa, também cuidadora, mas cujo CNS não foi registrado na FAE, indica-se preencher a visita com o CNS 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.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.969, de 10 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a Aquisição, por Usucapião Especial, de imóveis rurais, altera a redação do § 2º do art. 589 do Código Civil e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 1981. Disponível em: . Acesso em: 23 ago. 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: . Acesso em: 23 out. 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Manual do entrevistador: cadastro único para programas sociais. 2. ed. rev. Brasília, 2010. Disponível em: . Acesso em: 23 ago. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Guia de cadastramento de pessoas em situação de rua: cadastro único para programas sociais. 2. ed. rev. Brasília, 2010. Disponível em: . Acesso em: 23 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 48, 24 out. 2011.

_____. Lei nº 31, de 14 de agosto de 2012. Procede à revisão do regime jurídico do arrendamento urbano, alterando o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Lei nº 6, de 27 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Série 1, n. 157, 14 ago. 2012. Disponível em: . Acesso em: 23 ago. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica. Brasília, 2015. CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. Programa Nacional de Habitação Rural – Grupo I. Disponível em: . Acesso em: 23 ago. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2010: Resultados Preliminares da Amostra. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: . Acesso em: 23 ago. 2016. ANEXOS

ANEXOS

Anexo A – Cadastro Individual

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cadastro_Individual.pdf

Anexo B – Cadastro Domiciliar e Territorial

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cadastro_Domiciliar_e_Territorial.pdf

Anexo C – Ficha de Atendimento Individual

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha_de_Atendimento_Individual.pdf

Anexo D – Ficha de Atendimento Odontológico Individual

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha_de_Atendimento_Odontologico_Individual.pdf

Anexo E – Ficha de Atividade Coletiva

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha_de_Atividade_Coletiva.pdf

Anexo F – Ficha de Procedimentos

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha_de_Procedimentos.pdf

Anexo G – Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha_de_Visita_Domiciliar_e_Territorial.pdf

Anexo H – Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Marcadores_de_Consumo_Alimentar.pdf

Anexo I – Ficha Complementar

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha_Complementar.pdf

Anexo J – Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Avaliacao_de_Elegibilidade_e_Admissao.pdf

Anexo K – Ficha de Atendimento Domiciliar

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Atendimento_Domiciliar.pdf

Anexo L – Classificação Internacional de Atenção Primária (Ciap)

http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf