



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

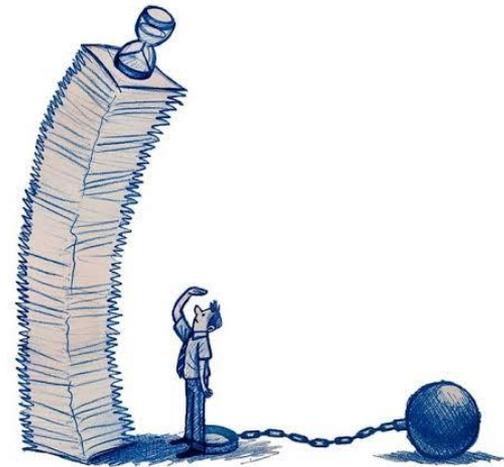


SISTEMA DE INFORMAÇÃO e-SUS/AB: ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA ESF



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;
```

The diagram illustrates the objectives of an information system. It starts with a central box labeled 'OBJETIVOS' (Objectives). From this box, four arrows point to the following actions: 'Coletar' (Collect), 'Processar' (Process), 'Transmitir' (Transmit), and 'Disseminar' (Disseminate). A large red arrow then points from the right side of these four actions to the final outcome, 'Dados' (Data).

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 bold 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

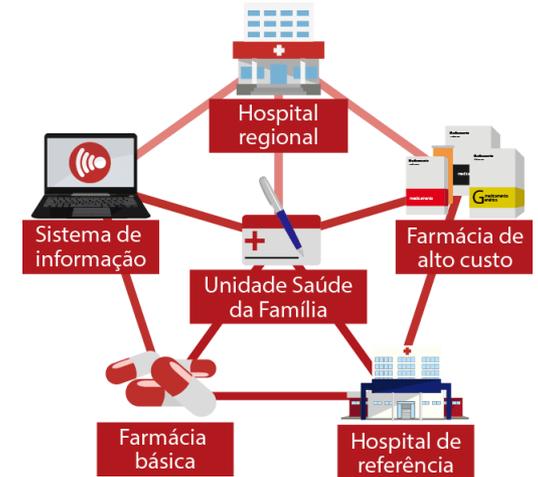
Individualizar o registro



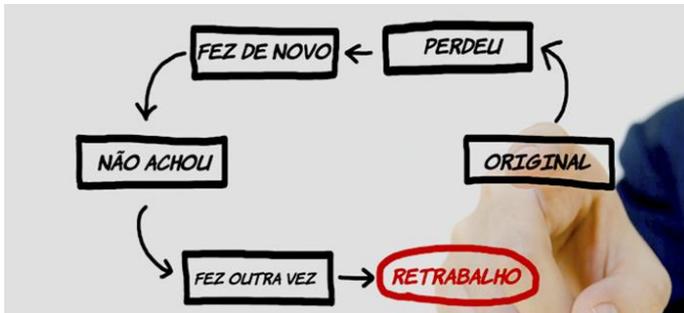
Integrar a informação



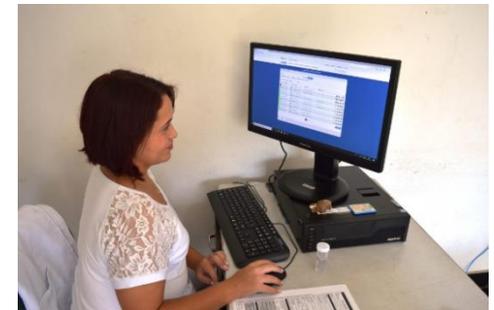
Integrar os serviços



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%

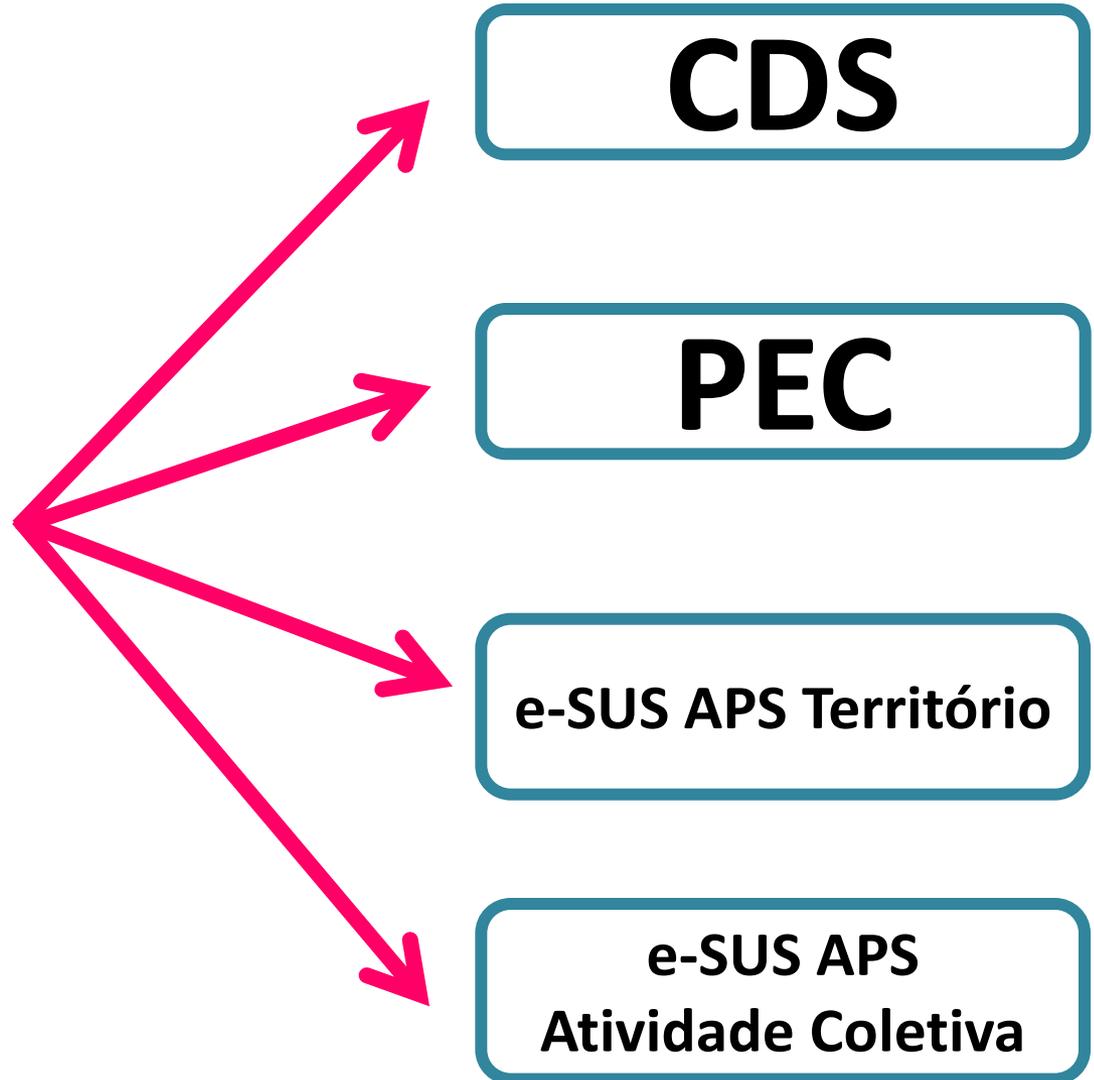


SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE DADOS

SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



Fonte: DAB/MS



LINHA HISTÓRICA



2011:
Reestruturação
do SIAB



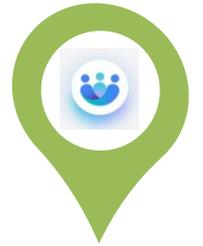
2013:
e-SUS APS
CDS (Maio)



2013:
PEC
(Agosto)



2016:
e-SUS APS
Território



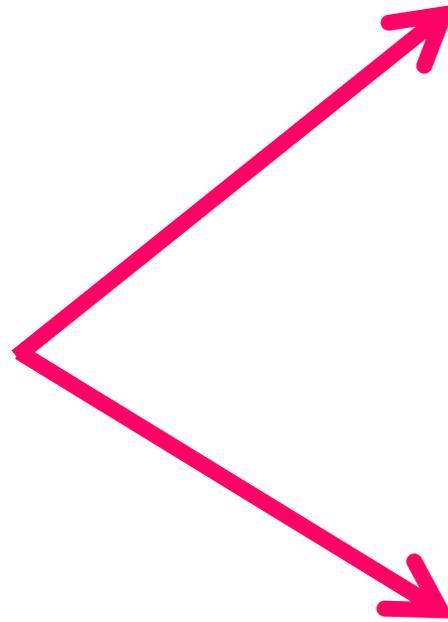
2018:
e-SUS APS
Ativ. Coletiva

SOFTWARES USADOS NO MUNICÍPIO

SAÚDE
SISTEMA E-SUS
Atenção Básica



Fonte: DAB/MS

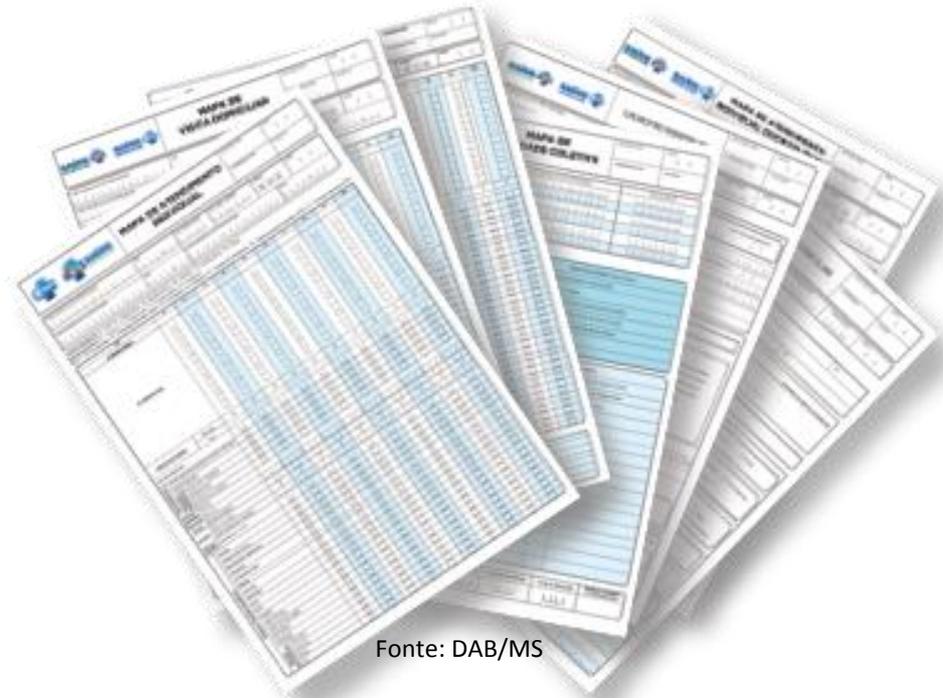


CDS

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)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atensão domiciliar*		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Racionalidade em saúde* (ver legenda)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Avaliação antropométrica*		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Vacinação em dia*		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Criança		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Gestante		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Problemas/Crônicos*		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

- ✓ 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



Fonte: DAB/MS

**Profissionais de
Nível Superior**



Fonte: DAB/MS

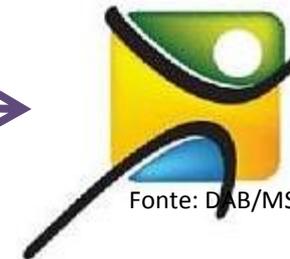


Fonte: ALAGOAS, 2017



Fonte: DEPOSITPHOTOS

Exceto Dentistas



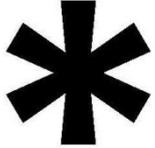
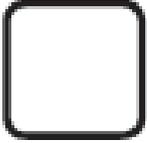
Fonte: DAB/MS

**Equipes de
Atenção Básica
do Sistema
Prisional**



Fonte: DAB/MS

OBSERVAÇÕES

	Campo de preenchimento obrigatório
	Opção única
	Opção múltipla

CABEÇALHO

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

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)
Nº PRONTUÁRIO		01171												
Tatiane Oliveira Enfermeira COREN RJ: 172.371 _____ CNS OU CPF DO CIDADÃO	CNS													
	CPF													
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)											

Prontuário em DC:

017
01
171

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ATENDIMENTO

* Local de atendimento* <i>(ver legenda)</i>	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

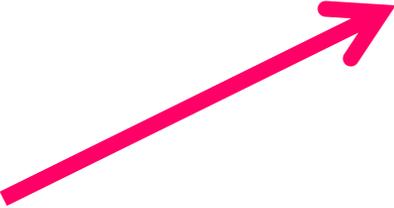
1	Exclusivo
2	Predominante
3	Complementado
4	Inexistente

GESTANTE

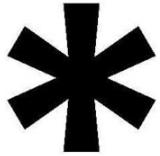
Gestante	DUM	Dia/Mês	09 / 02	/	
		Ano	2020		
	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (semanas)	3	4		
	Gestas Prévias/Partos	2 / 1	/		

Fonte: DAB/MS

Ex: G3 P1 A1



PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA

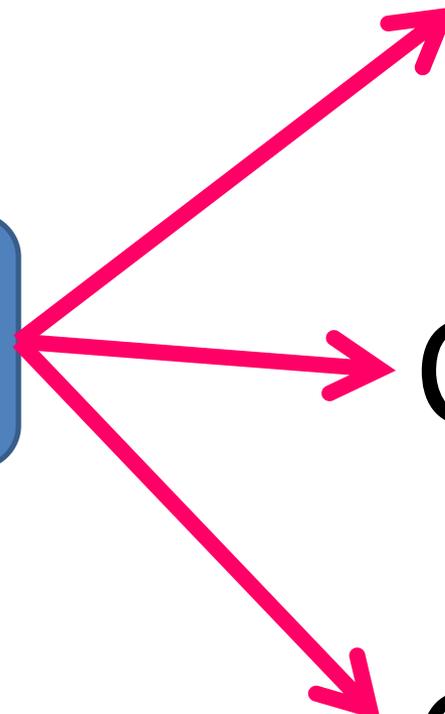


PROBLEMA OU
CONDIÇÃO AVALIADA

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)	Colesterol 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:	<input type="text" value="02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica"/>
Sub-Grupo:	<input type="text" value="02 - Diagnóstico em laboratório clínico"/>
Forma de Organização:	<input type="text" value="04 - Exames coprológicos"/>
Código:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>

Origem

Código:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
---------	----------------------	-------	----------------------

Documento de Publicação

Documento:	<input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
Ano:	<input type="text"/>	Orgão:	<input type="text"/>

Competência

Competência:	<input type="text" value="03/2017"/>
--------------	--------------------------------------



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

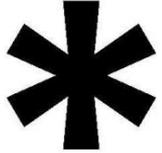
NASF/POLO

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"/>	

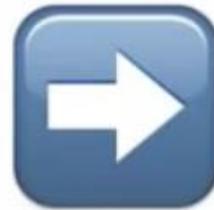
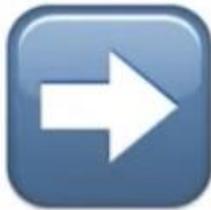
CONDUTA/DESFECHO

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



PROCEDIMENTOS

 FICHA DE PROCEDIMENTOS		DIGITADO POR:	DATA:											
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:											
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*											
		INE*	DATA*											
			/ /											
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO*														
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	<input type="radio"/>													
Local de atendimento*	<input type="checkbox"/>													
Escola inicial/orientação	<input type="checkbox"/>													
Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>													
Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>													
Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>													
Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>													
Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>													
Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>													
Curativo especial	<input type="checkbox"/>													
Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>													
Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>													
Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>													
Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>													
Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>													
Exérese/biopsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>													
Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>													
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>													
Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>													
Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>													
Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>													
Sutura simples	<input type="checkbox"/>													
Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>													
Teste do olho (TRV)	<input type="checkbox"/>													
Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>													
De gravidez	<input type="checkbox"/>													
Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>													
Para HIV	<input type="checkbox"/>													
Para hepatite C	<input type="checkbox"/>													
Para sífilis	<input type="checkbox"/>													
Oral	<input type="checkbox"/>													
Intramuscular	<input type="checkbox"/>													
Endovenosa	<input type="checkbox"/>													
Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>													
Tópica	<input type="checkbox"/>													
Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>													
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>													

✓ Utilizada para a coleta de dados sobre a realização de procedimentos ambulatoriais.

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)													
Nº PRONTUÁRIO															
CNS OU CPF DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(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.

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"/>												
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

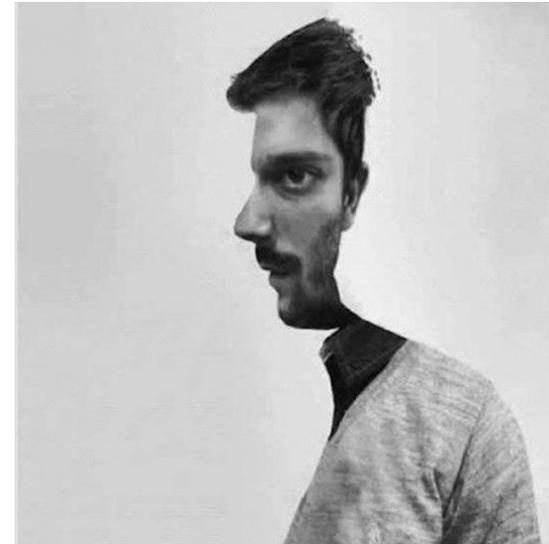
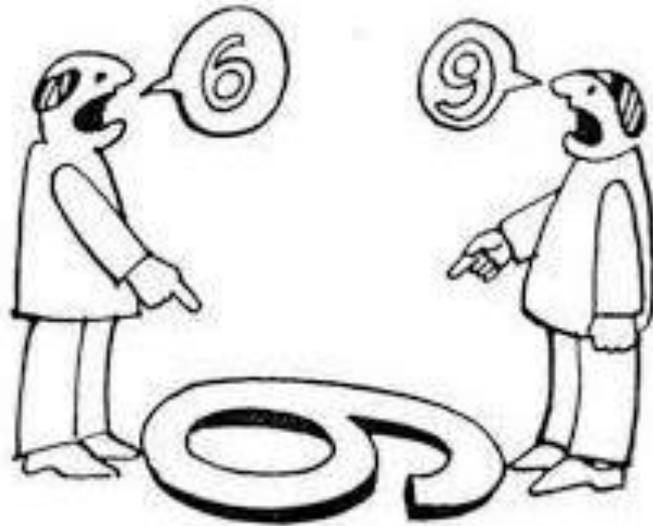
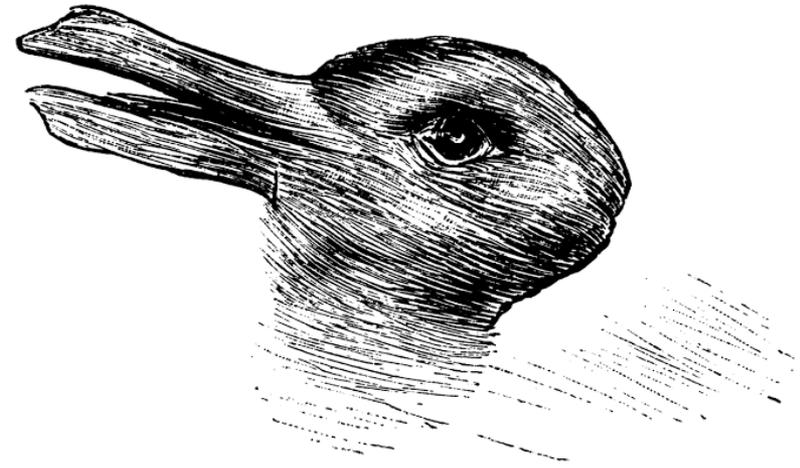
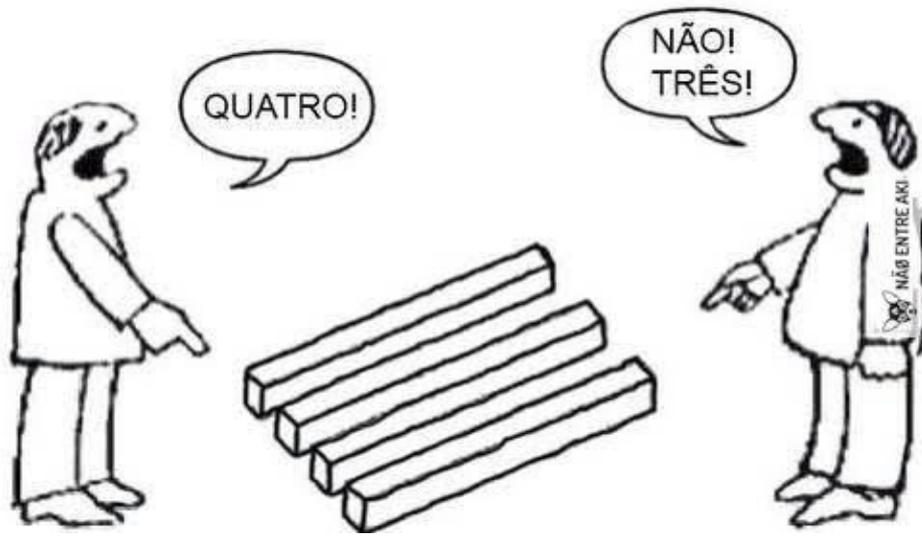
Procedimentos consolidados

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



FICHA DE VACINAÇÃO

		FICHA DE VACINAÇÃO				DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____			
		CONFERIDO POR: _____				FOLHA Nº: _____			
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* _____		CBO* _____		CNES* _____		INE* _____		DATA* ____/____/____	
Nº TURNO		1	2	3	4	5	6	7	8
Nº PRONTUÁRIO		○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○
CNS OU CPF DO CIDADÃO		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Data de nascimento*		Dia / mês / /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
Local de Atendimento* (ver legenda)									
SITUAÇÃO DE CONDIÇÃO*	Gestante	<input type="checkbox"/>							
	Puerpera	<input type="checkbox"/>							
	Viajante	<input type="checkbox"/>							
IMUNIZADO CIDADÃO*	BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>						
		Dose	<input type="checkbox"/>						
		Comun. Hansen.	<input type="checkbox"/>						
		Lote							
	Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>						
		Dose	<input type="checkbox"/>						
		Lote							
		Fabricante							
	Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>						
		Dose	<input type="checkbox"/>						
		Lote							
		Fabricante							
VIP	Estratégia	<input type="checkbox"/>							
	Dose	<input type="checkbox"/>							
	Lote								
	Fabricante								
Pneumocócica 10V (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>							
	Dose	<input type="checkbox"/>							
	Lote								
	Fabricante								
Rotavírus humano	Estratégia	<input type="checkbox"/>							
	Dose	<input type="checkbox"/>							
	Lote								
	Fabricante								
Meningocócica C (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>							
	Dose	<input type="checkbox"/>							
	Lote								
	Fabricante								
Febre amarela	Estratégia	<input type="checkbox"/>							
	Dose	<input type="checkbox"/>							
	Lote								
	Fabricante								

É utilizada para registro de informações das vacinas aplicadas na rotina, campanhas ou demais estratégias realizadas na Atenção Básica.

Identifica as vacinas que foram aplicadas no cidadão, assim como o profissional que a realizou.

PROFISSIONAIS QUE PREENCHEM

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



IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL



FICHA DE VACINAÇÃO

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

____-____

/ /



Dados do Profissional que aplicou a vacina

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

OUTROS IMUNOBIOLOGICOS

- ✓ Para outros imunobiológicos não constantes na listagem (até cinco por ficha), como vacinas especiais, soros e Imunoglobulinas.
- ✓ Descrevê-los a partir da sua nomenclatura oficial disponibilizada pela CGPNI.

OUTROS IMUNOBIOLOGICOS	_____	Estratégia	<input type="checkbox"/>						
		Dose	<input type="checkbox"/>						
		Lote							
		Fabricante							
	_____	Estratégia	<input type="checkbox"/>						
		Dose	<input type="checkbox"/>						
		Lote							
		Fabricante							
	_____	Estratégia	<input type="checkbox"/>						
		Dose	<input type="checkbox"/>						
		Lote							
		Fabricante							
	_____	Estratégia	<input type="checkbox"/>						
		Dose	<input type="checkbox"/>						
		Lote							
		Fabricante							
_____	Estratégia	<input type="checkbox"/>							
	Dose	<input type="checkbox"/>							
	Lote								
	Fabricante								

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

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

TURNO.* <input type="radio"/> Manhã <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		_____	_____
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES	_____	_____
_____	_____	_____	_____
OUTRA LOCALIDADE:		_____	_____
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

ATIVIDADE (opção única)*	
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em grupo
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização social

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 obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01	Antropometria
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03	Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04	Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05	Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06	PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07	PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08	PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09	Familiares	<input type="checkbox"/> 09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09	PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10	Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11	Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12	Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13	Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13	Outros
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14	Outro procedimento coletivo
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15	Semana saúde na escola		Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				

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



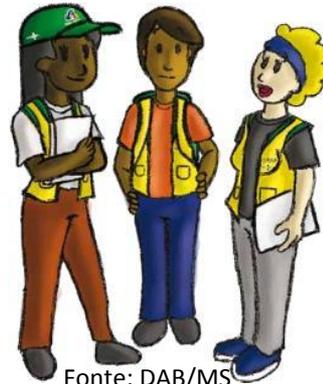
Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017



PROGRAMA
SAÚDE NA
ESCOLA



Fonte: DAB/MS

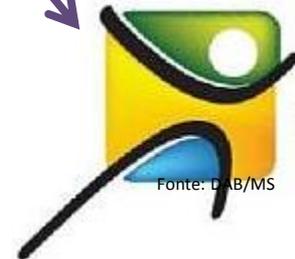


Fonte: EMAZE



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 24h
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

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.

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nº	CNS DO CIDADÃO*** <small>CNS</small> <small>OP</small>	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	(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"/>

- ✓ Se a atividade for uma avaliação antropométrica, preencher Peso e Altura. Ex: Bolsa Família; SISVAN.
- ✓ Acuidade Visual: Anotar só as avaliações alteradas.

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			
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Mingau	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços	<input type="radio"/> Amassada	<input type="radio"/> Passada na peneira	<input type="radio"/> Liquidificada	<input type="radio"/> Só o caldo	<input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerrum, 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 (boi, 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				
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	
<i>Ontem, você consumiu:</i>							
Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				

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

*Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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

08 - Instituição/Abriço 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



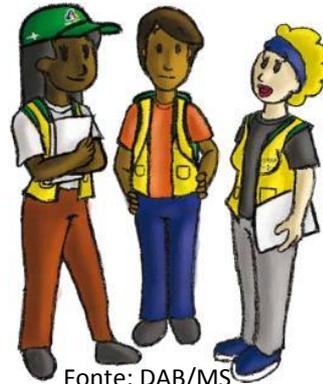
Fonte: DAB/MS



Fonte: ALAGOAS, 2017



**PROGRAMA
SAÚDE NA
ESCOLA**



Fonte: DAB/MS

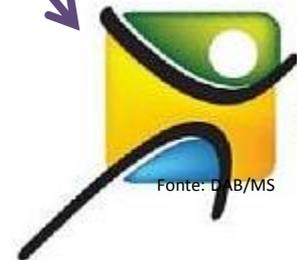


Fonte: EMAZE



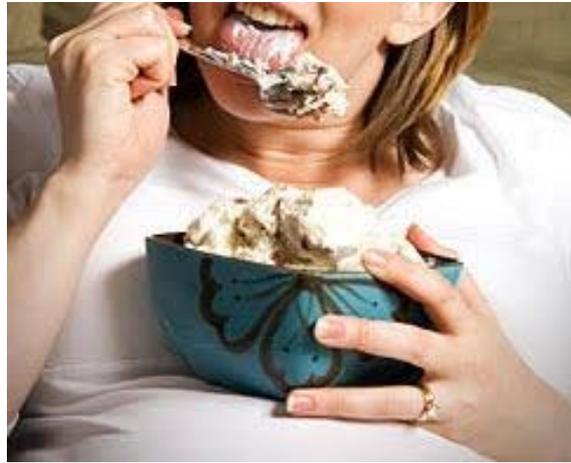
Fonte: DAB/MS

**Equipes do
Sistema
Prisional**



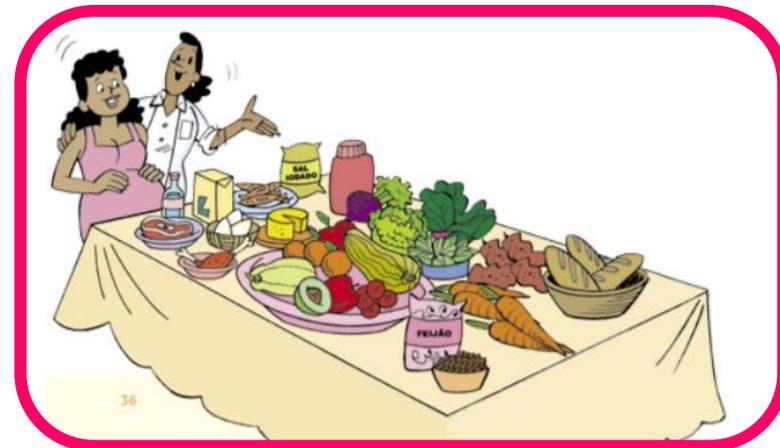
Fonte: DAB/MS

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:*

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



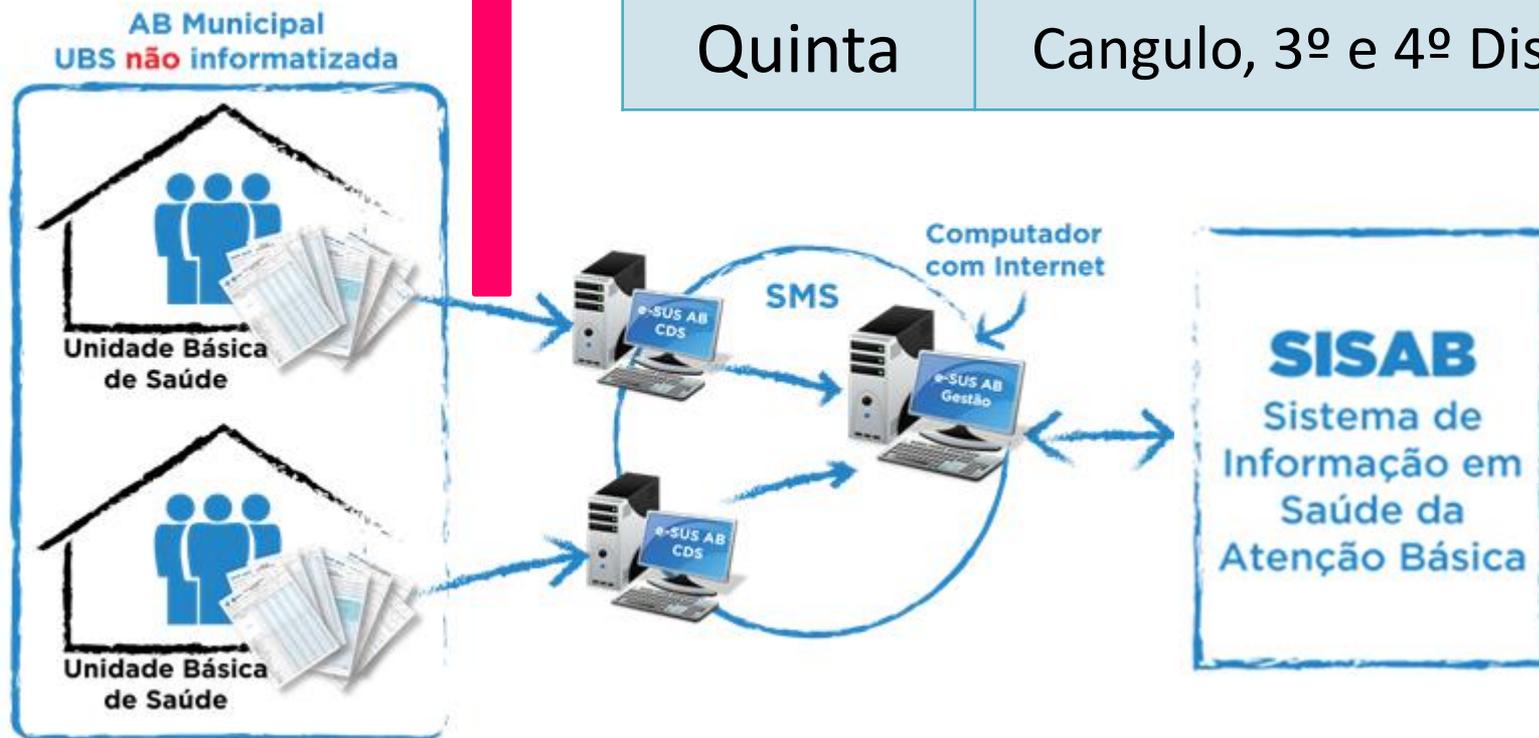
GESTANTES

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				



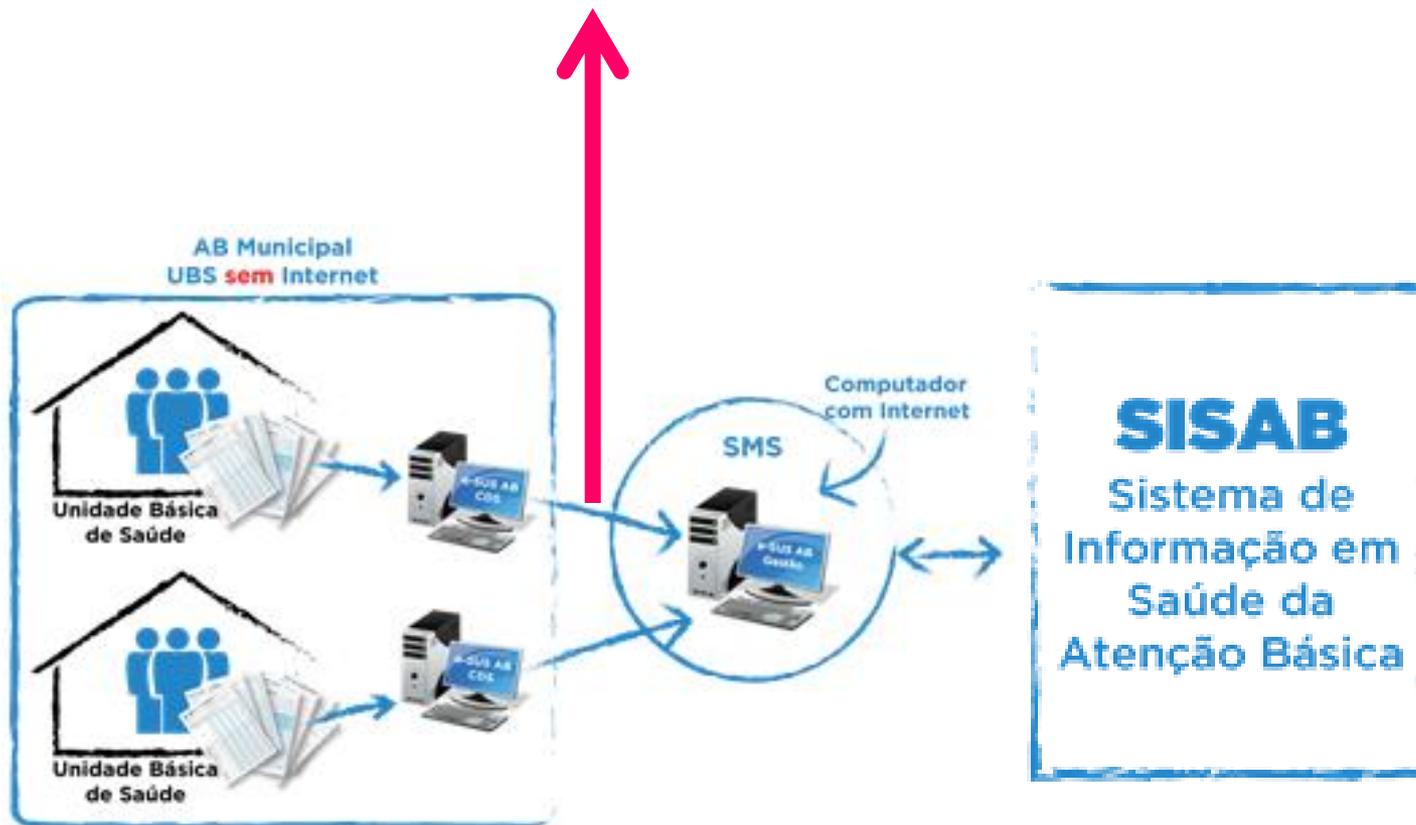
DIGITAÇÃO CENTRALIZADA

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