

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## **e-SUS Atenção Básica**

# **MANUAL DO SISTEMA COM COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA – CDS** (versão 1.3)

Versão Preliminar

**Brasília – DF  
2014**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Secretaria-Executiva

## **e-SUS Atenção Básica**

# **MANUAL DO SISTEMA COM COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA – CDS (versão 1.3)**

Versão Preliminar

**Brasília – DF  
2014**

© 2014 Ministério da Saúde.

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

Tiragem: 1ª edição – 2014 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações*

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

Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Editor Geral*  
Eduardo Alves Melo

*Coordenação Técnica Geral*  
Allan Nuno Alves de Sousa  
Celio Luiz Cunha

*Editor Técnico*  
Thaís Alessa Leite  
Vanessa Lora  
Virgínia Maria Dalfior Fava

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

*Autoria*  
Adriana Kitajima  
Aliadne Castorina Soares de Sousa  
Cristiane Reis Soares Medeiros  
Daniel Miele Amado  
Edson Hilan Gomes de Lucena  
Fernando Henrique de Albuquerque Maia (SMS-Salvador)  
Ludmilla Monfort (SES-BA)  
Olivia Lucena de Medeiros

Patricia Sampaio Chueiri  
Paulo Tomaz Fleury-Teixeira (IASIN)  
Rodrigo André Cuevas Gaete  
Sara Araújo da Silva  
Sílvia Reis  
Thaís Alessa Leite  
Tiago Pires de Campo  
Vinícius Lana Ferreira (IASIN)

*Colaboração*  
Ana Luisa Souza de Paiva  
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz  
Claudia Barros  
Dalila Tusset  
Daniela Corina Komives  
Debora Splading Verdi  
Eduardo Alves Melo  
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti  
Fernanda Ferreira Marcolino  
Flaviana Bezerra de Castro Alves  
Igor de Carvalho Gomes  
Isabel Emilia  
Janaina Calu Costa  
José Eudes Barroso Vieira  
José Santos Souza Santana (FESF-BA)  
Larissa Pimentel  
Marcelo Pedra Martins Machado  
Marina Manzano Capeloza Leite  
Pauline Cristine da Silva Cavalcanti  
Paulo Henrique Gomes da Silva  
Priscila Mara Anjos Nunes  
Rimena Glaucia Dias de Araujo  
Roberta Rehem de Azevedo  
Vanessa Lora  
Virgínia Maria Dalfior Fava

*Capa e Projeto Gráfico*  
Alexandre Soares de Brito  
Diogo Ferreira Gonçalves

*Revisão*  
Thaís Alessa Leite  
Vanessa Lora  
Virgínia Maria Dalfior Fava

*Normalização*  
Marjorie Fernandes Gonçalves

*Diagramação*  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Ficha Catalográfica

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

e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

xx p.

Modo de acesso: <>

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

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0360

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
AD – Atenção Domiciliar  
CadSUS – Cadastro Nacional do SUS  
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações  
CDS – Coleta de Dados Simplificada  
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CnaR – Consultório na Rua  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DUM – Data da Última Menstruação  
ECR- Equipe de Consultório na Rua  
ESF- Estratégia Saúde da Família  
ESP- Equipe de Saúde no Sistema Prisional  
HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INE – Identificador Nacional de Equipes  
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Matrícula Censo Escolar 1997/2013)  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NIS – Número de Identificação Social  
PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público  
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PIS – Programa de Integração Social  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNIIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde  
PNRA – Programa Nacional de Reforma Agrária  
PSE – Programa Saúde na Escola  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS  
SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
1. INTRODUÇÃO .....	7
2. CADASTRO DA ATENÇÃO BÁSICA .....	9
2.1 Cadastro Domiciliar.....	9
2.2 Cadastro Individual .....	22
3 FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL.....	40
4 FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL.....	56
5 FICHA DE PROCEDIMENTOS .....	67
6 FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA .....	74
7 FICHA DE VISITA DOMICILIAR.....	83
8 ORIENTAÇÕES PARA USO DO NASF, eCR e ACADEMIA DA SAÚDE .....	91
8.1 Orientações para uso do Nasf.....	92
8.2 Orientações para uso do Consultório na Rua.....	96
REFERÊNCIAS.....	102
ANEXOS .....	104
Anexo A – Cadastro Domiciliar .....	104
Anexo B – Cadastro Individual.....	105
Anexo C – Ficha de Atendimento Individual.....	107
Anexo D – Ficha de Atendimento Odontológico Individual.....	109
Anexo E – Ficha de Procedimentos .....	111
Anexo F – Ficha de Atividade Coletiva .....	113
Anexo G – Ficha de Visita Domiciliar .....	115
Anexo H – Tipos de Logradouro .....	116
Anexo I – Lista de Unidades da Federação .....	117
Anexo J – Lista de Povos e Comunidades Tradicionais.....	118

Anexo K – Critérios de Elegibilidade de Atenção Domiciliar .....	119
Anexo L – Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) .....	121

## APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

---

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

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

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

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

Outro avanço do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas por todas as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe de Consultório na Rua (CnaR), equipes da Atenção Domiciliar (AD), assim como as ações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, no Programa Academia da Saúde e desenvolvidas pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP).

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

# 1. INTRODUÇÃO

A Coleta de Dados Simplificada (CDS) é um dos componentes da estratégia e-SUS AB, sendo utilizada principalmente nos serviços de saúde que não dispõem de sistema informatizado para utilização rotineira no trabalho. É composta por sete fichas para o registro de informações (Figura 1), divididas em quatro blocos. São elas: ficha de cadastro do domicílio e do indivíduo, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar.

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

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

Figura 1 – Distribuição das fichas CDS/e-SUS AB



Fonte: DAB/MS, 2014.

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

## 2. CADASTRO DA ATENÇÃO BÁSICA

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

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

O cadastro da AB está organizado em duas dimensões: domiciliar e individual.

### **NOVOS CONCEITOS!**

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

### 2.1 Cadastro Domiciliar

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

---

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



## Quadro 2 – Identificação e controle de cadastro

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL *	Preencha o número do cartão nacional do SUS do profissional que realizou o cadastro, contido no CNES.
CÓD. CNES UNIDADE*	Preencha o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.
CÓD. INE EQUIPE *	Preencha o código do Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Este campo não é obrigatório para as equipes que não tem INE, a exemplo das equipes tradicionais de AB.
MICROÁREA	Escreva o código de identificação da microárea onde está situado o domicílio cadastrado.
DATA*	Anote a data em que ocorreu o cadastro do domicílio.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### Bloco de identificação do domicílio

Nesse bloco, é registrado o endereço do domicílio localizado na área de atuação da equipe, e telefones para contato. Para pessoas ou famílias em situação de rua, esses campos devem ser preenchidos com o endereço do local de permanência deles. Os campos de identificação do domicílio são compatíveis com os dados do CadSUS, conforme descrito no Manual de Operações do CadSUS<sup>6</sup>.

Figura 4 – Bloco de identificação do domicílio

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

### Quadro 3 – Identificação do domicílio

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
TIPO DE LOGRADOURO	Escreva o tipo de logradouro conforme opções fornecidas pelos correios (Rua, Avenida etc.). Vide Anexo H.
NOME DO LOGRADOURO*	Escreva o nome do logradouro em que o indivíduo reside ou permanece, no caso de pessoa em situação de rua.
Nº*	Escreva o número da casa ou apartamento. Campo numérico ou “S/N” caso sem número.
COMPLEMENTO	Escreva o complemento do endereço. Pode ser preenchido com o nome e números (alfanumérico) do edifício ou algum outro dado que não se

<sup>6</sup> Disponível em: <<https://cadastro.saude.gov.br/cadsusweb/manual.pdf>>.

	enquadre nos outros campos.
BAIRRO*	Escreva o bairro em que o usuário reside atualmente. Pode ser preenchido com nomes e números (alfanumérico).
MUNICÍPIO*	Escreva o nome da cidade em que o usuário reside atualmente. Informações conforme tabela do <i>site</i> do IBGE (disponível em: < <a href="http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1">http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1</a> >).
UF*	Escreva o Estado de residência do cidadão conforme IBGE. Vide Anexo I.
CEP*	Escreva o Código de Endereçamento Postal da residência. Campo numérico no formato 99.999-999.
TELEFONE DE RESIDÊNCIA	Anote o número do telefone fixo com DDD (Discagem Direta a Distância) do município em que o usuário reside.
TELEFONE DE REFERÊNCIA	Anote o número do telefone com DDD do município em que o usuário pode ser encontrado mais facilmente. A preferência é que seja um telefone fixo ou contato próximo ao domicílio. Caso não possua, o campo deverá ficar em branco. O telefone celular deverá ser preenchido no cadastro individual. Evitar telefones de empresa, que são trocados com frequência.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### **Bloco de condições de moradia**

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

Figura 5 – Bloco condições de moradia

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

**SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA:** O preenchimento desse campo informa a situação de propriedade do domicílio. Deverá ser assinalada uma das opções que o bloco apresenta obrigatoriamente.

Quadro 4 – Situação de moradia/posse da terra\*

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

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

LOCALIZAÇÃO: Deverá ser assinalada uma das opções oferecidas obrigatoriamente.

Quadro 5 – Localização\*

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## TIPO DE DOMICÍLIO

Quadro 6 – Tipo de domicílio

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

PARA ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: preencher informações sobre a condição de posse e uso da terra.

Quadro 7 – Condições de posse/uso da terra em área de produção rural

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## NÚMERO DE MORADORES E CÔMODOS

Quadro 8 – Quantidade de moradores e cômodos

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

	não residenciais como garagens, depósitos etc.” (IBGE, 1994). Investiga-se aqui, com a variável de número de moradores, a relação de cômodos por moradores do domicílio.
--	--

Fonte: DAB/MS, 2014.

**TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO:** refere-se ao principal tipo de pavimentação ou vias de acesso para se chegar ao logradouro que dá acesso ao domicílio, podendo ser:

Quadro 9 – Acesso ao domicílio

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

Quadro 10 – Material predominante na construção das paredes externas do domicílio

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ALVENARIA/TIJOLO COM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe (tijolo grande e cru feito de terra argilosa, seco ao sol) e/ou pedra, recobertos por reboco, cerâmica, azulejo, granito, mármore, metal, vidro, lambris (revestimento de madeira ou mármore) etc. (BRASIL, 2010a).
ALVENARIA/TIJOLO SEM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe e/ou pedra sem qualquer tipo de revestimento (BRASIL, 2010a).
TAIPA COM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, estuque (massa preparada com gesso, água e cola) ou pau a pique (técnica que consiste no entrelaçamento de madeiras verticais fixadas no solo, com vigas horizontais, geralmente de bambu, amarradas entre si por cipós, dando origem a um grande painel perfurado que, após ter os vãos preenchidos com barro, se transforma em parede), revestidas por qualquer tipo de material (BRASIL, 2010a).
TAIPA SEM REVESTIMENTO	Domicílio feito predominantemente de paredes não revestidas constituídas de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, tabique, estuque, pau

	a pique etc. (BRASIL, 2010a).
MADEIRA APARELHADA	Domicílio feito predominantemente de qualquer tipo de madeira que foi trabalhada (industrializada), ou seja, preparada para construir paredes (BRASIL, 2010a).
MATERIAL APROVEITADO	Domicílio construído a partir de reciclagem de materiais de construção, como tijolos, telhas, vigas, barras, compensados, podendo utilizar também materiais dispensados e/ou inutilizados provenientes de outras fontes como lonas, papelão, garrafas, latas etc. (definição própria).
PALHA	Domicílio com as paredes feitas de sapé, folha ou casca de vegetal (BRASIL, 2010a).
OUTRO MATERIAL	Quando o material utilizado não se enquadra em nenhuma das categorias acima.

Fonte: DAB/MS, 2014.

**DISPONIBILIDADE DE ENERGIA ELÉTRICA:** informa a existência de energia elétrica no domicílio. Marque com um X na opção escolhida.

**ABASTECIMENTO DE ÁGUA:** informa a existência de água canalizada no domicílio e a sua procedência, podendo ser:

Quadro 11 – Abastecimento de água

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU DO SANITÁRIO

Quadro 12 – Forma de escoamento do banheiro/sanitário

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

Quadro 13 – Tratamento de água

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
FILTRAÇÃO	A água por um leito filtrante constituído por saibro, areia com granulometria variável, ou outras matérias porosas, com o objetivo de reter microrganismos e impurezas.
FERVURA	Aquecimento da água até o ponto de ferver, por pelo menos, 5 minutos.
CLORAÇÃO	Adição de cloro ou de outros produtos desinfetantes e/ou bactericidas. Tem como finalidade a eliminação dos microrganismos ainda existentes.
SEM TRATAMENTO	Marque esta opção quando não for referido nenhum tratamento de água realizado no domicílio.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## DESTINO DO LIXO

Quadro 14 – Destinação dada ao lixo

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
COLETADO	Quando o lixo do domicílio for coletado diretamente por serviço ou empresa pública ou privada, ou ainda quando for depositado em caçamba, tanque ou depósito, fora do domicílio, para então ser coletado por serviço ou empresa pública ou privada (BRASIL, 2010b).
QUEIMADO/ENTERRADO	Quando o lixo do domicílio for queimado ou enterrado no terreno ou na propriedade onde se localiza o domicílio (BRASIL, 2010b).
CÉU ABERTO	Quando o lixo do domicílio é jogado a céu aberto em lugares como terrenos baldios, logradouros públicos, margens de rio, lago ou mar (BRASIL, 2010b).
OUTRO	Quando o lixo tiver outro destino que não se enquadre em nenhuma das categorias acima.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### Bloco animais no domicílio

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

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

Figura 6 – Animais no domicílio

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Sim  Não

QUAL(ES)?

Gato  Cachorro  Pássaro  De Criação (porco, galinha...)  Outros

Quantos: \_\_\_\_\_

Fonte: DAB/MS, 2014.

## Bloco de identificação de famílias/núcleos familiares

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

No Cadastro da Atenção Básica, o **núcleo familiar ou família** corresponde à unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por ela, todas moradoras de um mesmo domicílio. Para cada núcleo familiar, deve-se informar um **responsável familiar**. A definição deste responsável familiar é feita pela própria família, sendo, preferencialmente, morador deste domicílio e integrante desta unidade familiar (independentemente se há algum grau de parentesco), com idade superior a 16 anos.

Figura 7 – Bloco de identificação de famílias/núcleos familiares

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 15 – Identificação de famílias/núcleos familiares

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Coloque o número do prontuário familiar no estabelecimento de saúde. Tem a finalidade de relacionar os dados do cadastro com as informações da família no estabelecimento de saúde.
Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	O campo deve ser preenchido com o número do CadSUS do responsável pela família, no domicílio (definição no texto acima).
DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	Anote a data de nascimento do responsável, ela servirá para a verificação do Cartão Nacional de Saúde do usuário do cartão, preenchida no formato dia/mês/ano.
RENDA FAMILIAR	Marcar a opção, em salários mínimos, que representa a soma da renda de todos os membros da família.
NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	Anote a quantidade de indivíduos do mesmo núcleo familiar que moram no domicílio.
RESIDE DESDE	Coloque a data em que o núcleo familiar passou a residir nesse domicílio (mudou-se para o domicílio), preenchida no formato

	mês/ano. Não tendo a informação do mês, preencher somente o ano.
MUDOU-SE	Marque esse campo caso a família tenha mudado do domicílio – <b>Campo Novo.</b>

Fonte: DAB/MS, 2014.

### **ATENÇÃO!**

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

### **Termo de Recusa**

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

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

### **IMPORTANTE!**

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

Figura 8 – Termo de recusa do cadastro domiciliar da AB

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

\_\_\_\_\_

Assinatura

Fonte: DAB/MS, 2014.

## 2.2 Cadastro Individual

**Objetivo da ficha:** a ficha de cadastro individual é utilizada para registrar as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. Seu objetivo é captar informações sobre os usuários que se encontram adscritos no território da equipe de AB. É composto por duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário.

### IMPORTANTE!

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

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

### NOVA FUNCIONALIDADE!

*A partir da versão 1.3, é possível realizar a correção de campos digitados incorretamente no sistema e também a atualização de informações, como dados referentes à identificação do cidadão, escolaridade, dentre outros.*

*Para cada atualização, deverá ser preenchida uma nova ficha somente com os campos que serão atualizados/editados e os demais campos obrigatórios da ficha.*





## NOVIDADE!

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

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

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

Quadro 18 – Identificação do usuário/cidadão

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº CARTÃO SUS	Anote o número do CadSUS do usuário que está sendo cadastrado.
RESPONSÁVEL FAMILIAR	A pergunta “É o responsável?” identifica se o usuário que está sendo cadastrado é o responsável pelo núcleo familiar (aquele que o nº do CNS e data de nascimento foram inseridos como responsável por núcleo familiar no cadastro do domicílio).
Nº CARTÃO SUS RESPONSÁVEL	Caso o usuário que está sendo cadastrado não seja o responsável pelo núcleo familiar, deve-se inserir o número do CadSUS do usuário responsável.
DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	Caso o usuário que está sendo cadastrado não seja o responsável pelo núcleo familiar, deve-se inserir a data de nascimento do responsável pelo núcleo familiar.
NOME COMPLETO*	Preencha o nome completo do usuário. Este campo é de preenchimento obrigatório.
NOME SOCIAL	Registro do nome social, independente do registro civil do cidadão, conforme apresentado no Box acima.
DATA DE NASCIMENTO*	Anote a data de nascimento do usuário, no formato dia/mês/ano. Este campo é de preenchimento obrigatório.
SEXO*	Marque com um “X” no sexo: masculino ou feminino. Este campo será

	de preenchimento obrigatório a partir da versão 2.0.
RAÇA/COR*	Raça autodeclarada do indivíduo. Este campo é de preenchimento obrigatório.
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL (NIS/PIS/PASEP)	NIS: preencha o número do NIS do usuário que está sendo cadastrado. O número de identificação social é usado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome para identificar os titulares do Programa Bolsa Família.  OU  PIS/Pasep: número de identificação nos fundos do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) são constituídos com a arrecadação das contribuições dos trabalhadores.
NOME COMPLETO DA MÃE*	Preencher com o nome completo da mãe do usuário. Esse é um campo de preenchimento obrigatório. Porém, caso não for possível obter essa informação, poderá ser assinalado X no campo “desconhecido”. <b>Campo novo.</b>
NACIONALIDADE**	Marque com um “X” a nacionalidade do usuário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brasileira, se pessoa nascida no Brasil</li> <li>• Naturalizada, se pessoa nascida em país estrangeiro e naturalizada como brasileira de forma legal.</li> <li>• Estrangeira, se pessoa nascida e registrada fora do território brasileiro e que ainda não seja naturalizada brasileira e nem possua documentos de registro e identificação autênticos do Brasil.</li> </ul>
PAÍS DE NASCIMENTO	Se usuário for estrangeiro ou naturalizado, é necessário identificar o país de origem, conforme a lista do <i>site</i> do IBGE (disponível em: < <a href="http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php">http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php</a> >).
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**	Preencha a UF e o município onde o usuário nasceu SE FOR BRASILEIRO.
TELEFONE CELULAR	Anote o número de telefone celular do usuário cadastrado, incluindo o DDD.
E-MAIL	Endereço do correio eletrônico do usuário.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### Bloco de informações sociodemográficas

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

Figura 12 – Informações sociodemográficas

**INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR \_\_\_\_\_  
 Cônjuge /Companheiro(a)  Filho(a)  Enteadado(a)  Neto(a) / Bisneto(a)  Pai / Mãe  Sogro(a)  
 Irmão / Irmã  Genro / Nora  Outro parente  Não parente

Ocupação \_\_\_\_\_

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?\*  Sim  Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? \_\_\_\_\_

Creche  Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)  
 Prê-escola (exceto CA)  Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)  
 Classe Alfabetizada - CA  Ensino Médio Especial  
 Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries  Ensino Médio EJA (Supletivo)  
 Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries  Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado  
 Ensino Fundamental Completo  Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)  
 Ensino Fundamental Especial  Nenhum  
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Empregador  
 Assalariado com carteira de trabalho  
 Assalariado sem carteira de trabalho  
 Autônomo com previdência social  
 Autônomo sem previdência social  
 Aposentado/Pensionista  
 Desempregado  
 Não trabalha  
 Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?  Adulto Responsável  Outra(s) Criança(s)  Adolescente  Sozinha  Creche  Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?  Sim  Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?  Sim  Não POSSUI PLANO DESAÚDE PRIVADO?  Sim  Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?  Sim  Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?  
 Sim  Não  
 SE SIM, QUAL?  
 Heterossexual  Lésbica  Travesti  Outro  
 Gay  Bissexual  Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*

Sim  Não  
 SE SIM, QUAL?  
 Auditiva  Intelectual/Cognitiva  Outra  
 Visual  Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO:  Óbito  Mudança de território

Fonte: DAB/MS, 2014.

## RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

Aqui se busca identificar a relação do indivíduo cadastrado e a pessoa eleita como o responsável familiar. **Campo novo!**

Figura 13– Relação de parentesco com o responsável familiar

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR \_\_\_\_\_

Cônjuge /Companheiro(a)  Filho(a)  Enteadado(a)  Neto(a) / Bisneto(a)  Pai / Mãe  Sogro(a)  
 Irmão / Irmã  Genro / Nora  Outro parente  Não parente

Fonte: DAB/MS, 2014.

## OCUPAÇÃO

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

### **REGRA!**

*Na versão 1.3, não será possível digitar uma ocupação que não esteja expresso no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), devendo os ACS, que preenchem os dados cadastrais, e os digitadores estarem atentos a seguir a lista já existente do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).*

## FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?\*

Para o profissional informar se o usuário frequenta ou não frequenta escola ou creche.

## QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

Aqui se busca identificar qual o nível de escolaridade máximo cursado pela pessoa, podendo ser:

### Quadro 19 – Nível de escolaridade

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CRECHE	Destina-se a dar assistência diurna às crianças, geralmente com até três anos de idade, em estabelecimentos juridicamente regulamentados ou não (BRASIL, 2010b).
PRÉ-ESCOLA (EXCETO CA)	Destina-se, geralmente, a crianças com quatro ou cinco anos de idade. Pode receber várias denominações de acordo com a região e o nível alcançado pelas crianças: maternal, jardim de infância, jardim I etc. (BRASIL, 2010b).
CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO (CA)	Curso destinado à alfabetização de crianças, para os estabelecimentos que ainda não implantaram o ensino

	fundamental com duração de nove anos (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL 1ª A 4ª SÉRIES, ELEMENTAR (PRIMÁRIO), 1ª FASE DO 1º GRAU	Curso de ensino fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a primeira fase (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL 5ª A 8ª SÉRIES, MÉDIO 1º CICLO (GINASIAL), 2ª FASE DO 1º GRAU	Curso de ensino fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a segunda fase (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	Curso de ensino fundamental organizado em nove anos (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL ESPECIAL	Atendimento educacional especializado no ensino fundamental regular, voltado a pessoas com necessidades especiais originadas de deficiência ou altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL EJA – SÉRIES INICIAIS (SUPLETIVO DE 1ª A 4ª)	Nova denominação para o curso supletivo de ensino fundamental ou de 1º grau, seriado ou não (BRASIL, 2010b).
ENSINO FUNDAMENTAL EJA – SÉRIES FINAIS (SUPLETIVO DE 5ª A 8ª)	Nova denominação para o curso supletivo de ensino fundamental ou de 1º grau, seriado ou não (BRASIL, 2010b).
ENSINO MÉDIO, 2º GRAU, MÉDIO 2º CICLO (CIENTÍFICO, CLÁSSICO, TÉCNICO, NORMAL)	Curso de ensino médio organizado em três ou quatro séries anuais ou em regime de créditos, períodos letivos, semestres, fases, módulos, ciclos etc. (BRASIL, 2010b).
ENSINO MÉDIO ESPECIAL	Atendimento educacional especializado no ensino médio regular, voltado a pessoas com necessidades especiais originadas de deficiência ou altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2010b).
ENSINO MÉDIO EJA (SUPLETIVO)	Nova denominação para o curso supletivo de ensino médio ou de 2º grau, seriado ou não (BRASIL, 2010b).
SUPERIOR, APERFEIÇOAMENTO, ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO	Curso regular de graduação universitária, frequentado após o término do ensino médio, que habilita a pessoa a exercer uma profissão, e cursos frequentados após a conclusão do ensino superior (BRASIL, 2010b).
ALFABETIZAÇÃO PARA ADULTOS (MOBRAL, ETC.)	Curso destinado à alfabetização de jovens e adultos (BRASIL, 2010b).
NENHUM	Quando a pessoa não se enquadrar em nenhuma das descrições anteriores.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Aqui se investiga a inserção da pessoa no mercado de trabalho, podendo ser:

Quadro 20 – Situação no mercado de trabalho

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## CRIANÇA DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?

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

Quadro 22 – Responsável pela criança até nove anos durante a ausência dos pais

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## OUTROS CAMPOS QUE COMPÕEM O BLOCO

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

Figura 14 – Outros campos

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 21 – Outros campos

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL/IDENTIDADE DE GÊNERO?

Assinale com um “X” a opção referida.

Figura 15 – Orientação sexual/identidade de gênero

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

Sim  Não

SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_

Heterossexual     Lésbica     Travesti     Outro  
 Gay     Bissexual     Transsexual

Fonte: DAB/MS, 2014.

SE SIM, QUAL?

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

Quadro 22 – Orientação sexual ou identidade de gênero<sup>7</sup>

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*

Aqui se investiga a presença ou não de alguma deficiência na pessoa. Assinalar com “X” a opção referida. **Campo de preenchimento obrigatório.**

Figura 16 – Tem alguma deficiência?

**TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\***

Sim  Não

SE SIM, QUAL?

Auditiva       Intelectual/Cognitiva       Outra

Visual       Física

Fonte: DAB/MS, 2014.

<sup>7</sup> Para saber mais: Caderno de Atenção Básica de Saúde Sexual e Reprodutiva, número 26, disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab26>

## SE SIM, QUAL?

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

Quadro 23 – Tipos de deficiência

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
AUDITIVA	Limitação, temporária ou permanente, de natureza auditiva.
VISUAL	Limitação, temporária ou permanente, de natureza visual.
INTELECTUAL/COGNITIVA	Limitação, temporária ou permanente, de natureza intelectual/cognitiva.
FÍSICA	Limitação, temporária ou permanente, de natureza física.
OUTRA	Outros tipos de limitações, temporárias ou permanentes.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Na versão 1.3, esse **campo é novo** e servirá para que o ACS possa apontar a saída do cidadão do território em que ele estava cadastrado, caso ele faleça ou mude. Para tanto, o profissional assinala um X em uma das opções apresentadas.

Figura 17 – Saída do cidadão do cadastro

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO:  Óbito  Mudança de território

Fonte: DAB/MS, 2014.

## Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica

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

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

### ATENÇÃO! REGRA NO SISTEMA

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

Figura 17 – Termo de recusa

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

\_\_\_\_\_

Assinatura

Fonte: DAB/MS, 2014.

### QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

Figura 17 – Condições/situações de saúde gerais

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 24 – Questionário autorreferido

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

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

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

\*\* Campos de preenchimento obrigatório condicionado a pergunta anterior

## Bloco cidadão em situação de rua

Este bloco deverá ser preenchido pelo Agente de Ação Social das equipes de consultório na rua ou pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), quando este desenvolver suas atividades junto à eCR. Nas eCR em cuja composição não participe o Agente de Ação Social e que não possua nenhum ACS agregado à sua composição mínima, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR. O bloco também pode ser preenchido pelo ACS ou outro componente da equipe de atenção básica, nos casos em que há usuários em situação de rua no território adscrito da UBS, porém não há nenhuma equipe de consultório na rua vinculada.

Figura 18 – Situação de Rua

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

\*\* Campos de preenchimento obrigatório condicionado a pergunta anterior

Quadro 25 – Situação de rua

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

Continua...

Fonte: DAB/MS, 2014.

\*\* Campos de preenchimento obrigatório condicionado a pergunta anterior

### 3 FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

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

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

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

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

#### Cabeçalho

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

Figura 19 – Identificação e controle da digitação da ficha

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

Figura 20 – Identificação do estabelecimento de saúde e do(s) profissional(is)

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 26 – Identificação do estabelecimento e do(s) profissional(is)

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
Nº CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CNS do profissional de saúde que realizou o atendimento. Este número deve ser o mesmo contido no CNES. Em caso de atendimento multiprofissional, colocar o CNS de todos os profissionais responsáveis pelo atendimento, nos campos em separado, com o CBO. Ao total, será possível incluir até três profissionais. É obrigatório o preenchimento de pelo menos 1 (um) profissional. Ressalta-se que, se dentre os 10 atendimentos possíveis de serem registrados, apenas alguns forem compartilhados com outro profissional, os mesmos devem ser registrados em fichas separadas.
CBO – CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES*	Refere-se ao código de ocupação do profissional que fez o atendimento. Este campo acompanha o CNS do profissional de saúde. Quando o CNS é preenchido, torna-se obrigatório preencher também o código da CBO.
CÓD. CNES UNIDADE*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde.
CÓD. EQUIPE (INE)*	Código da equipe que realizou o atendimento. Este campo não é obrigatório para as equipes que não tem INE, a exemplo das equipes tradicionais de AB.
DATA*	Data em que foi realizado o atendimento.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## Identificação do usuário

Além dos blocos de informações que constam no cabeçalho, a ficha de atendimento individual ainda contempla os itens descritos a seguir.

Figura 21 – Identificação do usuário

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
N° PRONTUÁRIO														
N° CARTÃO SUS		<input type="text"/>												
Data de nascimento*	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo*		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="text"/>												

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 27 – Identificação do usuário

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
N°	Em cada ficha de atendimento, há possibilidade de registro de informações de treze usuários. Caso o número de atendimento no turno exceda esse total, o profissional deverá utilizar outra ficha de atendimento.
TURNO	Assinalar com um “x” o turno em que foi realizado o atendimento. O profissional poderá preencher, numa mesma ficha, atendimentos realizados nos três turnos (M- manhã; T- tarde; N- noite)
N° PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Esse campo é usado como referência da informação do usuário na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
N° CARTÃO SUS	Campo destinado ao número do cartão SUS do usuário (CadSUS). Os números são incluídos no <b>sentido vertical</b> . Usuários sem o cartão SUS poderão e deverão ser atendidos pela equipe. Não há problemas se o usuário tiver mais de um número de CNS, pois estes dados são verificados na base nacional e reportarão sempre ao mesmo usuário.
DATA DE NASCIMENTO*	Informar dia, mês e ano de nascimento. Variável de verificação do número do CadSUS.
SEXO*	<b>Campo novo.</b> Assinalar com um “x” se sexo F-feminino ou M-masculino. <b>OBS.:</b> A partir da versão 2.0, este campo será de

	preenchimento obrigatório.
LOCAL DE ATENDIMENTO*	<p>Informar o <b>número</b> referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando as seguintes opções:</p> <p>(01) <b>UBS</b>  (02) <b>Unidade móvel</b>  (03) <b>Rua</b>  (04) <b>Domicílio</b>  (05) <b>Escola/creche</b>  (06) <b>Outros</b>  (07) <b>Polo (Academia da Saúde) - Campo novo-</b> denomina-se polo a unidade (espaço físico) do Programa Academia da Saúde. É considerado polo tanto a estrutura física construída especificamente para o desenvolvimento do Programa quanto o espaço físico destinado para tal fim nas dependências de uma UBS, desde que o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).  (08) <b>Instituição/Abrigo - Campo novo-</b> Instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral.  (09) <b>Unidade prisional ou congêneres</b> - Colônia Agrícola, Industrial ou Similar, Casa do Albergado, Centro de Observação, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Cadeia Pública - <b>Campo novo.</b>  (10) <b>Unidade socioeducativa - Campo novo-</b> base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</p>

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

### **Bloco informações do atendimento\***

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

## TIPO DE ATENDIMENTO\*

Figura 22 – Tipo de atendimento

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 28 – Tipo de atendimento\*

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	É o atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou o risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. Como exemplos, podemos citar casos de dor torácica, sintomas e/ou sinais neurológicos, urgência hipertensiva etc.
-------------------------	---

Fonte: DAB/MS, 2014.

## AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

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

Quadro 29 – Avaliação antropométrica

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## VACINAÇÃO EM DIA, CRIANÇA E GESTANTE

São campos destinados à situação vacinal de qualquer indivíduo; informações do aleitamento materno para crianças de até 2 anos de idade e dados da história progressa e atual das gestantes.

Figura 23 – Vacinação em dia, criança, gestante

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 30 – Vacinação em dia, criança, gestante

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
VACINAÇÃO	Campo destinado a informar se a vacinação de determinado indivíduo, de qualquer faixa etária, está em dia pelos parâmetros preconizados.
ALEITAMENTO MATERNO	<p>Utilizar o número indicado na legenda para caracterizar a situação de alimentação da criança:</p> <p><b>01 – Aleitamento materno exclusivo (AME)</b> – quando a criança recebe somente leite materno, da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de medicamentos, sais de reidratação oral e vitaminas.</p> <p><b>02 – Aleitamento materno predominante (AMP)</b> – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas <u>à base de água</u> (água adocicada, chás, infusões, sucos de frutas).</p> <p><b>03 – Aleitamento materno complementado (AMC)</b> – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite.</p> <p><b>04 – Aleitamento materno inexistente (AMI)</b> – a criança já mantém uma alimentação com alimentos sólidos e semissólidos, sem o leite materno.</p>
GESTANTE	<p><b>DUM (dia/mês):</b> informar dia e mês da última menstruação da gestante.</p> <p><b>Gravidez planejada:</b> <b>Campo novo.</b> Assinalar se a gestação foi planejada ou não.</p> <p><b>Idade gestacional (semanas):</b> registrar com quantas semanas de gestação a mulher se encontra. Não preencher os dias, apenas as semanas.</p> <p><b>Gestas Prévias/Partos:</b> <b>Campo novo.</b> Preencher número de gestações anteriores à atual (não incluir a gestação atual) e o número de partos. Não incluir em “partos” casos de aborto. Exemplo: mulher é atendida em sua 3ª gestação. Tem 1 filha e história de 1 aborto. O preenchimento na ficha será 2/1 ou 02/01, ou seja, 2 gestações prévias e 1 parto.</p>

Fonte: DAB/MS, 2014.

## ATENÇÃO DOMICILIAR

Esse bloco será utilizado por profissionais de nível superior da AB e NASF. A partir do registro da modalidade de atenção domiciliar, é possível que a equipe identifique quantos e quais são os usuários de seu território que necessitam de cuidado continuado em domicílio e assim possa se organizar melhor para realizar o cuidado a estes usuários.

Também permite a identificação de usuários do território que necessitam de outras modalidades de AD (2 ou 3) que são elegíveis para o acompanhamento pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa). Quando for realizado um atendimento em domicílio pontual, não preencher a modalidade de atenção domiciliar. Por exemplo, se o atendimento for a um paciente acamado após um Acidente Vascular Cerebral, o cuidado prestado pela equipe será contínuo, com isso, é importante registrar a modalidade de AD. De forma diferente, não é recomendado este registro, por exemplo, no caso de um atendimento domiciliar pontual a uma pessoa com transtorno afetivo bipolar, complementar às consultas que a mesma faz usualmente na UBS.

Quadro 31 – Tipos de atenção domiciliar

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
<p><b>MODALIDADE DE AD:</b>  <b>1, 2 ou 3</b>– esse campo deverá ser preenchido caso seja um atendimento domiciliar, considerando os critérios definidos na Portaria MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 (ver Anexo K). Informar:</p>	<p><b>AD1</b> – Atenção Domiciliar tipo 1 - A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica (eSF, eAB, NASF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês. Refere-se a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento da atenção básica.</p>
	<p><b>AD2</b> – Atenção Domiciliar tipo 2 – A prestação da assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade das equipes de atenção domiciliar - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), mantendo o cuidado compartilhado com as equipes de atenção básica. Refere-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Exemplos de situações que caracterizam AD2: Demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; adaptação ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; necessidade de medicação parenteral.</p>
	<p><b>AD3</b> – Atenção Domiciliar tipo 3 – A prestação da assistência à saúde na modalidade AD3 é de responsabilidade das equipes de atenção domiciliar (EMAD e EMAP), mantendo o</p>

	cuidado compartilhado com a equipe de atenção básica. Refere-se ao usuário de AD2 que demanda também o uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.
--	---

Fonte: DAB/MS, 2014.

## PROBLEMA/CONDIÇÃO AVALIADA\*

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

A primeira parte do bloco deve ser preenchida marcando um “X” na opção da linha correspondente ao problema identificado ou condição avaliada. É obrigatório marcar ao menos uma opção sobre o problema/condição de saúde avaliada. Caso o problema não esteja descrito na ficha, pode ser utilizado o campo “**Outros**” para esse registro. Ofertamos duas classificações que poderão ser utilizadas: CIAP2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CID 10 (Classificação Internacional de Doenças). Segue descrição de ambas:

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

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

### ***Exemplo de registro***

*Usuário procurou a unidade de saúde por causa de dor lombar. Em seu histórico de saúde, consta que é hipertenso. O profissional que o atender pode abordar como está o tratamento, o uso das medicações, solicitar exames de acompanhamento para a*

hipertensão. No registro desse atendimento, será identificado no campo “Outros” o código da CIAP2 (código L 03) ou da CID 10 (código M 54.5) de dor lombar; além de assinalado o problema “hipertensão arterial”, visto que também foi um problema/condição avaliado e manejado na consulta. Seguindo esse mesmo exemplo, caso o usuário também tenha asma, que no momento está controlada e não foi avaliada ou manejada nessa consulta, **NÃO** deverá ser marcado o item “asma”, mantendo identificado apenas o caso de dor lombar e o problema de hipertensão arterial. Portanto, o bloco de informações sobre “Problema/condição avaliada” se refere a questões que foram avaliadas e manejadas **na consulta** e não a um registro dos antecedentes de saúde do usuário.

**Obs.:** não há necessidade de codificar o problema/condição avaliado (pela CIAP2 e/ou CID10) caso esteja descrito nos campos anteriores. Conforme o exemplo anterior, não será preciso identificar pelos códigos (CIAP2 ou CID10) a “hipertensão arterial”, pois já está descrita.

Figura 24 - Problema/condição avaliada\*

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 32 – Problema/condição avaliada\*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ASMA	Preencher marcando um “X” na opção da linha correspondente ao problema identificado ou condição avaliada abordados no atendimento. É obrigatório marcar ao menos uma opção sobre o problema/condição de saúde avaliada. Caso o problema não esteja descrito na ficha, pode ser utilizado o campo “ <b>Outros</b> ” para esse registro.
DESNUTRIÇÃO	
DIABETES	
DPOC	
HIPERTENSÃO ARTERIAL	
OBESIDADE	
PRÉ-NATAL	
PUERICULTURA	
PUERPÉRIO (ATÉ 42 DIAS)	
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	
TABAGISMO	
USUÁRIO DE ÁLCOOL	
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	
SAÚDE MENTAL	
REABILITAÇÃO	
<b>DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS</b>	
TUBERCULOSE	Marque a opção que identifique a situação encontrada.
HANSENÍASE	
DENGUE	
DST	
<b>RASTREAMENTO</b>	
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	Marque a opção que identifique a situação encontrada.
CÂNCER DE MAMA	
RISCO CARDIOVASCULAR	
<b>OUTROS</b>	
CIAP2- 01	Caso o problema não esteja descrito no bloco “problema/condição avaliada”, pode ser utilizado o campo “ <b>Outros</b> ” para esse registro. Ofertamos duas classificações que poderão ser utilizadas: CIAP2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CID 10 (Classificação Internacional de Doenças).
CIAP2- 02	
CID10	

Fonte: DAB/MS, 2014.

## BLOCO DE EXAMES SOLICITADOS (“S”) E AVALIADOS (“A”)

Conforme citado no início deste capítulo, a ficha de atendimento individual não objetiva esgotar todo o processo de atendimento do indivíduo e, especificamente neste ponto, todos os exames solicitados e avaliados. Cabe às equipes e gestão municipal, a discussão de quais outros exames são relevantes e devem ser registrados localmente para monitoramento e avaliação.

Figura 25 – Bloco de exames solicitados “(s)” e avaliados “(a)”

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 33 – Exames solicitados e avaliados

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
COLESTEROL TOTAL	
CREATININA (DOSAGEM SÉRICA)	
EAS/EQU (ELEMENTOS ANORMAIS DO SEDIMENTO. SINÔNIMO DE EXAME COMUM DE URINA, PARCIAL DE URINA, URINA TIPO I)	
ELETROCARDIOGRAMA	
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (Campo novo)	
ESPIROMETRIA	
EXAME DE ESCARRO	
GLICEMIA (DOSAGEM SÉRICA)	
HDL	



	legenda abaixo: 01 – Medicina Tradicional Chinesa 02 – Antroposofia aplicada à saúde 03 – Homeopatia 04 – Fitoterapia 05 – Termalismo/crenoterapia 06 – Práticas corporais e mentais em PICs 07 – Técnicas manuais em PICs 08- Outros
FICOU EM OBSERVAÇÃO?	Deve ser marcada como “ <b>Sim</b> ” no caso em que o usuário ficou em observação no presente atendimento no serviço de saúde, com ou sem medicação, para recuperação do seu estado de saúde ou estabilização, e/ou aguardando ser encaminhado a outro ponto da rede.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### ATENÇÃO!

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

## BLOCO EXCLUSIVO PARA O NASF (NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA) e POLO ACADEMIA DA SAÚDE

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

Figura 27 – Informações exclusivo para o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e atividades desenvolvidas no Polo Academia da Saúde

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

Quadro 35 – Campo exclusivo do NASF e profissionais atuantes no Polo Academia da Saúde

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## CONDUTA

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

Figura 28 - Conduta

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 36 – Conduta

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
RETORNO PARA CONSULTA AGENDADA	Conduta atribuída no momento do atendimento em consulta ou em escuta inicial que demande o agendamento de uma nova consulta. Não devem ser marcados aqui os retornos que caracteristicamente sejam de cuidado continuado ou programado.
RETORNO PARA CUIDADO	Conduta aplicada aos casos em que é necessário o

CONTINUADO/PROGRAMADO	retorno para continuidade do cuidado, como condições crônicas ou de acompanhamento prolongado.
AGENDAMENTO PARA GRUPOS (Campo novo)	Assinalar quando o usuário for orientado a participar de algum grupo terapêutico, de educação em saúde ou de convivência.
AGENDAMENTO PARA NASF	Campo utilizado para registrar o agendamento do usuário para os profissionais do NASF.
ALTA DO EPISÓDIO	Utilizado para identificar os atendimentos concluídos sem a necessidade de retorno referente ao problema ou condição apresentada.
ENCAMINHAMENTO INTERNO DO DIA (Campo novo)	Assinalar quando após o atendimento o usuário é encaminhado para atendimento de outro profissional da UBS.
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para serviço especializado.
ENCAMINHAMENTO PARA CAPS	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para internação hospitalar.
ENCAMINHAMENTO PARA URGÊNCIA	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para atendimento de urgência.
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para Serviço de Atenção Domiciliar que não sejam elegíveis para atendimento pela própria atenção básica.
ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL	Utilizado para registrar os casos em que for necessário fazer encaminhamento do usuário para atendimento em serviços de outros setores, como: Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), escola etc.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## 4 FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

**Objetivo da ficha:** a ficha de atendimento odontológico individual visa o registro das informações do atendimento realizado pela equipe de Saúde Bucal na atenção básica.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** os profissionais aptos a fazer o uso dessa ficha são: Cirurgião-Dentista e Técnico em Saúde Bucal (TSB), além do Auxiliar em Saúde Bucal quando acompanhar o atendimento com o cirurgião-dentista.

**Modo de preenchimento da ficha:**

### Cabeçalho

Figura 29 – Bloco de identificação

<b>e-SUS</b> Atenção Básica	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> <b>ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	CBO*	DATA:*
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	

Fonte: DAB/MS, 2014.

Cada profissional da equipe de saúde bucal irá utilizar uma ficha para preenchimento das informações dos atendimentos realizados. Quando o atendimento for realizado pelo cirurgião-dentista, conjuntamente com o auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, preenche-se no cabeçalho o CNS e CBO dos profissionais envolvidos em determinado atendimento. A mesma orientação cabe para o atendimento conjunto do técnico em saúde bucal com o auxiliar em saúde bucal. Já o auxiliar em saúde bucal não deverá preencher sozinho a ficha de atendimento individual, apenas a ficha de atividade coletiva.

Os campos de preenchimento obrigatório são: CNS do profissional, CBO, CNES da Unidade, INE e Data.

## BLOCO GERAL DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

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

Figura 30 – Atendimento individual

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

São campos de preenchimento obrigatório: data de nascimento, sexo e local de atendimento.

Quadro 37– Atendimento individual

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
<p>PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS</p>	<p>Marque com um “X” caso o usuário seja uma pessoa com necessidades especiais.</p> <p><b>Definição de necessidade especial do CAB nº 17<sup>8</sup></b> – Na odontologia, é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento etc.</p> <p>Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos nº 3.296/99 e 5.296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial.</p>
<p>GESTANTE</p>	<p>Marque com um “X” caso a usuária esteja gestante, independentemente do período gestacional.</p>

Fonte: DAB/MS, 2014.

TIPO DE ATENDIMENTO

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

Figura 31 – Tipo de atendimento

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

<sup>8</sup> Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php)>.

Quadro 38 – Tipo de atendimento

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA AGENDADA	<p>É toda consulta realizada <b>após agendamento, de caráter não urgente</b>. Pode ser oriunda da demanda espontânea que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas tinha indicação e foi agendada para outro dia ou em casos de retorno dos atendimentos. (Exemplo: Consulta agendada para realização de procedimento constante no plano de tratamento do usuário.)</p>
DEMANDA ESPONTÂNEA	<p><b>Escuta inicial/orientação:</b> refere-se à escuta realizada no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Não inclui as orientações de fluxos dentro da UBS informados pela recepção. Durante o acolhimento e escuta qualificada, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, deverá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para o encaminhamento do usuário em situação aguda ou não.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Exemplo: A mãe procura a equipe de saúde bucal para orientações quanto à erupção dental de seu bebê. Após a escuta a equipe orienta a mãe.)</li> </ul> <p><b>Consulta no dia:</b> é a consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente. Pode representar também a consulta realizada no dia por haver disponibilidade na agenda do profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Exemplo: Usuário procura unidade para atendimento odontológico sem relato de urgência, ao verificar disponibilidade na agenda, o profissional realiza o procedimento no mesmo dia.)</li> </ul> <p><b>Atendimento de urgência:</b> é o atendimento realizado ao usuário acometido por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, podendo haver possibilidade de agravamento do quadro que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Exemplo: Usuário procura o atendimento odontológico com queixa de dor dentaria aguda, necessita de atendimento odontológico no mesmo turno).</li> </ul>

Fonte: DAB/MS, 2014.

## TIPO DE CONSULTA

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

Quadro 39 – Tipo de consulta

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	<p>Consiste na avaliação das condições gerais de saúde e realização de <b>exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico.</b> O tratamento deve ser iniciado na mesma sessão da primeira consulta odontológica programática.</p> <p>Uma primeira consulta odontológica programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa, 12 meses após a conclusão do plano preventivo-terapêutico ou caso o paciente abandone o tratamento seis meses após a última consulta.</p> <p><b>Não devem ser considerados como primeira consulta odontológica programática os atendimentos eventuais, por exemplo, os de urgência/emergência/consulta dia, que não têm elaboração de um plano preventivo-terapêutico e seguimento previsto.</b></p>
CONSULTA DE RETORNO EM ODONTOLOGIA	<p>Consiste na consulta do usuário que está em continuidade do tratamento iniciado e programado por meio da Primeira Consulta Odontológica Programática. Portanto será registrada a consulta de retorno <b>acrescida do(s) procedimento(s) realizado(s) neste dia.</b></p>
CONSULTA DE MANUTENÇÃO EM ODONTOLOGIA	<p>Consiste na consulta do usuário para <b>manutenção, acompanhamento ou reparos clínicos após este ter concluído o tratamento.</b> Ocorre em um período inferior a 12 meses da conclusão do tratamento. Portanto será registrada a consulta de Manutenção <b>acrescida do(s) procedimento(s) realizado(s) neste dia.</b></p>

Fonte: DAB/MS, 2014.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE BUCAL

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

Figura 32 – Vigilância em saúde bucal

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

Quadro 40 – Vigilância em saúde bucal\*

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
ABSCESSO DENTOALVEOLAR	A condição do indivíduo com abscesso dento alveolar <b>independe do número de áreas afetadas e características do abscesso</b> . Cada indivíduo deve ser registrado apenas uma vez a cada 30 dias, independentemente dos retornos ao serviço. Por exemplo: se uma pessoa é registrada em um dia com abscesso dento alveolar e retorna uma ou mais vezes em menos de 30 dias, ela é registrada apenas uma vez. Se retornar com abscesso dento alveolar, no mês subsequente (após 30 dias), ou em outro momento no ano, deve-se registrá-la como caso novo.
ALTERAÇÃO EM TECIDOS MOLES	A condição de alteração em tecidos moles <b>independe do número, do tipo e do grau da lesão</b> . Cada caso de alteração deve ser registrado apenas uma vez a cada 30 dias, independentemente dos retornos do indivíduo ao serviço. Essas alterações podem ser processos proliferativos não neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias malignas, doenças infecciosas (bacterianas, fúngicas ou virais), doenças mucocutâneas e manifestações bucais de doenças sistêmicas. <sup>9</sup>
DOR DE DENTE	A condição de indivíduo com dor de dente <b>independe do número de dentes afetados e características da dor (espontânea ou provocada)</b> . Cada indivíduo deve ser registrado apenas uma vez a cada 30 dias, independentemente dos retornos ao serviço.
FENDAS OU FISSURAS LABIOPALATAIS	A condição de fenda ou fissura <b>independe do tipo da anomalia (se apenas labial, apenas palatal ou labiopalatal)</b> . Cada caso diagnosticado deve ser registrado apenas uma vez por paciente, independentemente dos retornos do indivíduo ao serviço, naquele mês ou nos meses e anos posteriores. Por exemplo: se uma pessoa apresenta fenda ou fissura, deve-se registrar apenas uma vez, mesmo que ela retorne várias vezes. Esse registro deve ser feito também no prontuário do paciente.
FLUOROSE DENTÁRIA MODERADA OU SEVERA <sup>10</sup>	A condição de fluorose dentária moderada ou severa <b>independe do número de dentes atingidos</b> . Cada caso diagnosticado deve ser registrado apenas uma vez por paciente, independentemente dos retornos do indivíduo ao serviço, naquele mês ou nos meses e anos posteriores.
TRAUMATISMO DENTO	A condição de indivíduo com história de traumatismo dento alveolar <b>independe do número de dentes afetados e do tipo de lesão</b> . Cada

<sup>9</sup> Manual de Especialidades em Saúde Bucal, no capítulo intitulado “Estomatologia” (disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.ph](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.ph)>).

<sup>10</sup> Guia de Recomendações para Uso de Fluoretos no Brasil (disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.ph](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.ph)>).

ALVEOLAR	indivíduo deve ser registrado apenas uma vez a cada 30 dias, independentemente dos retornos ao serviço.
NÃO IDENTIFICADO	Deve ser preenchido todas as vezes que <b>não for identificada nenhuma condição de vigilância em saúde bucal descrita acima</b> ou quando a condição foi identificada em atendimento anterior e decorrer menos de 30 dias para nova identificação. Este campo pode também ser utilizado para os casos em que a identificação da condição é feita apenas uma vez no serviço, no caso de retorno deste usuário ao serviço.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

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

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

Figura 33 – Procedimentos odontológicos

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



PERMANENTE	
INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	
MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	
ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	
PROFILAXIA/REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	
PULPOTOMIA DENTÁRIA	
RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	
RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	
RASPAGEM, ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	
RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	
RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	
RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	
SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	Anote a quantidade ( <b>número</b> ) de procedimentos realizados.
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	
ULOTOMIA/ULECTOMIA	
OUTROS (SIA)	Campos destinados para registro dos códigos de procedimentos do SIGTAP que não estejam contidos na relação de procedimentos anterior. Preenche-se a quantidade ( <b>números</b> ) de procedimentos realizados na coluna referente ao usuário que recebeu este atendimento. Estes dados comporão a base de dados do e-SUS AB e também o arquivo BPA gerado pelo e-SUS AB. As informações do BPA serão validadas no SIA, conforme regras específicas deste sistema.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## FORNECIMENTO DE INSUMOS

Visa o registro de insumos entregues aos usuários.

Figura 34 – Fornecimento de insumos

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 42 – Fornecimento de insumos

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## CONDUTA

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

Figura 35 – Conduta

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 43 – Conduta

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## ENCAMINHAMENTO

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

Quadro 44 – Encaminhamento

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## 5 FICHA DE PROCEDIMENTOS

**Objetivo da ficha:** a ficha de procedimentos é utilizada para a coleta de dados sobre a realização de procedimentos ambulatoriais. Diferentemente da ficha de atendimento individual, em que são registradas a solicitação e a avaliação de exames, esta ficha capta os procedimentos que foram realizados por determinado profissional.

**Quais profissionais utilizam esta ficha:** profissionais de equipes da Saúde da Família, equipes de AB tradicionais, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e de Consultório na Rua. Os profissionais habilitados a preencher essa ficha são todos aqueles de nível superior (médico, enfermeiro, etc.) ou de nível médio (técnicos e auxiliares) da área da saúde, com exceção do cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

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

### Cabeçalho

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

Figura 36– Cabeçalho da ficha de procedimentos

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 45– Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DIGITADO POR	Nome do profissional que digitou a ficha.
DATA	Dia em que a digitação foi realizada no sistema.
CONFERIDO POR	Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da

	ficha.
FOLHA Nº	Esse campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro.

Fonte: DAB/MS, 2014.

O bloco de identificação do profissional e lotação é utilizado para identificação do profissional que realizou os procedimentos registrados, sua equipe e estabelecimento de lotação.

Figura 37 – Identificação do profissional

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 46 – Identificação do profissional e lotação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Número do Cartão Nacional do SUS (CNS) do profissional que realizou os procedimentos.
CBO*	Código de Ocupação (CBO) do profissional que fez os procedimentos.
CÓD. CNES UNIDADE*	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde, onde o profissional está lotado.
CÓD. EQUIPE (INE) *	Código Identificador Nacional de Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado. Este campo não é obrigatório para as equipes que não tem INE, por exemplo, as equipes tradicionais.
DATA*	Data em que foram realizados os procedimentos.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### Dados dos usuários, local de atendimento e escuta inicial/orientação.

Esse bloco de informações permite a identificação do usuário que foi atendido, por meio do Cartão SUS, e de sua data de nascimento e sexo. Os dados desse bloco informam também sobre o local do atendimento e se o profissional realizou escuta inicial / orientação.

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

**ATENÇÃO!**

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

Figura 38 – Dados dos usuários, local de atendimento e escuta inicial/orientação.

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 47 – Dados dos usuários, local de atendimento e escuta inicial/orientação

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

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
Nº CARTÃO SUS	Campo destinado ao número do Cartão SUS do usuário (CadSUS). Os números são incluídos no sentido vertical. Usuários sem o cartão SUS poderão e deverão ser atendidos pela equipe. Não há problemas se o usuário tiver mais de um número de CNS, pois estes dados são verificados na base nacional e reportarão sempre ao mesmo usuário.
DATA DE NASCIMENTO*	Informe o dia, mês e ano. Variável de verificação do número do CadSUS. Este campo é de preenchimento obrigatório.
SEXO *	Assinalar F – feminino ou M – masculino - <b>Campo novo.</b> (preenchimento obrigatório a partir da versão 2.0)
LOCAL DE ATENDIMENTO *	<p>Informar o <b>número</b> referente ao local em que foi realizado o atendimento do usuário, considerando as seguintes opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(01) UBS</li> <li>(02) Unidade móvel</li> <li>(03) Rua</li> <li>(04) Domicílio</li> <li>(05) Escola/creche</li> <li>(06) Outros</li> <li>(07) Polo (Academia da Saúde)- <b>Campo novo-</b> <i>denomina-se polo a unidade (espaço físico) do Programa Academia da Saúde. É considerado polo tanto a estrutura física construída especificamente para o desenvolvimento do Programa quanto o espaço físico destinado para tal fim nas dependências de uma UBS, desde que o número de CNES desta UBS esteja associado ao código 12 (estrutura de Academia da Saúde).</i></li> <li>(08) Instituição/Abrigo- <b>Campo novo-</b> <i>Instituições para acolhimento destinadas a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral.</i></li> <li>(09) Unidade prisional ou congêneres- <i>Colônia Agrícola, Industrial ou Similar, Casa do Albergado, Centro de Observação, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Cadeia Pública -<b>Campo novo.</b></i></li> <li>(10) Unidade socioeducativa- <b>Campo novo-</b> <i>base física necessária para a organização e o funcionamento de programa de atendimento de medidas socioeducativas.</i></li> </ul>
ESCUTA INICIAL/ORIENTAÇÃO	É aquela realizada no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Durante o acolhimento e escuta qualificada, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, deverá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para o encaminhamento do usuário em situação aguda ou não.

Fonte: DAB/MS, 2014.

## PROCEDIMENTOS E PEQUENAS CIRURGIAS

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

Figura 39 – Procedimentos/pequenas cirurgias

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

### ATENÇÃO!

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

Ainda nesse bloco, o profissional pode registrar até outros seis procedimentos que não estão listados na ficha. Esses procedimentos devem ser registrados a partir do seu código na tabela SIGTAP. O registro do código deve ser feito na vertical. Esse campo foi alterado na versão 1.3 para que um maior número de procedimentos pudesse ser registrado por usuário atendido.

Figura 40 – Registro de outros procedimentos.

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## Bloco de procedimentos consolidados

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

O bloco em questão traz informações consolidadas e destina-se principalmente aos profissionais que ficam na Sala de Procedimentos, e realizam esses procedimentos comuns em um grande número de usuários em um mesmo dia. Esses procedimentos são: aferição de PA, aferição de temperatura, curativo simples, coleta de material para exame laboratorial, glicemia capilar, medição de altura e medição de peso.

### ATENÇÃO!

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

Figura 41 – Registro de procedimentos consolidados.

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

## 6 FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

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

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

### **ATENÇÃO!**

*Deverá ser preenchida uma ficha para cada atividade coletiva realizada.*

### **Cabeçalho**

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

Figura 42 – Cabeçalho

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

Quadro 48 – Identificação e controle da digitação

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

**ATENÇÃO – campo Nº INEP (escola/creche)**

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

Quadro 49 – Identificação e controle da atividade coletiva

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

### **Bloco tipo de atividade**

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

Figura 43 – Tipos de atividade coletiva

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

Quando for marcada uma das opções entre 01, 02 e 03, será necessário registrar obrigatoriamente pelo menos uma opção do bloco “TEMAS PARA REUNIÃO”. Os temas de reuniões que podem ser registrados são: questões administrativas / funcionamento;

processos de trabalho; diagnóstico do território / monitoramento do território; planejamento / monitoramento das ações da equipe; discussão de caso / projeto terapêutico singular; educação permanente; outros.

Quadro 50 – Ações estruturantes da equipe

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

Quadro 51 – Ações de saúde

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
04 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Indica uma ação de educação em saúde, como palestras, encenações teatrais sobre algum tema em saúde. Essa opção <u>não exige</u> que os usuários da atividade sejam identificados.
05 – ATENDIMENTO EM GRUPO	Indica um atendimento em grupo, com ações voltadas para atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção <u>exige</u> que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.
06 – AVALIAÇÃO/PROCEDIMENTO COLETIVO	Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, entre outros. <u>Exige a identificação</u> dos usuários que participaram da

	atividade.
07 – MOBILIZAÇÃO SOCIAL (Campo novo)	Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção <u>não exige</u> que os usuários da atividade sejam identificados.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### **Bloco referente ao público-alvo**

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

- Por faixa etária (criança até 3 anos, criança de 4 e 5 anos, criança de 6 a 11 anos, adolescente, idoso);
- Por sexo (mulher, homem);
- Por condição de saúde (gestante, pessoas com doenças crônicas, usuário de tabaco, usuário de álcool, usuário de outras drogas, pessoas com sofrimento ou transtorno mental);
- Familiares, profissionais de educação e outros.

### **Bloco referente às práticas/temas para saúde**

Esse bloco é utilizado para registrar os temas tratados na ação em saúde na ficha de atividade coletiva. É possível marcar mais de uma opção. Existem algumas opções que são exclusivas quando realizadas no âmbito de programas específicos:

- A opção 18 (Semana Saúde na Escola) deve ser marcada somente se a ação for realizada no âmbito do programa Semana Saúde na Escola; e

- As opções 25 a 28 devem ser marcadas somente se ação for realizada no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e conforme protocolo desse programa. (Campo Novo)
- Além da inclusão do tema “Programa Nacional de Controle do Tabagismo”, foram incluídos também outros **novos campos** nesta ficha como a opção 22 (Saúde Auditiva), 23 (Desenvolvimento da Linguagem) e 24 (Verificação da situação vacinal).

### Bloco de fechamento da atividade

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

Figura 44 – Fechamento da atividade

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 52 – Fechamento da atividade

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

	automaticamente no sistema a partir dos dados dos usuários identificados no verso da ficha.
RUBRICA/CARIMBO DO PROFISSIONAL	O profissional responsável deve rubricar e assinar neste local.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### **Bloco de identificação dos usuários**

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

- N° do cartão SUS do usuário;
- Data de nascimento do usuário;
- Marcar se o usuário apresentou avaliação alterada;
- Peso e altura do usuário, se a atividade avaliou a antropometria (no bloco prática / tema para saúde, marcação do item 20 - Antropometria);
- Marcar se o usuário cessou o hábito de fumar e/ou se o usuário abandonou o grupo, se a atividade ocorreu no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (no bloco prática / tema para saúde, marcação dos itens de 25 a 28).

Para esta versão do e-SUS AB (1.3), o sistema identificará qual o número de CNS está incorreto, ao ser realizado o preenchimento dos participantes da atividade no verso da ficha.

Figura 45 – Identificação dos usuários

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

### NOVIDADE! PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

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

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

*A abordagem em grupo recomendada organiza-se na forma de 4 sessões iniciais, com periodicidade semanal ou quinzenal, seguidas de um acompanhamento de duração e periodicidade variável de acordo com cada realidade local (idealmente, com duração de 12 meses). As 4 sessões iniciais são discriminadas na ficha de Atividade Coletiva com o intuito de permitir o levantamento posterior, pelo gestor e pelas próprias equipes, das taxas de abandono e acompanhamento completo dos usuários encaminhados para esta abordagem. Por uma recomendação do INCA e da Coordenação Geral de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/MS), disponível no Tire suas Dúvidas ([http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire\\_duvidas\\_pnct\\_2014.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf)), a ficha de Atividade Coletiva relativa ao PNCT deve ser obrigatoriamente preenchida por profissional de nível superior, ao contrário das demais que devem ser preenchidas por profissionais de nível superior ou de nível médio ou por Agentes Comunitários de Saúde. Para maiores informações a respeito do tratamento preconizado para cessação do Tabagismo, vide o documento “Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001”, em [http://www.inca.gov.br/tabagismo/parar/tratamento\\_consenso.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/parar/tratamento_consenso.pdf).*

## 7 FICHA DE VISITA DOMICILIAR

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

**Quais profissionais utilizam esta ficha:** o conceito de visita domiciliar foi redefinido considerando agora apenas de competência do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE). Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior, a visita domiciliar é definida como atendimento no domicílio.

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

### **NOVIDADES!**

- *Orientação da ficha de retrato para paisagem, ocasionando o aumento no número de colunas para os registros individualizados.*
- *Alteração do campo “Turno” do cabeçalho para as opções M,T,N em cada coluna, levando a diminuição pela metade da necessidade de fichas por dia*
- *Foi incluída a variável “sexo” para os casos em que o Cartão SUS do usuário não for informado, possibilitando a geração de relatórios por sexo.*
- *Foi incluído o campo “sintomático respiratório” no bloco de Acompanhamento, no Motivo da Visita, para a busca ativa e identificação precoce de casos de tuberculose. Além disso, foi criada a opção “tabagista” no bloco de Acompanhamento, do Motivo da visita, contemplando uma demanda de muitos municípios que possuem programas de controle do tabagismo. Logo, seria importante obter a proporção de visitas domiciliares que tiveram como motivo especificamente o acompanhamento do tabagismo.*

## Cabeçalho

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

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

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

Figura 46 – Bloco de cabeçalho da ficha de visita domiciliar

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 53 – Identificação e controle da digitação

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Os demais campos do cabeçalho são utilizados para identificar quem realizou a visita domiciliar:

Figura 47– Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 54 – Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Preencha o número do cartão nacional do SUS do profissional que realizou a visita domiciliar.
CÓD. CNES UNIDADE*	Preencha o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.
CÓD. INE EQUIPE*	Preencha o código do Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Este campo não é obrigatório para as equipes que não tem INE, a exemplo das equipes tradicionais de AB.
CBO*	Refere-se ao Código de Ocupação do Profissional (CBO) que fez a visita. Obs.: o CBO acompanha o número do CNS do profissional de saúde e, quando preenchido, é obrigatório acompanhar o código da CBO.
DATA*	Anote a data em que foi realizada a visita. Este campo é de preenchimento obrigatório.

Fonte: DAB/MS, 2014.

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

### Identificação do usuário

Figura 48 – Identificação do usuário

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 55 – Identificação do usuário e se visita foi compartilhada

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº	Em cada ficha de atendimento há possibilidade de registro de informações de 23 usuários.
TURNO	Informe o turno em que foi realizada a visita, podendo ser: Manhã (M),

	Tarde (T) ou Noite (N).
Nº PRONTUÁRIO	Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados.
Nº CARTÃO SUS	Campo destinado ao número do Cartão SUS do usuário (CadSUS). Os números são incluídos no sentido vertical.
DATA DE NASCIMENTO *	Informe o dia, mês e ano. Variável de verificação do número do CadSUS.
SEXO*	Informar qual o sexo do usuário. OBS.: esse campo será de preenchimento obrigatório a partir da versão 2.0.
VISITA COMPARTILHADA COM OUTRO PROFISSIONAL	Campo utilizado para identificar se a visita de um ACS foi realizada com outro profissional. Marque um “X” na linha, quando for o caso.

Fonte: DAB/MS, 2014.

### **OBSERVAÇÃO IMPORTANTE!**

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

### **Bloco de motivo de visita**

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

Figura 49– Motivo de visita domiciliar

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 56 – Motivo de visita

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 57 – Busca ativa – Motivo da visita

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

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 58 – Acompanhamento – motivo da visita

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
GESTANTE	Acompanhamento de usuária gestante.
PUÉRPERA	Acompanhamento de usuária puérpera.
RECÉM-NASCIDO	Acompanhamento de recém-nascido.
CRIANÇA	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
PESSOA COM DESNUTRIÇÃO	Acompanhamento de usuário com diagnóstico de desnutrição.
PESSOA EM REABILITAÇÃO OU COM DEFICIÊNCIA	Acompanhamento de usuário em reabilitação ou com alguma deficiência que necessite de acompanhamento.
PESSOA COM HIPERTENSÃO	Acompanhamento de usuário com hipertensão.
PESSOA COM DIABETES	Acompanhamento de usuário com diabetes.
PESSOA COM ASMA	Acompanhamento de usuário com asma.
PESSOA COM DPOC/ENFISEMA	Acompanhamento de usuário com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou enfisema pulmonar.
PESSOA COM CÂNCER	Acompanhamento de usuário com câncer.
PESSOA COM OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS	Acompanhamento de usuários com outras doenças crônicas.
PESSOA COM HANSENÍASE	Acompanhamento de usuário com hanseníase.
PESSOA COM TUBERCULOSE	Acompanhamento de usuário com tuberculose.
SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS	Acompanhamento de usuários que apresentam suspeita de Tuberculose, com tosse persistente por mais de duas a três semanas.
TABAGISTA	Acompanhamento de usuários tabagistas.
DOMICILIADOS/ACAMADOS	Acompanhamento de usuários domiciliados ou acamados.
CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL	Acompanhamento de usuário em condições de vulnerabilidade social.
CONDICIONALIDADES DO BOLSA-FAMÍLIA	Acompanhamento de usuário em relação às condicionalidades do Programa Bolsa-Família.



## **REGRA DO SISTEMA!**

*Quando o usuário está ausente ou recusa a visita, o profissional apontará no desfecho uma dessas opções. Para que a ficha seja registrada no sistema, os campos obrigatórios de identificação do profissional, CNES, INE e data devem ser preenchidos*

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

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

## 8.1 Orientações para uso do Nasf

Para registrar suas ações, o Nasf utilizará as seguintes fichas do e-SUS Atenção Básica: **ficha de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva.**

### **Ficha de atendimento individual**

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

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

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

**Tipos de atendimento** – neste campo constam seguintes tipos de atendimento: **Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado, Consulta Agendada, Demanda espontânea (Escuta inicial/Orientação; Consulta do Dia; Atendimento de Urgência).** Mesmo que o processo de trabalho do Nasf esteja pautado pela lógica do apoio matricial, é possível que ações assistenciais façam parte das atividades desenvolvidas por esta equipe. Com isso, todos os tipos de atendimentos podem ser realizados tanto de forma

compartilhada/conjunta entre o profissional do Nasf e da sua equipe de referência, quanto de forma específica/individual pelo profissional do Nasf.

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

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

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

**Escuta inicial/orientação:** os profissionais do Nasf podem realizar o acolhimento ao usuário, fazendo uma escuta qualificada e orientando o mesmo, de acordo com suas habilidades e competências. O acolhimento realizado por profissionais de nível superior devem ser registrado na ficha de atendimento individual.

**Consulta no dia:** pode acontecer que o profissional do Nasf tome conhecimento de algum caso que esteja presente na UBS naquele momento e que o mesmo tenha disponibilidade na agenda para realizar o atendimento. Deve ser registrado neste campo apenas casos não caracterizem urgência.

**Atendimento de urgência:** esses casos serão exceções no cotidiano do Nasf, porém podem ocorrer situações em que esta equipe contribua. Por exemplo, o psicólogo pode contribuir no manejo inicial de uma situação de crise psicótica que aconteça no território ou o fisioterapeuta pode realizar a redução de um cotovelo em luxação.

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

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

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

### **Ficha de procedimentos**

No caso do Nasf, é provável que sejam utilizados com maior frequência os três campos reservados para inserir códigos da tabela SIGTAP, denominados como **outros (SIA)**. Esta ficha será preenchida nos casos em que o profissional do Nasf queira registrar com mais especificidade o procedimento realizado. Reforça-se que, de maneira menos específica, todo procedimento realizado pode ser registrado no campo “procedimentos clínicos/terapêuticos” da ficha de atendimento individual. Para auxiliar os profissionais no uso correto dos códigos será disponibilizado documento norteador específico.

### **Ficha de atividade coletiva**

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

## 8.2 Orientações para uso do Consultório na Rua

### Ficha de Cadastro Domiciliar

Esta ficha deverá ser preenchida pelo Agente de Ação Social ou pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), quando este desenvolver suas atividades junto à eCR. Nas eCR em cuja composição não participe o Agente de Ação Social e que não possua nenhum ACS agregado à sua composição mínima, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR, sendo este preferencialmente de nível médio.

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

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

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

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

**Ficha de Cadastro Individual (com Questionário autorreferido de condições/situações de saúde)**

Esta ficha deverá ser preenchida pelo Agente de Ação Social ou pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), quando este desenvolver suas atividades junto à eCR. Nas eCR em cuja composição não participe o Agente de Ação Social e que não possua nenhum ACS agregado à sua composição mínima, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR, sendo este preferencialmente de nível médio.

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

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

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

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

## **Ficha de Atendimento Individual**

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

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

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

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

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

**Tipos de atendimento** – neste campo constam seguintes tipos de atendimento: **Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado, Consulta Agendada, Demanda espontânea (Escuta inicial/Orientação; Consulta do Dia; Atendimento de Urgência).**

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

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

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

**Escuta inicial/orientação:** ocorre quando os profissionais de nível superior das eCR, em um primeiro contato com o usuário, realizam apenas a escuta qualificada e orientam o mesmo, de acordo com suas habilidades e competências, em relação às questões gerais de saúde. Após a escuta inicial, o profissional pode encaminhar este usuário para a avaliação de outro profissional ou liberá-lo.

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

**Atendimento de urgência:** os casos de primeiro atendimento de urgência deverão ser indicados neste campo.

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

### **Ficha de Atendimento Odontológico Individual**

Esta ficha poderá ser utilizada tanto pelo cirurgião dentista quanto pelo técnico em saúde bucal (TSB) que compuserem a eCR, para atendimentos realizados na rua ou na UBS.

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

### **Ficha de Atividade Coletiva**

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

## **Ficha de Visita Domiciliar**

Para as eCR esta ficha deverá ser preenchida pelo Agente de Ação Social ou pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), quando este desenvolver suas atividades junto à eCR. Nas eCR em cuja composição não participe o Agente de Ação Social e que não possua nenhum ACS agregado à sua composição mínima, esta ficha deverá ser preenchida por profissional de nível médio componente da eCR. Caso a eCR seja composta apenas por profissionais de nível superior, esta ficha não deverá ser preenchida.

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

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

## REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Programa Nacional de Habitação Rural – Grupo I**. Disponível em: <[http://www1.caixa.gov.br/gov/gov\\_social/municipal/assistencia\\_tecnica/produtos/repasses/pnhr\\_ogu/doc\\_benef.asp](http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/municipal/assistencia_tecnica/produtos/repasses/pnhr_ogu/doc_benef.asp)>. Acesso em: 23 out. 2012.

CHAVES, L. D. **CAPITULO ABORDAGEM FAMILIAR- TRATADO DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE**. 1 ed. 2012. v. 1. 221p.

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

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

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

# Anexos

## Anexo A – Cadastro Domiciliar

<b>e-SUS Atenção Básica</b>		<b>CADASTRO DOMICILIAR</b>			DIGITADO POR:	DATA: / /
					CONFERIDO:	FOLHA:

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

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*
TIPO DE LOGRADOURO:		BAIRRO:*		
COMPLEMENTO:		MUNICÍPIO:*		UF:*
		CEP:*		

TELEFONES PARA CONTATO	
TELEFONE RESIDENCIAL: ( )	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parcelo(a) / Meelro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posselro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO <input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

ABASTECIMENTO DE ÁGUA <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO <input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO <input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Fluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	DESTINO DO LIXO <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros                   Quantos: _____

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MÊS) [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	③④①②③④⑤			<input type="checkbox"/>
		/ /	③④①②③④⑤			<input type="checkbox"/>
		/ /	③④①②③④⑤			<input type="checkbox"/>
		/ /	③④①②③④⑤			<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura
--

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



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

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

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

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

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

# Anexo C – Ficha de Atendimento Individual

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

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

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

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

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

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

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

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

FAH-SUS AB v.1.3.0

## Anexo D – Ficha de Atendimento Odontológico Individual

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

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

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

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (Quantidade realizada)	Orientação de Higiene Bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem aissamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem aissamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de alveólite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crema Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA*	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>												
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>												
		Endodontia	<input type="checkbox"/>												
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>												
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>												
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>												
		Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>												
Periodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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  
\* Campo Obrigatório  
\*\* Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea

# Anexo E – Ficha de Procedimentos

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

  

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

  

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Procedimentos</b>  Catorze procedimentos (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não contados na listagem acima)	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"/>													
	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"/>													
	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"/>													

#### Procedimentos Consolidados

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

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



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

CIV-SUS/AB v.1.3.0

# Anexo G – Ficha de Visita Domiciliar

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

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

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

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

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

## Anexo H – Tipos de Logradouro

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

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

## Anexo I – Lista de Unidades da Federação

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

Fonte: IBGE, 2010a.

## Anexo J – Lista de Povos e Comunidades Tradicionais

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

## **Anexo K – Critérios de Elegibilidade de Atenção Domiciliar**

**Trecho retirado da Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que “redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.**

### **Art. 19. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que:**

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

**Art. 20. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.**

### **Art. 23. É critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2 a existência de, pelo menos, uma das seguintes situações:**

- I – demanda por procedimentos de maior complexidade que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- II – dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
- III – necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;
- IV – adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- V – adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- VI – adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- VII – acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- VIII – reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- IX – uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- X – acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- XI – Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- XII – necessidade de cuidados paliativos;
- XIII – necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou

XIV – necessidade de fisioterapia semanal.

**Art. 24. Na modalidade AD2, será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.**

**Art. 25. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.**

**Art. 26. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD3 as seguintes situações:**

I – existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e

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

a) oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo (pressão positiva contínua nas vias aéreas – CPAP), pressão aérea positiva por dois níveis (BIPAP), concentrador de O<sub>2</sub>;

b) diálise peritoneal; e

c) paracentese.

## Anexo L – Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)

Em atenção primária, frequentemente o diagnóstico etiológico não é o mais importante, e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), atualmente na versão 2, tem como principal critério de sistematização a pessoa incluindo o contexto social, e não a doença. Apresenta estrutura simples, fundada em dois eixos: 17 capítulos e 7 componentes comuns aos capítulos. Na ficha para registro ambulatorial do Sistema de Coleta Simplificada, utilizamos o CIAP em dois momentos:

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

### Capítulos e componentes da CIAP\*

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

### Componentes (iguais para todos os capítulos)

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

- neoplasias
- lesões
- anomalias congênitas
- outras doenças específicas

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