



Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Núcleo de Planejamento em Saúde



SISTEMA DE INFORMAÇÃO e-SUS/AB: ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA ESF



Fonte: DAB/MS

TEMA DENSO...



MAS PRECISO DE GERAL ANIMADO



DINÂMICA 1



SISTEMA DE INFORMAÇÃO

OBJETIVOS

```
graph LR; A[OBJETIVOS] --> B[Coletar]; A --> C[Processar]; A --> D[Transmitir]; A --> E[Disseminar]; B --> F[Dados]; C --> F; D --> F; E --> F;
```

Coletar

Processar

Transmitir

Disseminar

Dados

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Facilitam nas organizações

```
graph LR; A[Facilitam nas organizações] --> B[Planejamento]; A --> C[Controle]; A --> D[Coordenação]; A --> E[Análise]; A --> F[Processo decisório];
```

The diagram features a central red rounded rectangle on the left containing the text 'Facilitam nas organizações'. Five teal arrows originate from the right side of this rectangle and point towards five black text labels arranged vertically on the right: 'Planejamento', 'Controle', 'Coordenação', 'Análise', and 'Processo decisório'.

Planejamento

Controle

Coordenação

Análise

Processo decisório

e-SUS AB

SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



Fonte: DAB/MS

É o atual sistema de
informação da Atenção
Básica

Incentiva o uso da informação
no campo da saúde, com o
objetivo de melhorar a
qualidade desta.

FINALIDADE

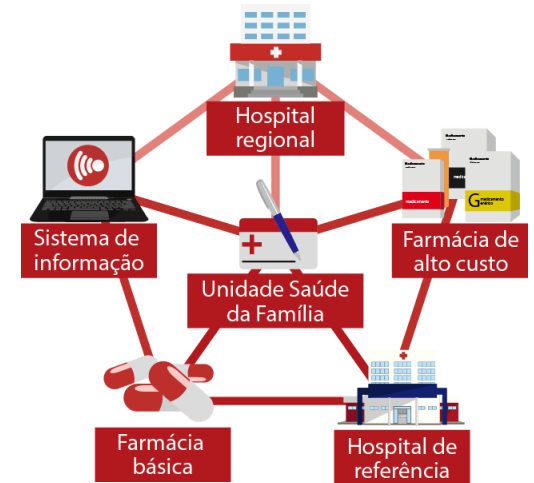
Individualizar o registro



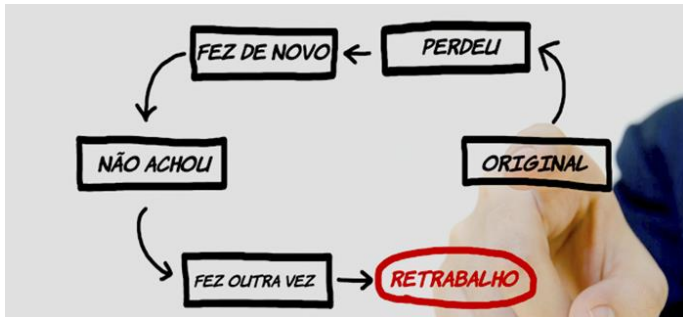
Integrar a informação



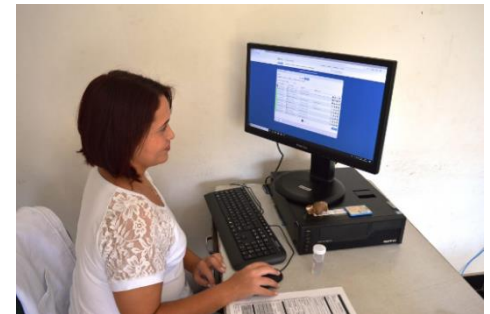
Integrar os serviços



Reduzir o retrabalho na coleta de dados



Informatizar as unidades



FINANCIAMENTO PREVINE BRASIL

INDICADOR	PARÂMETRO	META	PESO
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	>=80%	60%	1
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	>=95%	60%	1
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	>=90%	60%	2
Cobertura de exame citopatológico.	>=80%	40%	1
Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente.	>=95%	>=95%	2
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.	>=90%	50%	2
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	>=90%	50%	1

FINANCIAMENTO PREVINE BRASIL

Indicadores para pagamento em 2021 e 2022:

- I. Ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde;
- II. Ações no cuidado puerperal;
- III. Ações de puericultura (crianças até 12 meses);
- IV. Ações relacionadas ao HIV;
- V. Ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;
- VI. Ações odontológicas;
- VII. Ações relacionadas às hepatites;
- VIII. Ações em saúde mental;
- IX. Ações relacionadas ao câncer de mama; e
- X. Indicadores Globais

PREFAPS

Indicadores	Meta
I. Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família.	0,30
II. Razão entre atendimentos de enfermagem na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família.	0,2
III. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	75%
IV. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	75%



PREFAPS

Indicadores	Meta
V. Cobertura de Triagem Neonatal	75%
VI. Razão entre o número de atendimentos médicos e de enfermeiros de hipertensos na APS e o número de hipertensos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF	75%
VII. Razão entre o número de atendimentos médicos e de enfermeiros de diabéticos na APS e o número de diabéticos estimados pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013) cobertos pela ESF	75%
VIII. Proporção de equipes de saúde bucal na Saúde da Família (eSB/SF) que realizam, no mínimo, 50% de ações do rol mínimo preconizado	75%

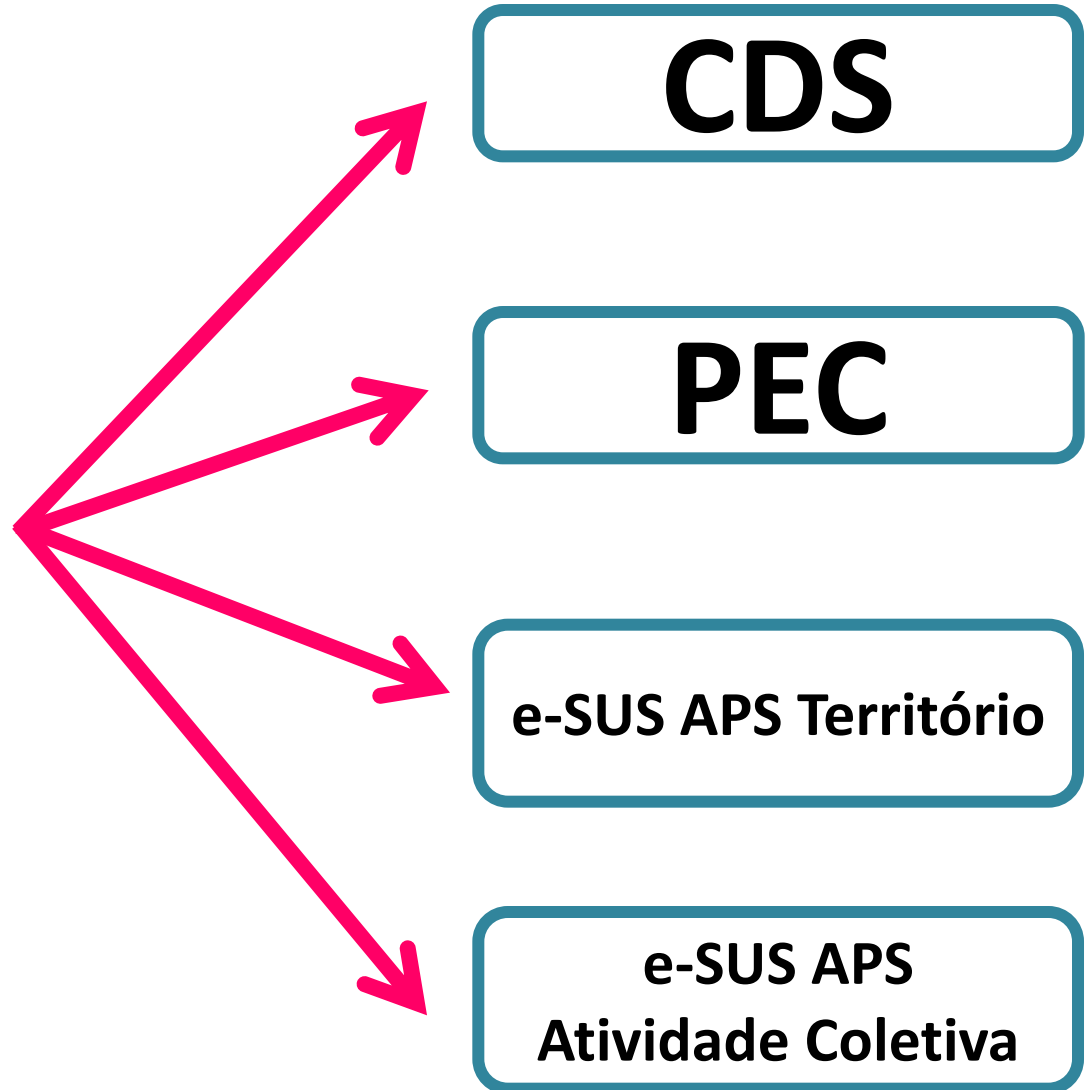


SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE DADOS

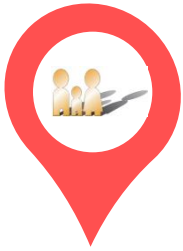
SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



Fonte: DAB/MS



LINHA HISTÓRICA



2011:
Reestruturação
do SIAB



2013:
e-SUS APS
CDS (Maio)



2013:
PEC
(Agosto)



2016:
e-SUS APS
Território



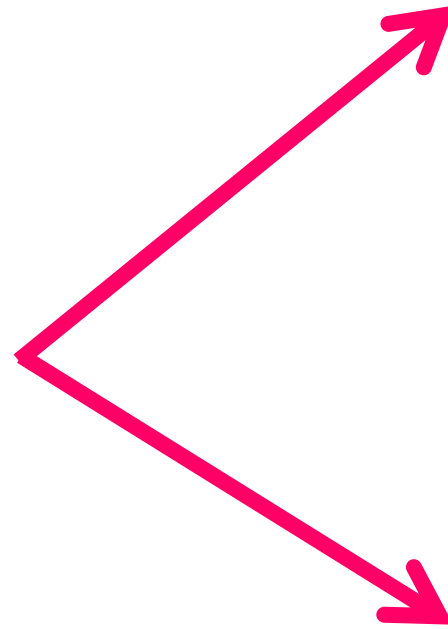
2018:
e-SUS APS
Ativ. Coletiva

SOFTWARES USADOS NO MUNICÍPIO

SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



Fonte: DAB/MS



CDS

PEC

COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA

- ✓ Meio de coleta de dados para UBS sem informatização;
- ✓ Coletam dados de cadastros, visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelas equipes de AB.



Fonte: DAB/MS

FICHAS ATUAIS UTILIZADAS NA ESF EM DC

Cadastro individual



Cadastro domiciliar e territorial



Ficha de atendimento individual



Ficha de atendimento odontológico



Ficha de atividade coletiva



Ficha de procedimentos



Ficha de visita domiciliar e territorial



Marcadores de consumo alimentar



Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia



Ficha de vacinação



Fonte: BRASIL, 2020

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

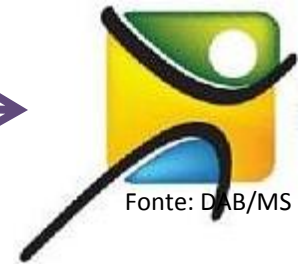
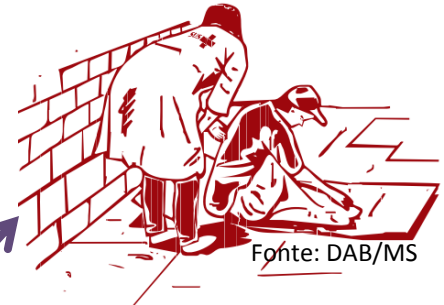
	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL				DIGITADO POR: _____	DATA: / /								
					CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____								
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*									
CNS DO PROFISSIONAL		CBO	CNES	INE	/ /									
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*														
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*		Dia/mês		Ano										
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino														
Local de atendimento* (ver legenda)														
Tipo atendimento* (ver legendas)	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado													
	Consulta Agendada													
	Escuta Inicial/Orientação													
	Consulta no Dia													
	Atendimento de Urgência													
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legendas)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Racionalidade em saúde (ver legendas)														
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)													
	Peso (kg)													
Altura (cm)														
Vacinação em dia*		SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI
Criança	Aleitamento materno (ver legendas)													
	DUM													
Dia/Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ano														
Gestante	Gestidez Planejada	SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI	NI	SI
	Idade Gestacional (semanas)													
	Gestas Prévia/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problemas/Crônicos* (ver legendas)	Asma													
	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													

- ✓ Registra as informações dos atendimentos individuais;
- ✓ Não substitui o registro no prontuário, tampouco a estatística mensal (fechamento);
- ✓ É de preenchimento individual, exceto quando a consulta é compartilhada.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM



**Profissionais de
Nível Superior**

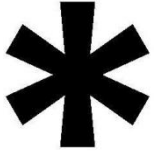

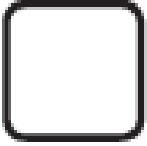


Exceto Dentistas

**Equipes de
Atenção Básica
do Sistema
Prisional**



OBSERVAÇÕES

	Campo de preenchimento obrigatório
	Opção única
	Opção múltipla

CABEÇALHO

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

Fonte: DAB/MS

- ✓ Não preencher;
- ✓ Preenchimento exclusivo dos digitadores.

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO

		22/09/2020				23/09/2020					22/09/2020				
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO*		<input checked="" 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)
Nº PRONTUÁRIO		01171													
<p>Tatiane Oliveira Enfermeira COREN RJ: 172.371</p> <p>CNS OU CPF DO CIDADÃO</p>															
Data de nascimento*	Dia/mês	09/01	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano	1985													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		<input checked="" 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)	

Prontuário em DC:

017 01 171

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ATENDIMENTO

* Local de atendimento* (ver legenda)	4	

Fonte: DAB/MS

LEGENDA:

01 - UBS

02 - Unidade móvel

03 - Rua

04 - Domicílio

05 - Escola/Creche

06 - Outros

07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo

09 - Unidade prisional ou congêneres

10 - Unidade socioeducativa

TELECONSULTA

* Local de atendimento* (ver legenda)	6	

Fonte: DAB/MS

LEGENDA:

01 - UBS

02 - Unidade móvel

03 - Rua

04 - Domicílio

05 - Escola/Creche

06 - Outros

07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo

09 - Unidade prisional ou congêneres

10 - Unidade socioeducativa

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE ATENDIMENTO

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

Fonte: DAB/MS

CONSULTA AGENDADA PROGRAMADA /
CUIDADO CONTINUADO

Acompanhamento contínuo.
Ex: Puericultura; Gestante

CONSULTA AGENDADA

Ex: Cefaleia crônica

ESCUA INICIAL/ORIENTAÇÃO

Atendimento não urgente. Ex: Orientação medicamentosa
Não considerar orientações sobre fluxo dentro da UBS

CONSULTA NO DIA

Não urgente
O usuário será atendido no mesmo dia: vaga ou vulnerabilidade. Ex: suspeição de ITU

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Ex: urgência hipertensiva

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE ATENDIMENTO – SÍNDROMES GRIPAIS

1ª Consulta	Consulta no Dia
	Atendimento de Urgência
Monitoramento de casos	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado

ATENÇÃO DOMICILIAR

✓ Apenas para municípios com SAD

Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (<i>ver legenda</i>)	AD <u> 1 </u>	AD <u> </u>
---------------------------	---	-----------------	--------------

Fonte: DAB/MS

AD	CARACTERÍSTICAS	EQUIPE
AD1	Usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade	Equipe de Atenção Básica
AD2	Usuários necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo no mínimo semanal. Ex: medicação parenteral	Equipe de Atenção Básica + SAD
AD3	Usuário com perfil AD2, mas usa suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal	Equipe de Atenção Básica + SAD

Racionalidade em saúde

Racionalidade em saúde *(ver legenda)*

6

✓ Dependendo da versão da ficha o item poderá ter a nomenclatura de “**PIC**”.

1	Medicina Tradicional Chinesa
2	Antropofasia aplicada à saúde
3	Homeopatia
4	Fitoterapia
5	Ayurveda
6	Outra

Avaliação Antropométrica

Avaliação antro- pométrica	Perímetro cefálico (cm)	__ __	3 5
	Peso (kg)	70	3,200
	Altura (cm)	170	50

Fonte: DAB/MS

✓ Qualquer faixa etária

VACINAÇÃO EM DIA

Vacinação em dia?	SIM	NÃO	SIM	NÃO
-------------------	----------------	-----	-----	-----

Fonte: DAB/MS

- ✓ Qualquer faixa etária

CRIANÇA

Criança

Aleitamento materno (*ver legenda*)

1

Fonte: DAB/MS

1	Exclusivo
2	Predominante
3	Complementado
4	Inexistente

GESTANTE

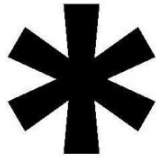
Gestante	DUM	Dia/Mês	09 / 02	/	
		Ano	2020		
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (semanas)	3	4		
	Gestas Prévias/Partos	2 / 1	/		

Fonte: DAB/MS

Ex: G3 P1 A1



PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA

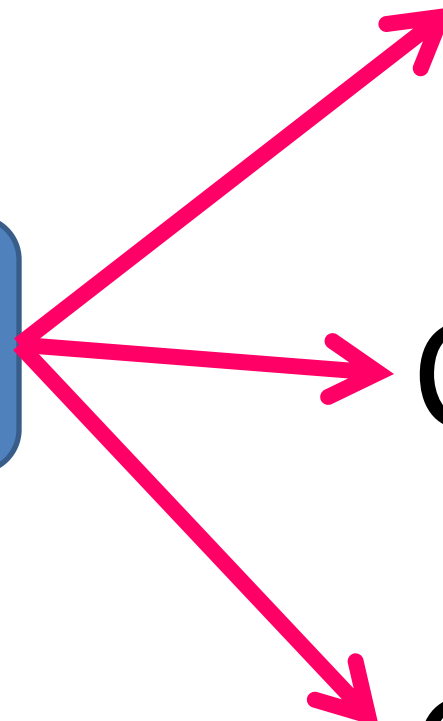


PROBLEMA OU
CONDIÇÃO AVALIADA

Lista

CID 10

CIAP 2



PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA

Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/MS

✓ Pode marcar mais de uma, desde que tenha sido alvo de avaliação;

✓ Marcar com “X”.

PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA

		Nº	1	2
Doenças transmissíveis	Tuberculose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hanseníase		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dengue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DST		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/MS

- ✓ Pode marcar mais de uma, desde que tenha sido alvo de avaliação;
- ✓ Marcar com “X”.

PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA

Rastrea- mento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Colo	<ul style="list-style-type: none">- Orientação, realização ou encaminhamento.- Se colheu na UBS, registrar na ficha Procedimentos.
Mama	<ul style="list-style-type: none">- Orientação, realização ou encaminhamento do Exame Clínico das mamas ou Mamografia.
Cardio	<ul style="list-style-type: none">- Realização da avaliação de risco pelo escore de Framingham; rastreamento de dislipidemia, HAS e DM.

PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA

✓ Só codificar se não estiver listado.

Outros	CIAP-2	T08	
	CIAP-2	Z01	
	CID-10*	ou Z 595	
	CID-10*	R63.4	

* Apenas para médicos

Fonte: DAB/MS

CID-10



Classificação Internacional de Atenção Primária – CIAP – 2



TESTE: LOCALIZAR CÓDIGOS DO CIAP - 2

PROBLEMA

Febre

Candidíase

Perda de apetite

Perda/falecimento de familiar

CIAP - 2

Nome	CIAP-2
Febre	A03
Candidíase	X72
Perda de appetite	T03
Perda/falecimento de familiar	Z23

SÍNDROMES GRIPAIS

CIAP-2	CID
R74: Infecção aguda de Aparelho Respiratório Superior	J11: Influenza (gripe) devido a Vírus Não Identificado
R80: Gripe	U07.1: casos confirmados de COVID-19 – versão 3.2.23 do PEC U07.2: Diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível - versão 3.2.23 do PEC
R02: Dificuldade Respiratória, Dispneia	B34.2: Infecção por Coronavírus de localização não especificada (casos confirmados de COVID-19) – versão 3.2.22 e anteriores
A03: Febre	Z20.9: Contato com e exposição à doença transmissível não especificada
R21: Sinais/Sintomas da Garganta	
R05: Tosse	

EXAMES SOLICITADOS (S) E AVALIADOS (A)

Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Coolesterol total	X	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	EAS/EQU	X	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Eletrcardiograma	X	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Eletrforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Glicemia	X	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	HDL	X	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma	X	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	LDL	X	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
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para HIV	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
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Urocultura	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
	Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Outros exames (código do SIGTAP)	0 2 0 2 0 4 0 1 2 7*	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	S	A	S	A	S	A	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:

- ✓ Campo destinado para registro de exames que não se encontram listados;
- ✓ Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/inicio.jsp>

* Pesquisa de ovos, cistos e parasitas

Usuário: publico

- Procedimento
- Compatibilidades
- Tabelas
- Relatórios

Consultar Procedimentos

Pesquisar Procedimento por

Grupo:

Sub-Grupo:

Forma de Organização:

Código:

Nome:

Origem

Código:

Nome:

Documento de Publicação

Documento:

Número:

Ano:

Orgão:

Competência

Competência:



Procedimento	
	02.02.04.011-9 - PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)
	02.02.04.012-7 - PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS
	02.02.04.013-5 - PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES

FICOU EM OBSERVAÇÃO?

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

Fonte: DAB/MS

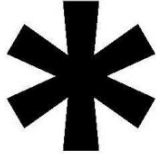
NASF/POLO

Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DAB/MS

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

CONDUTA/DESFECHO



Condução/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CONDUTA/DESFECHO

RETORNO PARA CONSULTA AGENDADA	<ul style="list-style-type: none">✓ Oriunda de consulta ou de escuta inicial✓ Não devem ser marcados aqui os retornos que caracteristicamente sejam de cuidado continuado ou programado
RETORNO PARA CUIDADO CONTINUADO/ PROGRAMADO	<ul style="list-style-type: none">✓ Ex: Pré-natal
ENCAMINHAMENTO INTERNO DO DIA	<ul style="list-style-type: none">✓ Se o atendimento, o usuário for encaminhado para atendimento de outro profissional da UBS
ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL	<ul style="list-style-type: none">Ex: Conselho Tutelar

CONDUTA/DESFECHO – SÍNDROMES GRIPAIS

Casos Leves	-Retorno para cuidado continuado/ programado, para monitoramento (atendimento domiciliar ou teleconsulta).
Casos Graves	- Encaminhamento p/ Urgência (Referência), nos casos graves ou com comorbidades.

DINÂMICA 2

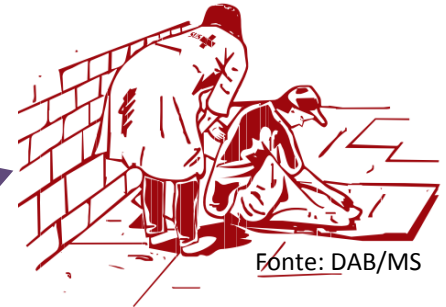


PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM

- ✓ Profissionais de nível superior (exceto dentista) ou de nível médio da área da saúde (exceto técnicos e auxiliares de Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde).



Fonte: EMAZE



Fonte: DAB/MS




Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL E LOTAÇÃO

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____-__	_____	_____	/ /

Fonte: DAB/MS

DADOS DO USUÁRIO

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 OU CPF 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)	(F M)
Local de atendimento*															

ESCUITA INICIAL/ORIENTAÇÃO

Escuta inicial/orientação



Fonte: DAB/MS

- ✓ É o Acolhimento.
- ✓ O profissional deve tentar resolver a demanda;
- ✓ Se feito por profissional de Nível Médio registrar na ficha de Procedimentos;
- ✓ Se feito por profissional de Nível Superior registrar na ficha de Procedimentos ou Atendimento Individual.

PROCEDIMENTOS

OBS: Nos casos de coleta de preventivo

Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input checked="" type="checkbox"/>
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>

Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Curativo especial	<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"/>	
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Coleta de citopatológico de colo uterino	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exérese/biopsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sutura simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Teste rápido	De gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para sífilis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intramuscular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Administração de medicamentos	Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



SUS		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFIRMO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL		CBO	CNES	INE	/ /
CNS DO CIDADÃO					
Data de nascimento*		Dia/Mês/Ano			
Sexo*		M F			
Local de atendimento*		U B			
Consulta Agendada		C			
Consulta Inicial/Clínica		C			
Consulta de Dia		C			
Atendimento de Urgência		C			
Atividade de Saúde*		AD AD AD AD AD AD AD AD AD AD AD AD AD AD			
Recomendação em saúde (ver agenda)		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Avaliação antropométrica		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Visão em dia?		S S S S S S S S S S S S S S S S			
Gravidez máxima (ver agenda)		G G G G G G G G G G G G G G G G			
Gestante		G G G G G G G G G G G G G G G G			
Ativa		A A A A A A A A A A A A A A A A			
Cirurgião		C C C C C C C C C C C C C C C C			
Diabete		D D D D D D D D D D D D D D D D			
DPOC		D D D D D D D D D D D D D D D D			
Hipertensão arterial		H H H H H H H H H H H H H H H H			
Obesidade		O O O O O O O O O O O O O O O O			
Rinite		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Rinossinusite		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Rinoplastia		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Rinorreia		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Rinorréia		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Rinoplastia (até 42 dias)		R R R R R R R R R R R R R R R R			
Saúde sexual e reprodutiva		S S S S S S S S S S S S S S S S			
Tabagismo		T T T T T T T T T T T T T T T T			
Uso de álcool		U U U U U U U U U U U U U U U U			
Uso de outras drogas		U U U U U U U U U U U U U U U U			
Saúde mental		S S S S S S S S S S S S S S S S			
Reabilitação		R R R R R R R R R R R R R R R R			

OUTROS PROCEDIMENTOS

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

✓ Código Sigtap, se não estiver contemplado na lista.

EXEMPLOS

03.01.10.003-9	AFERIÇÃO DE PA
03.09.05.012-0	AROMATERAPIA
03.09.05.004-9	AURICULOTERAPIA
03.09.05.013-8	CROMOTERAPIA
03.09.05.020-0	FITOTERAPIA
03.09.05.018-9	FLORAIS
03.09.05.019-7	HOMEOPATIA
03.09.05.005-7	MASSOTERAPIA
03.09.05.010-3	REIKI

PROCEDIMENTOS CONSOLIDADOS

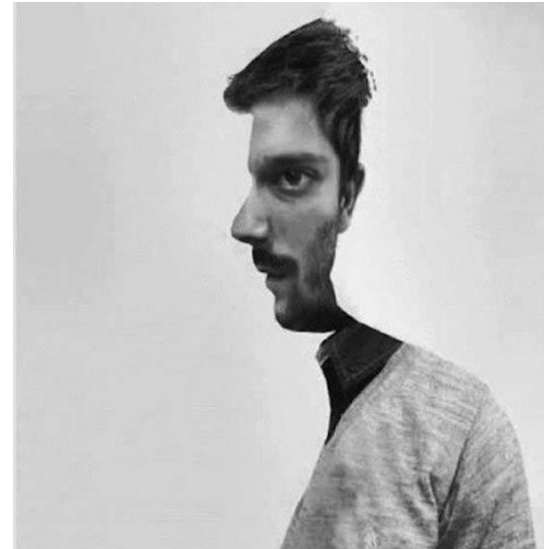
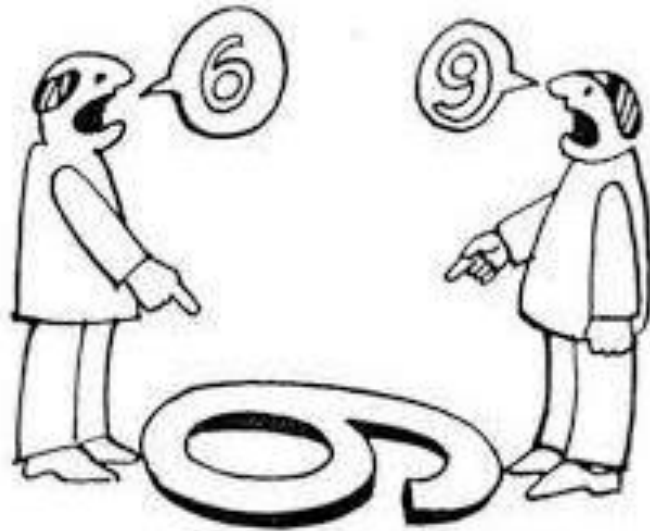
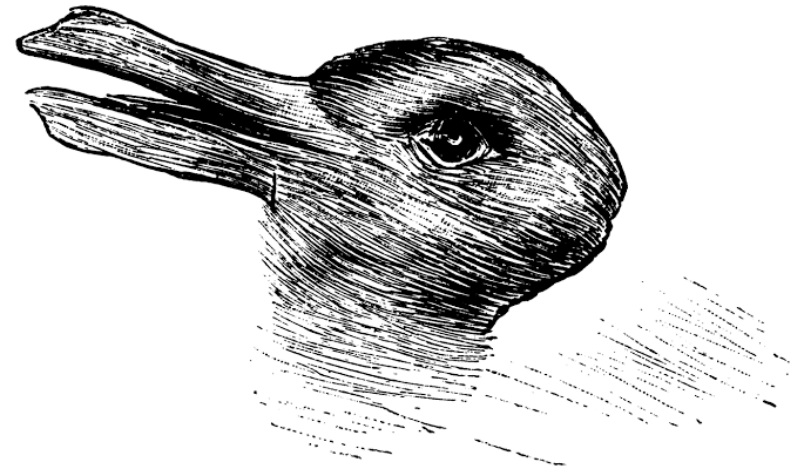
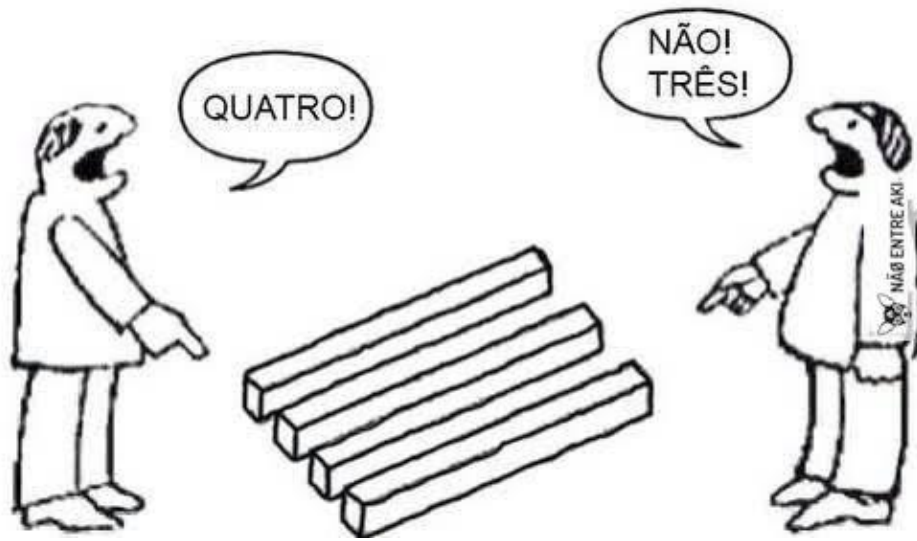
Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	0 3 3	
	Aferição de temperatura	0 1 3	
	Curativo simples	0 0 9	
	Coleta de material para exame laboratorial		
	Glicemia capilar	0 1 4	
	Medição de altura	0 5 3	
	Medição de peso	0 5 3	

Fonte: DAB/MS

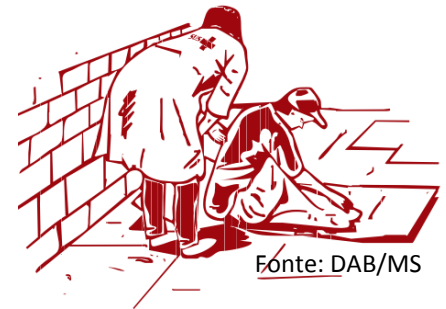
- ✓ Destina-se principalmente aos profissionais que ficam na sala de procedimentos. Ex: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
- ✓ Caso um profissional de Nível Superior faça um desses procedimentos durante o atendimento individual, **não** há necessidade de registrá-lo no bloco de procedimentos consolidados.

DINÂMICA 4



PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM

- ✓ Enfermeiros;
- ✓ Técnicos de enfermagem;
- ✓ Médicos.



LOCAL DE ATENDIMENTO

Local de Atendimento* <i>(ver legenda)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**

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

Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação

Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional
Rev - revacinação Ref - reforço R1 - 1ª reforço R2 - 2ª reforço

***Campo obrigatório**

IMUNOBIOLOGICO

BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comun. Hansen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								



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

ESTRATÉGIA

BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comun. Hansen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (**marcar X na opção desejada**)

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

Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação

Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional

Rev - revacinação Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço

***Campo obrigatório**

DOSES

BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comun. Hansen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (**marcar X na opção desejada**)

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

Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação

Doses: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional

Rev - revacinação Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço

***Campo obrigatório**

FINALIDADE

- ✓ Registrar as ações realizadas em grupo pelas equipes, conforme as necessidades do território e da própria equipe.

- ✓ **Organização:**
 - a) Azul escuro: ações para a organização do processo de trabalho da equipe;
 - b) Azul claro: ações de saúde para a população.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM



Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017



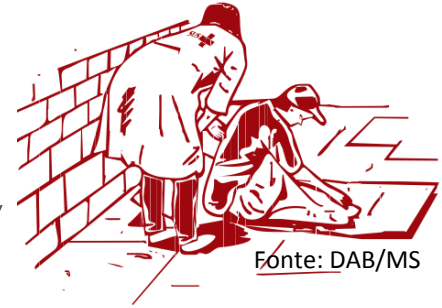
PROGRAMA
SAÚDE NA
ESCOLA



Fonte: DAB/MS

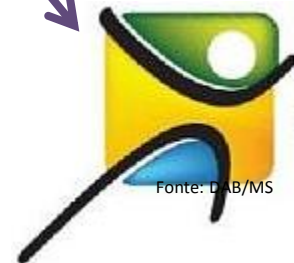


Fonte: EMAZE



Fonte: DAB/MS

**Equipes do
Sistema
Prisional**



Fonte: DAB/MS

CABEÇALHO

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	ELABORADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA: /

TURNO

TURNO:* (M) (T) (N)

PSE

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Educação Saúde

✓ Se a atividade for feita em conjunto pode assinalar os 2.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

A Saúde e a Educação Juntas no mesmo ritmo.

**CRIANÇAS E JOVENS: PARTICIPEM!
VERIFIQUE NA SUA ESCOLA SE ELA
ESTÁ INSCRITA NO PROGRAMA.**

DESGUE SAÚDE
136
Ouça o 136 em D.U.
www.saude.gov.br

Melhorar sua vida,
nosso compromisso.

SUS+

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

CENTENÁRIO DO SUL

LOCAL DE ATIVIDADES

LOCAL DE ATIVIDADE	
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)*** 	CNES
OUTRA LOCALIDADE:	

Situação	Exemplos	Observações
INEP	Identificador Nacional de Escola Pública	Preencher se atividade estiver vinculada ao PSE (tanto na escola ou fora dela)
CNES	Atividade realizada em outro estabelecimento de saúde que não o estabelecimento de origem da equipe	Ex: CAPS Imbariê
Outra	Locais existentes. Ex: igreja; Associação	Não pôr: Tamarineira; Jaqueira;

PARTICIPANTES

Nº DE PARTICIPANTES* _ _ _	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _ _ _
---------------------------------------	---

Exemplos de Avaliações alteradas:

- ✓ Para os sujeitos identificados no verso;
- ✓ Diminuição da acuidade visual;
- ✓ Obesidade, Sobrepeso ou Baixo Peso.

REUNIÕES

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

Campo	Orientações
Reunião de Equipe	Própria equipe. Ex: ESF Parada Angélica I.
Reunião com Outras Equipes	Ex: ESF Parada Angélica I + ESF Parada Angélica I , II e III; ESF Centenário + NASF I; ESF Trevo das Missões + CnR; ESF Cidade dos Meninos + NAI.
Intersectorial / Conselho Local / Controle Social	Ex: Associação de Moradores; Igreja; Escola; Conselho Tutelar

TEMAS

Tema	Orientações
Questões Administrativas / Funcionamento	Ex: Escala de Acolhimento; Escala da Campanha de Sarampo; Férias; DAC.
Processo de trabalho	Ex: Organização do Outubro Rosa; Divisão da equipe; Situações da equipe.
Diagnóstico / Monitoramento do território	Condições sanitárias; risco para Arboviroses.
Planejamento / Monitoramento	A partir de indicadores e dados epidemiológicos. Ex: PMAQ; Indicadores de cobertura vacinal.
Discussão de Casos / PTS	Ex: Montar PTS com NASF para uma família em extrema pobreza, desnutridos, condições sanitárias péssimas, crianças sem registro e abuso de drogas.
Educação Permanente	Contextualizada com as necessidades da equipe. Ex: Caso de Esporotricose.
Outros	

ATIVIDADES COM A COMUNIDADE

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

ATIVIDADES DE SAÚDE

Tema	Orientações	Identificação
Educação em saúde	Ex: “palestras”; roda de conversa; encenações; sala de espera	Não
Atendimento em grupo	Ex: Grupo de Idosos; Grupo de caminhadas;	Sim
Avaliação / Procedimento Coletivo	Ações em grupo. Ex: Avaliações antropométricas; Teste Acuidade Visual.	Sim
Mobilização Social	Redes sociais de apoio e convivência solidária Ex: Mutirão Arboviroses	Não

PÚBLICO ALVO

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	
01	Comunidade em geral
02	Criança 0 a 3 anos
03	Criança 4 a 5 anos
04	Criança 6 a 11 anos
05	Adolescente
06	Mulher
07	Gestante
08	Homem
09	Familiares
10	Idoso
11	Pessoas com doenças crônicas
12	Usuário de tabaco
13	Usuário de álcool
14	Usuário de outras drogas
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental
16	Profissional de educação
17	Outros

- ✓ Pode marcar mais de um. Ex:
Bolsa Família – Crianças,
Adolescentes e Mulheres.
- ✓ Preenchimento obrigatório de 04 a 07;
- ✓ Comunidade em geral marcar quando não possuir público específico.

TEMAS

TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	
01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>
02	Agravos negligenciados
03	Alimentação saudável
04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
05	Cidadania e direitos humanos
06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas
07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc
08	Plantas medicinais/fitoterapia
09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
10	Saúde ambiental
11	Saúde bucal
12	Saúde do trabalhador
13	Saúde mental
14	Saúde sexual e reprodutiva
15	Semana saúde na escola
16	Outros

✓ Obrigatório para 04, 05 e 07.

LEGENDA

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório ao informar lista de participantes**

*****Campo com obrigatoriedade condicionada**

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

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

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

CNS OU CPF DO CIDADÃO: _____

Nome do Cidadão*: _____

Data de nascimento*: ____/____/____ Sexo: Feminino Masculino Local de Atendimento*: _____

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

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

**Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UB5 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

- ✓ É para avaliar e registrar as práticas alimentares;
- ✓ Constitui-se como uma oportunidade para o profissional orientar sobre práticas alimentares adequadas e saudáveis;
- ✓ Permite a identificação de marcadores positivos ou negativos da alimentação;
- ✓ É dividida por grupos populacionais.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM



Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017



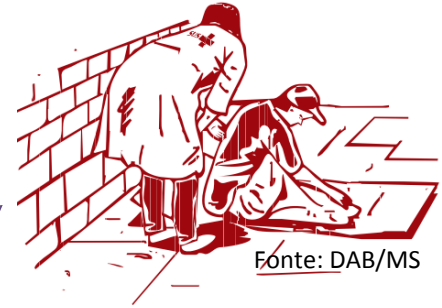
PROGRAMA
SAÚDE NA
ESCOLA



Fonte: DAB/MS

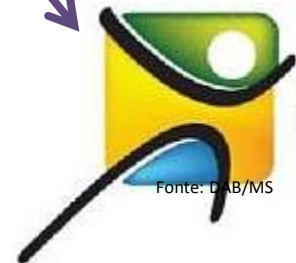


Fonte: EMAZE



Fonte: DAB/MS

**Equipes do
Sistema
Prisional**



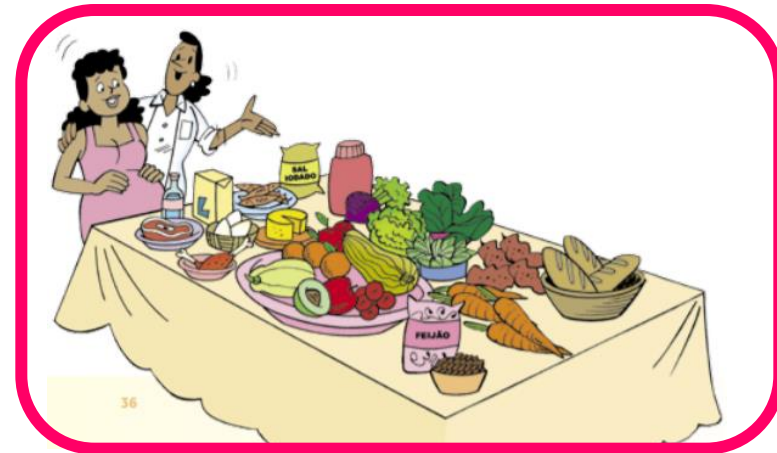
Fonte: DAB/MS

HÁBITOS NOCIVOS



POPULAÇÃO ALVO EM DUQUE DE CAXIAS


POPULAÇÃO ALVO	CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO
Crianças de 0 < 6 meses	1 ao nascer e outra até 5 meses e 29 dias
Gestante	1 avaliação até a segunda consulta



PREENCHIMENTO

ENTREVISTA	Qualquer profissional de saúde da equipe
ORIENTAÇÕES	Profissionais de Nível Superior

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO: <input type="text"/>			
Nome do Cidadão:*  Não esquecer			
Data de nascimento:*	/	/	Sexo:* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
			Local de Atendimento:* <input type="text"/>

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

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



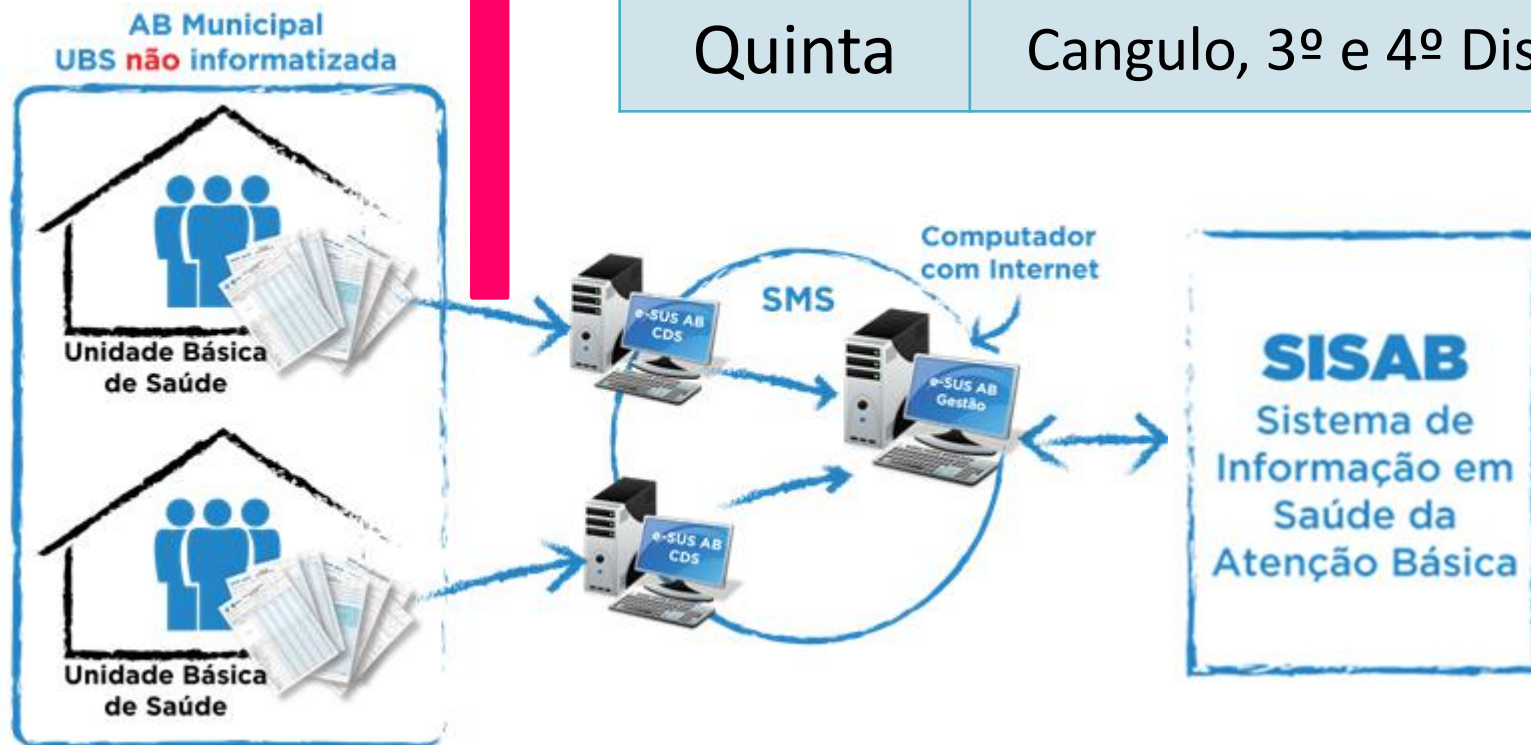
GESTANTES

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



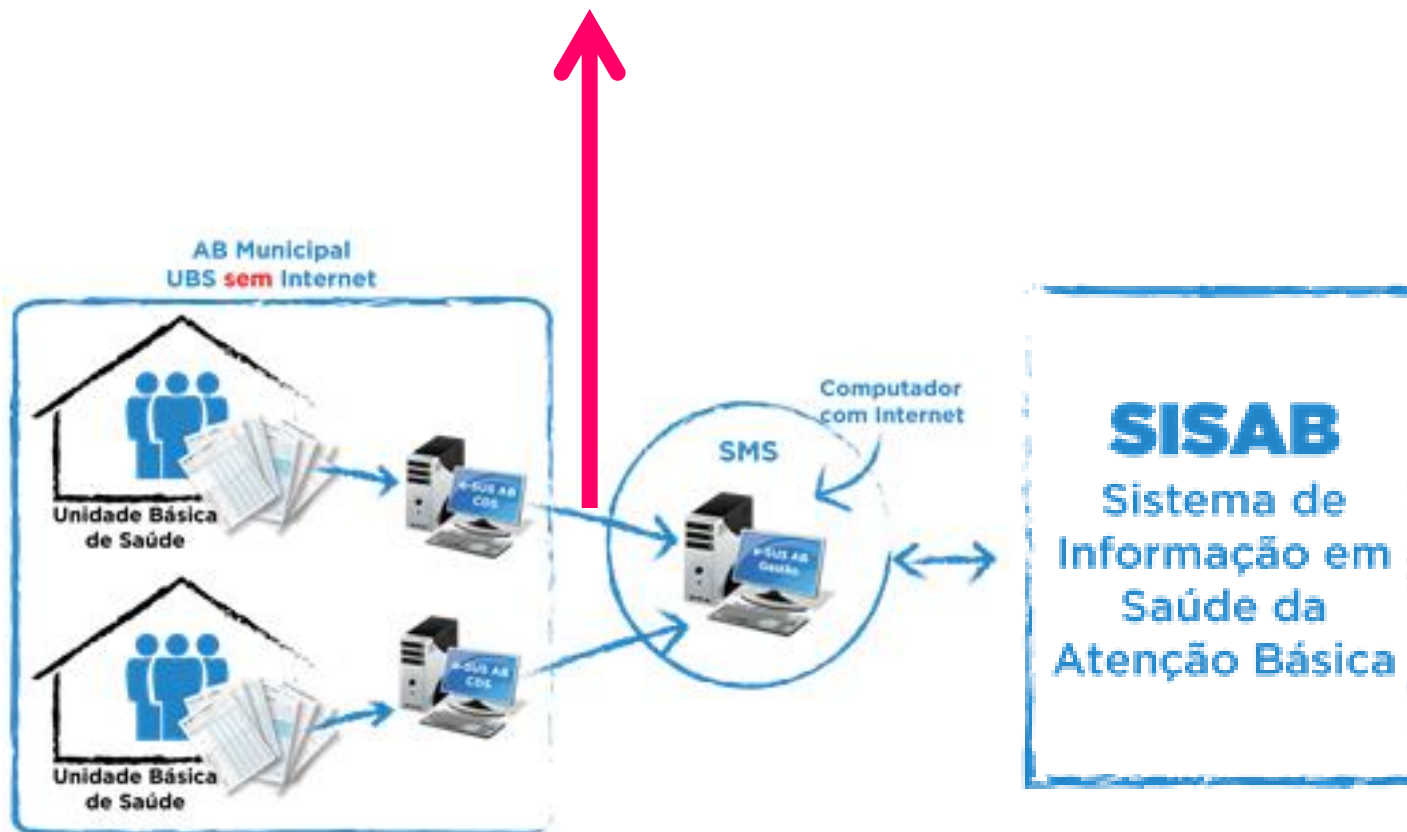
DIGITAÇÃO CENTRALIZADA

Segunda	1º Distrito
Terça	1º e 2º Distritos
Quarta	3º Distrito
Quinta	Cangulo, 3º e 4º Distritos



DIGITAÇÃO DESCENTRALIZADA

- ✓ N° de unidades:
- ✓ Os dados são recolhidos 1x/mês.



O TEMPO...



“Eu vejo um museu de grandes novidades, o tempo não para...”

Cazuza.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 3.2 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



OBRIGADA



Contatos do Núcleo de Planejamento/DAB/SMS:

E-mail: np.dap.sms@gmail.com

Telefone: 2773-6314