



# Câmara Municipal de Birigüi

Estado de São Paulo

REQUERIMENTO Nº

151/24

\*\*\*\*\*

REQUISITA INFORMAÇÕES SOBRE A  
IMPLANTAÇÃO DO MANUAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BIRIGUI.

Senhor Presidente,

CONSIDERANDO que recebemos de maneira  
anônima o arquivo que segue em anexo,

Tem o presente a finalidade de REQUERER que  
Vossa Excelência, após a aprovação pelo plenário, se digne de encaminhar  
ofício ao Prefeito Municipal, dele requisitando as seguintes informações:

1-) A Secretaria de Saúde pretende colocar em  
prática o Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à  
Saúde de Birigui?

2-) Em caso de resposta afirmativa ao item 1,  
quando o referido Manual será colocado em prática?

3-) Em caso de resposta afirmativa ao item 1, os  
servidores abrangidos e o SISEP serão convidados para pontuar eventuais  
dúvidas e sugestões?

4-) Quem foi o responsável pela elaboração do  
Manual?



# *Câmara Municipal de Birigüi*

*Estado de São Paulo*

4-) O mencionado Manual será colocado em prática através de qual instrumento jurídico?

Câmara Municipal de Birigui,

Em 3 de maio de 2024.



**SIDNEI MARIA RODRIGUES  
VEREADORA**



*Prefeitura Municipal de Birigui*

CNPJ 46.151.718/0001-80



# **Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Birigui**



---

**DIRETRIZES TÉCNICAS PARA O TRABALHO**

# Sumário

|     |                                                                                    |  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1-  | Introdução.....                                                                    |  |
| 2-  | Objetivo .....                                                                     |  |
| 3-  | Atribuição do Agente Comunitário de Saúde .....                                    |  |
|     | 3.1- Atribuições comuns à todo Agente Comunitário de Saúde.....                    |  |
|     | 3.2- Atribuições específicas do Agente Comunitário com curso técnico.....          |  |
| 4-  | Aspectos éticos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....                    |  |
|     | 4.1- Sigilo, direito à privacidade e confidencialidade.....                        |  |
|     | 4.2- Respeito à autonomia do usuário.....                                          |  |
| 5-  | Jornada de Trabalho.....                                                           |  |
| 6-  | Conhecendo o Território.....                                                       |  |
|     | 6.1- Planejamento do percurso.....                                                 |  |
|     | 6.2 Metodologia de trabalho.....                                                   |  |
|     | 6.3 Reconhecimento geográfico e Croqui .....                                       |  |
|     | 6.4 Mapa inteligente/Mapa vivo.....                                                |  |
| 7-  | A Visita Domiciliar no território.....                                             |  |
|     | 7.1 Tipos de Visitas Domiciliares.....                                             |  |
|     | 7.1.1 Visita para Cadastro/Atualização.....                                        |  |
|     | 7.1.2 Visita Periódica.....                                                        |  |
|     | 7.1.3 Visita Compartilhada.....                                                    |  |
|     | 7.1.4 Visita para Busca Ativa.....                                                 |  |
|     | 7.2 Abordagem familiar.....                                                        |  |
| 8-  | Cadastro de usuários, família e domicílio no SUS-BIRIGUI.....                      |  |
|     | 8.1 Cadastro Individual.....                                                       |  |
|     | 8.2 Cadastro domiciliar e territorial.....                                         |  |
| 9-  | Registro das ações realizadas pelo ACS.....                                        |  |
|     | 9.1 Registro no formulário de Visita Domiciliar e Territorial e Sistema e-Sus..... |  |
|     | 9.2 Formulário de Registro diário das visitas domiciliares do ACS.....             |  |
| 10- | Vigilância em saúde e coordenação do cuidado.....                                  |  |
|     | 10.1 Vigilância no Pré-natal e puerpério .....                                     |  |
|     | 10.2 Vigilância relacionada à imunização.....                                      |  |
|     | 10.3 Vigilância à saúde da criança.....                                            |  |
|     | 10.4 Vigilância à saúde do adolescente.....                                        |  |
|     | 10.5 Vigilância à saúde do adulto.....                                             |  |
|     | 10.6 Vigilância em saúde mental.....                                               |  |

|    |                                                                                                           |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|    | 10.7 Vigilância à saúde de pessoa idosa.....                                                              |  |
|    | 10.8 Vigilância em saúde relacionada à Tuberculose.....                                                   |  |
|    | 10.9 Abordagem ao Tabagismo.....                                                                          |  |
|    | 10.10 Vigilância em saúde relacionada à hanseníase.....                                                   |  |
|    | 10.11 Vigilância em saúde relacionada às arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika, Febre Amarela, etc)..... |  |
|    | 10.12 Vigilância em saúde relacionada à Infecções Sexualmente Transmissíveis ( IST)                       |  |
|    | 10.13 Vigilância em saúde Bucal.....                                                                      |  |
| 11 | Promoção de saúde e educação em saúde.....                                                                |  |
| 12 | Atividades coletivas e de apoio.....                                                                      |  |
|    | 12.1 eMult- Equipe Multiprofissional- Atenção Primária.....                                               |  |
|    | 12.2 Atividade coletiva em sala de espera.....                                                            |  |
| 13 | Violência no território e cultura de paz .....                                                            |  |
| 14 | Supervisão do Agente Comunitário de Saúde pelo Enfermeiro.....                                            |  |
| 15 | Espaços de discussão, gestão e de controle social.....                                                    |  |
|    | 15.1 Reunião de Equipe.....                                                                               |  |
|    | 15.2 Matriciamento.....                                                                                   |  |
|    | 15.3 Núcleo de Educação Permanente e Humanização ( NEPH).....                                             |  |

# 1- Introdução

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é formada por equipes de Saúde da Família (eSF), nas quais o agente comunitário de saúde (ACS) é um dos integrantes e possui função primordial para integração entre o serviço de saúde e a comunidade.

O trabalho do ACS destaca-se pela importância na efetivação das diretrizes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: coordenação do cuidado, vigilância em saúde, diagnóstico das necessidades do território e gestão da equidade. Além disso, possui relevante contribuição nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas que podem ser realizadas em domicílios ou em espaços coletivos nas UBS ou da comunidade.

A profissão do ACS está regulamentada pela lei n.º 10.507, de julho de 2002 e deve ser supervisionada, acompanhada e coordenada pelo enfermeiro, conforme portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

O ACS promove integração entre a ESF/EAB e a comunidade do território sob sua responsabilidade e obtém informações essenciais para o planejamento das ações em saúde, com base nas necessidades da população. Entre suas ações incluem-se o cadastramento das famílias e dos domicílios; identificação de fatores de risco e condições de saúde na população cadastrada, e levantamento das necessidades da população, considerando a complexidade ou gravidade das situações encontradas.

Espera-se com este manual, contribuir para que o ACS atue de maneira ética, crítica, reflexiva e seja capaz de transformar-se e de transformar a realidade à sua volta.

## 2- Objetivo

Aprimorar as competências para que o profissional possa desenvolver ações de integração social, vigilância, promoção da saúde e prevenção de eventos e agravos na família e na comunidade, em conjunto com os demais profissionais da ESF/EAB e equipe multiprofissional ampliada, de forma integrada e padronizada. Este documento, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Birigui, será um norteador da prática profissional do ACS na busca pela melhoria contínua na qualidade do cuidado ofertado.

## 3- Atribuição do Agente Comunitário de Saúde

Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as

responsabilidades das equipes locais de saúde, colocando em ação conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e desenvolvimento das interações sociais. O trabalho do ACS deverá fundamentar-se em duas dimensões principais de atuação: uma política, representada pela inserção da temática saúde nos espaços coletivos de discussões, visando transformar os fatores determinantes e condicionantes de saúde presentes na região; e outra mais técnica, relacionada à sua atuação direta junto aos usuários e suas famílias, realizando intervenções para promover saúde e prevenir agravos a partir da vigilância dos grupos mais vulneráveis e de condições clínicas específicas (SILVA e DALMASO, 2002; PUPIN e CARDOSO, 2008).

Os ACS são profissionais que atuam na APS, no contexto das equipes de saúde da família, sendo regidos pela Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas alterações (Lei nº12.994, de 2014; Lei nº 13.342, de 2016; Lei nº 13.595, de 2018), a qual também é voltada aos Agentes de Combate às Endemias

Independente da população da cidade ou da população sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família, o Ministério da Saúde recomenda que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) seja responsável pelo “cuidado” de uma micro área com no máximo 750 pessoas, não especificando o número de famílias. No entanto, cabe ao município dimensionar a necessidade do número de ACSs para cada equipe de saúde da família, assim como o tamanho das microáreas sob responsabilidade de cada ACS. Para isto, deve ser levado em conta fatores como área (tamanho), população, dificuldade de locomoção dentro da área / microárea e perfil epidemiológico.

Compete ao ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo com a equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais.

As atribuições do ACS da rede SUS-Birigui estão fundamentadas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde (MS), que estabelece a revisão das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na lei Nº 11.595, de janeiro de 2018, que cria o cargo e define as atribuições. Em Janeiro de 2023 considera os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como **profissionais de saúde**.

O cumprimento de horário, subordinação à chefia, compromisso com a guarda de documentos e responsabilidade na veracidade das informações registradas nos instrumentos de trabalho são alguns dos deveres do ACS e a inconformidade é passível de sanções legais, competindo à Corregedoria-Geral do Município para análise e providências legais para cada caso.

## 3.1 Atribuições comuns a todos os Agentes Comunitários de Saúde

As competências e atribuições do ACS no SUS-Birigui estão descritas a seguir:

- Realizar visitas domiciliares regulares às famílias e indivíduos com referência média de uma visita/família/mês e minimamente 12 visitas às casas abertas/dia (Visitas Periódicas). O intervalo das visitas pode ser diminuído de acordo com o planejamento da eSF em casos de agravos de saúde, maior vulnerabilidade social e condições que necessitem de acompanhamento sistemático, inclusive acamados. O número menor de VD diárias deve ser justificada ao enfermeiro da equipe e registrada na folha diária de ações do ACS ( casos de dias chuvosos, atividade interna na unidade, trabalhos em outros setores)

- Realizar visita domiciliar compartilhada com outros profissionais, com membros da ESF e eMult conforme pactuado nas reuniões de matriciamentos.

- Nas microáreas de baixo risco não vinculadas às ESF, realizar visitas aos domicílios com indivíduos em condições de vulnerabilidade de acordo com o planejamento da ESF a partir das necessidades identificadas.

- Realizar visitas regulares aos pacientes que necessitem de insumos fornecidos pela SMS, com olhar crítico para utilização e armazenamento adequado desses materiais no domicílio, informando à eSF qualquer anormalidade.

- Cadastrar e manter atualizado os dados de saúde das famílias e dos indivíduos de sua microárea nos formulários e nos sistemas de informação vigentes como: nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, para fins de planejamento das ESF, garantindo o sigilo ético.

- Registrar a visita domiciliar das famílias e dos indivíduos de sua microárea nos formulários e inserir os dados no sistema de informações vigentes conforme Nota Técnica de 20 de Agosto de 2015, do Ministério da Saúde, através da Secretária de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica, para fins de planejamento das ESF, garantindo o sigilo ético.

- Utilizar as informações sistematicamente para diagnóstico situacional, planejamento, organização e avaliação das ações em conjunto com a ESF, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.

- Elaborar o croqui com a delimitação de sua microárea, em conjunto com o enfermeiro da equipe.

- Construir o mapa vivo da microárea, destacando as instituições ou estabelecimentos como creches, abrigos, escolas, igrejas, presídios, ILPI da área de abrangência e outros, atualizando-o sempre que necessário.

- Participar efetivamente das reuniões de equipe, matriciamentos, atividades de educação permanente, promoção e prevenção à saúde.

- Participar efetivamente da supervisão desenvolvida pelo enfermeiro,

fornecendo informações relacionadas às suas atividades, esclarecendo as inconformidades de cadastros e dificuldades de execução de visitas domiciliares.

- Registrar, atualizar e acompanhar as ações de vigilância em saúde.
- Orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas, ações e funcionamento dos serviços ofertados pela UBS: vacina, curativos, farmácia, aferição de sinais vitais, coleta de exames laboratoriais, agendamentos de consultas, entre outros. É importante que o ACS informe ainda sobre o horário de funcionamento dos setores, documentação necessária para acessar os serviços e as especificidades como, por exemplo, o dia de inventário.

- Identificar os usuários que não aderiram às atividades programadas, ações de vigilância epidemiológica ou outras que tenham sido previstas pela ESF, convidando e estimulando a sua participação e comunicando aos outros membros da equipe os casos em que a sensibilização não foi suficiente.

- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores, realizando o apoio no bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos e preenchendo o Boletim da Dengue.

- Colaborar no controle e combate às arboviroses, conforme definido no Art 4º da lei Nº 11.350 de 5 de Outubro de 2006;

- Participar da realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos, conforme Art. 4º da lei Nº 11.350 de 5 de Outubro de 2006;

- Informar ou entregar aos usuários marcação de consultas e exames especializados caso a UBS ou Central de Regulação não consiga realizar o contato telefônico. Todas as demandas de entrega dos agendamentos devem ser definidas pelo enfermeiro da equipe;

- Acompanhar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e registrar em formulário próprio. EX: Tuberculose

- Estimular a autonomia e o autocuidado, de acordo com o planejamento da equipe, respeitando as escolhas do usuário.

- Estimular a participação da comunidade em ações que busquem melhoria das condições de vida e saúde, identificando parceiros e recursos existentes na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais.

- Incentivar a comunidade a atuar em espaços de participação popular e controle social, bem como no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde.

- Acompanhar e registrar nos sistemas de informação e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes às condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.

- Informar à recepção os óbitos da microárea para que os prontuários físicos dos usuários possam ser arquivados.

- Organizar e arquivar na UBS as fichas de cadastro individual e domiciliar, em ordem alfabética tendo como referência o nome do responsável familiar.

- Fazer a entrega e preenchimento da Caderneta do Idoso aos moradores com mais de 60 anos e realizar o acompanhamento dos registros durante as Visitas de Rotina.

- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, estadual ou municipal (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde).

## 3.2 Atribuições específicas dos Agentes Comunitários com curso técnico

A fim de promover qualificação profissional para um vínculo maior e mais forte com a população, além da integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde institui o Programa Mais Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme **PORTARIA GM/MS Nº 2.304, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2023**.

O curso técnico é oferecido pelo Ministério da Saúde e foi aderido pela Secretaria Municipal de Saúde de Birigui desde 2023. As vagas são oferecidas periodicamente e distribuídas pelo Ministério da Saúde e é responsabilidade do ACS realizar a inscrição e acompanhar a sua aprovação.

Sobre a realização do Curso, o ACS deverá cumprir a carga horária das modalidades presenciais e a distância dentro da sua jornada de trabalho, definido pela Divisão de Atenção Básica.

As atribuições só poderão ser exercidas após o fornecimento do Certificado e uma cópia deve ser enviada para Divisão de Atenção Básica.

As atribuições do ACS com curso técnico do SUS- Birigui estão descritas a seguir:

- Aferir a pressão arterial, durante a visita domiciliar em casos de pacientes Hipertensos em acompanhamento ou casos de solicitação de mapa de pressão arterial pelo médico ou enfermeiro;
- Aferição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar em casos de pacientes Diabéticos não insulinos-dependentes em acompanhamento ou casos de solicitação de mapa de glicemia capilar pelo médico ou enfermeiro;
- Em casos de alterações:  
Pacientes com alterações importantes e sintomáticos, devem ser encaminhados ao Pronto Socorro Municipal, comunicar o enfermeiro da equipe para registro em prontuário;  
-Pacientes com alterações leves e assintomáticos devem ser acompanhado pela equipe da ESF.
- Verificar antropometria quando necessário em campanhas e ações extra-muro quando definido pelo enfermeiro da equipe.

OBS:

-Pacientes sem diagnóstico feito pelo médico, o ACS não deve realizar os procedimentos, exceto em casos de solicitação médica ou do enfermeiro. Em casos de queixa, encaminhar paciente para ser avaliado pela enfermeira da equipe;

-Os pacientes Diabéticos insulinos-dependentes que ainda não tiverem o glicosímetro, devem ser encaminhados a UBS para ser inserido no Programa de Fornecedor de Insumos Para Diabéticos Insulino- Dependentes.

O registro dos valores desses procedimentos deve ser feito na folha de registros e os dados inseridos no Sistema de Informações Vigente na digitação da Visita Domiciliar.

## 4-Aspectos éticos no trabalho do ACS

O trabalho do ACS deverá ser pautado nos princípios constitucionais que regem a administração pública, segundo Art. 37 da Constituição Federal, no qual destacamos os princípios da legalidade, moralidade e eficiência.

Pelo princípio da legalidade, o ACS atuará conforme a legislação vigente, caso contrário, será responsabilizado pelos seus atos. O princípio da moralidade pressupõe que a conduta do ACS deverá ser realizada com ética e boa fé, e o princípio da eficiência qualifica as atribuições dentro da responsabilidade, respeito e humanização otimizando tempo e custos.

Em resumo, o trabalho do ACS envolve uma diversidade de relações estabelecidas com as famílias, nas quais os problemas como doenças, desemprego, pobreza, confidências que exigem sigilo profissional, implicações legais, violência intrafamiliar, problemas relacionados à moradia, ameaça pelo crime organizado, uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas, convivência com pessoas que vivem na ilegalidade, constituem um genuíno desafio do cuidado continuado à saúde (VIDAL, 2015).

Diante desse desafio, faz-se necessária a sistematização de normas que orientem a relação entre o ACS e usuários/famílias, pautada na ética. Dentre os princípios éticos mais relevantes para a relação entre o ACS e o usuário incluem-se o sigilo, o direito à privacidade, à confidencialidade e o respeito à autonomia (FORTES, 2004; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015; RIBEIRO et al., GOUVEA; CASOTTI, 2017).

### 4.1 Sigilo, direito à privacidade e confidencialidade

As informações coletadas dentro do domicílio são privadas dos indivíduos e de suas famílias e deverão ser tratadas de maneira ética, resguardando o sigilo e a confidencialidade assim como toda informação que o ACS venha a conhecer no exercício de suas atividades.

Durante as visitas domiciliares, nas quais existe uma maior dificuldade do usuário em manter a sua privacidade, o ACS deverá ter especial atenção na obtenção de informações, pois nem sempre existe um espaço reservado para a conversa. Estar atento a outros indivíduos que estão por perto e intervir, se necessário, com uma mudança de ambiente ou até mesmo interrompendo a visita, é de extrema importância.

A equipe deverá definir com precisão quais informações o ACS coletará nos casos de vigilância de agravos à saúde, para além dos dados presentes no formulário de acompanhamento.

Diante das atribuições do ACS, fica claro que sua atuação não contempla acesso ou registro ao prontuário eletrônico do usuário. Contudo, informações relevantes trazidas em reunião deverão ser discutidas nas reuniões de ESF, garantindo a continuidade do cuidado.

## 4.2 Respeito à autonomia do usuário

Autonomia relaciona-se com tomada de decisão. Uma pessoa autônoma é capaz de deliberar, decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas, podendo atuar conforme sua escolha. Para o ACS, respeitar o usuário como agente autônomo significa ser capaz de acatar o seu direito de opinião própria, de fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, mesmo que suas opções possam discordar das indicações técnicas.

A mudança de estilo de vida pressupõe previamente uma tomada de decisão que é sempre pessoal. Os profissionais de saúde precisarão compreender este limite e aceitar a liberdade de escolha das pessoas, mas sempre estimulando a reflexão do usuário em relação aos potenciais ganhos com a implementação de mudanças.

É necessário que o ACS esteja sempre atento para o limite entre a desejável postura persuasiva nas suas orientações, na qual tenta mudar a prática ou hábito de vida do usuário por meio do diálogo e compartilhamento de decisões, e uma indesejável postura coercitiva, que tenta obrigar o usuário a adotar determinada prática ou estilo de vida, sem levar em consideração o necessário protagonismo do usuário e sua autonomia.

Na abordagem persuasiva, será importante escutar as justificativas do usuário por não seguir o recomendado; orientar que situações de excesso no trabalho, comida inadequada, fumo e problemas familiares poderão ocasionar adoecimento e oferecer alternativas disponíveis na APS ou em outros setores sempre considerando a limitação do usuário de horário ou o deslocamento no território.

## 5- Jornada de Trabalho

A jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto na Lei Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006 será integralmente dedicada às ações e aos serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias em prol das famílias e das comunidades assistidas, no âmbito dos respectivos territórios de atuação, e assegurará aos Agentes Comunitários de Saúde participação nas atividades de planejamento e avaliação de ações, de detalhamento das atividades, de registro de dados e de reuniões de equipe

A carga horária de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em Birigui fica padronizada da seguinte forma: de Segunda a Sexta-feira das 07:30 as 12:30 das 14:00 as 17:00hs. Essa padronização é definida para melhor organização do processo de trabalho junto à equipe em que o ACS está inserido.

A flexibilização do horário de trabalho é permitido nas seguintes situações:

1- Quando a característica da microárea do ACS exige a mudança de horário ou dia da semana como por exemplo, áreas onde a população trabalha em horário comercial e o ACS não consegue atendê-lo nesse período. Nesses casos é

permitido flexibilizar o horário ou dia da semana do ACS, desde que articulado com o enfermeiro da equipe e se cumpra a carga horária semanal. Lembrando que não poderá desenvolver suas atribuições após as 20hs e aos domingos por motivos de segurança e questões salariais ;

2- Quando por necessidade da Unidade de trabalho, o ACS necessite realizar um outro horário, desde que articulado com o enfermeiro da equipe e se cumpra a carga horária semanal ;

3- Quando por motivos particulares o ACS não puder cumprir o horário fixado., deverá solicitar oficialmente a mudança do seu horário ao Coordenador da Divisão de Atenção Básica, justificando essa necessidade, desde que acordado com o enfermeiro da equipe.

Observação: caso haja alguma reunião, matriciamento ou qualquer ação coletiva em que o ACS deva estar presente, essa flexibilização de horário será cancelada no dia do evento.

## 6- Conhecendo o território

O território é um espaço dinâmico, em constante construção e transformação, que promove condições para o desenvolvimento de saúde ou doença. É caracterizado pelo conjunto de situações históricas, ambientais, sociais, culturais, geopolíticas, ideológicas e econômicas, onde as pessoas e as famílias residem, circulam, trabalham e constroem seus hábitos de vida.

O conhecimento do território é o ponto de partida para a organização das ações do ACS nas práticas de promoção e vigilância em saúde.

Para fins de organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, o território em Birigui em áreas de abrangência das UBSs, que por sua vez são subdivididas em setores censitários e microáreas.

O setor censitário é a unidade territorial estabelecida para fins de controle cadastral pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cada setor possui um código de identificação e é classificado de acordo com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS). O IVS é um indicador sintético que agrega dados relacionados ao saneamento, habitação, escolaridade, renda e à pavimentação, e tem por objetivo analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas. Quanto mais elevado IVS, maior é a vulnerabilidade daquele setor censitário, em relação ao adoecimento e risco de morte.

A área de abrangência é definida como o conjunto de microáreas sob responsabilidade de uma UBS e são delimitadas por ruas, rios, avenidas, travessas, becos, praças e barreiras geográficas.

Para fins de georreferenciamento, o setor censitário não pode ser dividido entre UBSs e as ESF; já a microárea pode fazer parte de um ou mais setores censitários, desde que estes estejam em uma mesma ESF.

As microáreas, por sua vez, são definidas pela SMS a partir da caracterização de um espaço urbano delimitado. O tamanho da microárea pode variar de acordo com a concentração populacional e com a vulnerabilidade da

população, levando em consideração a homogeneidade socioeconômica sanitária, isto é, reúne espaços onde se concentram grupos populacionais com características semelhantes, não podendo ultrapassar o limite de 750 pessoas por microárea.

Dentro de uma microárea, a moradia é o menor espaço de agregação social familiar ou de grupos de indivíduos em um território, sendo o local nos quais estão estabelecidas as relações cotidianas familiares. Existem diversos tipos de moradia como, por exemplo, domicílios, pensões, abrigos, repúblicas, ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos), e espaços nos quais vivem população em situação de rua e populações privadas de liberdade.

## 6.1 Planejamento do percurso

Planejar o percurso é uma etapa essencial do processo de trabalho do ACS, deverá ser feito mensalmente com o enfermeiro durante a supervisão utilizando o Instrumento de Planejamento de Visitas do ACS (anexo 01). É um processo dinâmico e contribui para a organização do serviço, determinando o número de visitas por dia e qual o local. O objetivo é otimizar o trabalho do ACS possibilitando que os usuários que necessitem mais recebam um número maior de visitas e com maior agilidade.

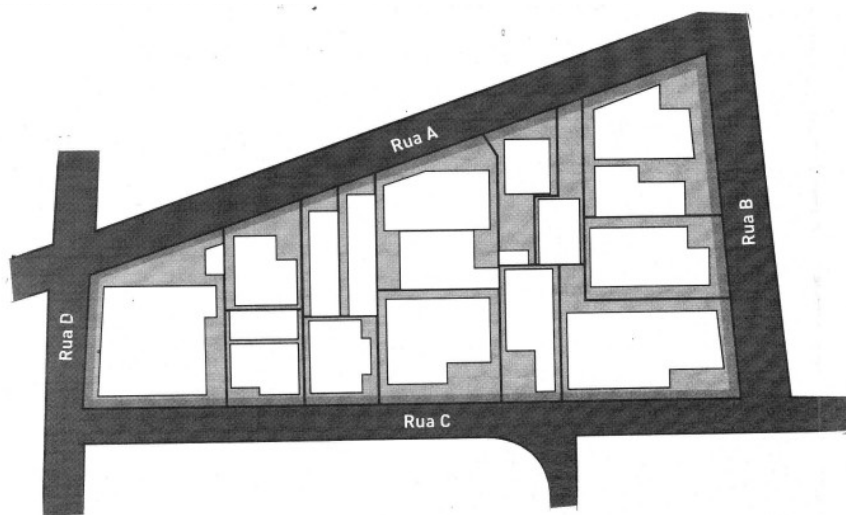
A realização da visita domiciliar (VD) para o reconhecimento do território e das necessidades de saúde da população adscrita é organizada atualmente na microárea por quarteirão ou por arruamento. O que se preconiza neste documento é o uso da metodologia por quarteirão.

Mesmo com essa organização, o enfermeiro da equipe juntamente com o Agente Comunitário de Saúde, podem redirecionar as visitas caso julguem necessário, em casos de Busca Ativas, por exemplo.

## 6.2 Metodologia de trabalho

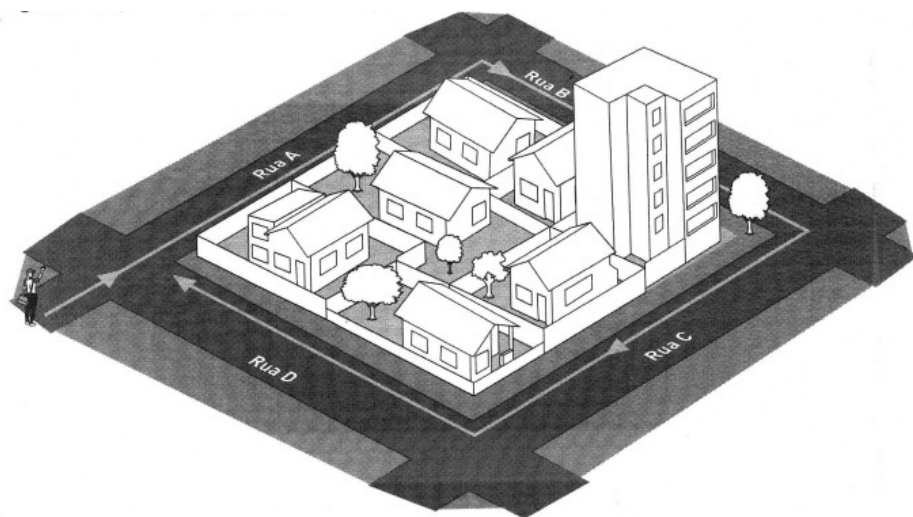
A metodologia de trabalho por quarteirão consiste no acompanhamento das pessoas por quadras. Os dados codificados por quarteirões permitem que se faça o georreferenciamento possibilitando a análise das ações e dos indicadores epidemiológicos e operacionais, instrumentos balizadores para tomadas de decisões.

Essa lógica otimiza o tempo para identificação de agravos prevalentes e problemas na comunidade. Os quarteirões podem ser regulares, quando é circundado totalmente, ou irregulares, quando não é possível circundá-lo totalmente. Todas as quadras possuem um código gerado, pela equipe do CCVZ, através do Cadastro de Imóveis. Esse código é essencial para a lógica de trabalho na metodologia do quarteirão.



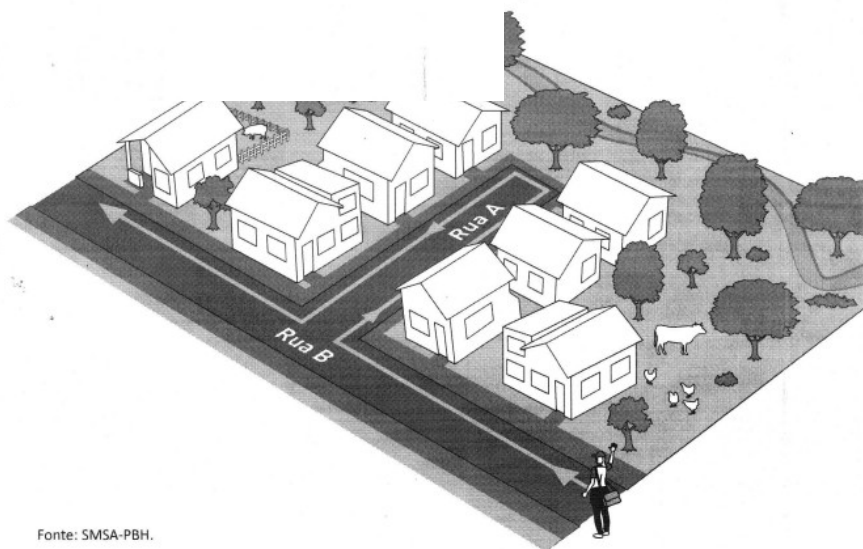
Fonte: SMSA-PBH.

gráfica do Quarteirão Regular



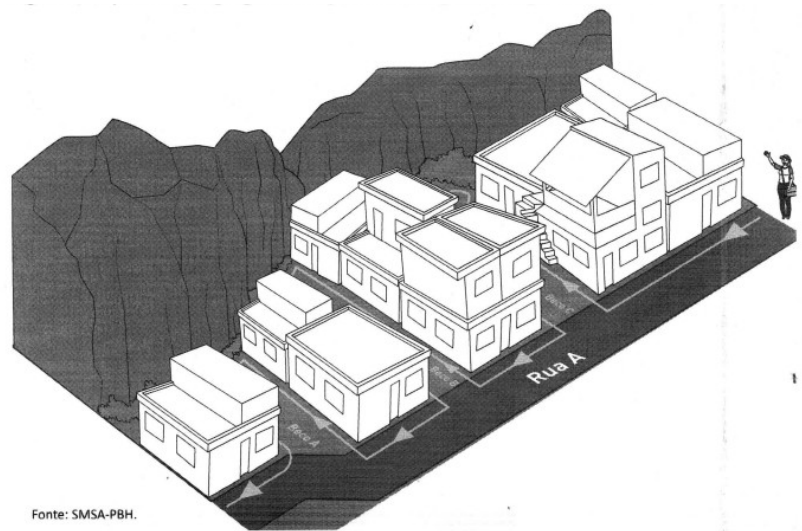
Fonte: SMSA-PBH.

25



Fonte: SMSA-PBH.

## Representação Geográfica de Quarteirões irregulares- Aglomerados



### 6.3 Reconhecimento geográfico e croqui

O Reconhecimento Geográfico (RG), de maneira sistemática, registra informações sobre o número de quarteirões e imóveis existentes, a disposição de cada localidade em relação à vizinhança, facilitando a localização e o deslocamento dentro do território.

O RG facilita o planejamento de ações de bloqueio de transmissão de doenças, ações comunitárias, panfletagens, orientação aos moradores, cobertura das ações executadas, dimensionamento das necessidades de saúde para alocação adequada dos recursos, classificação das áreas de vulnerabilidades, dentre outras aplicabilidades.

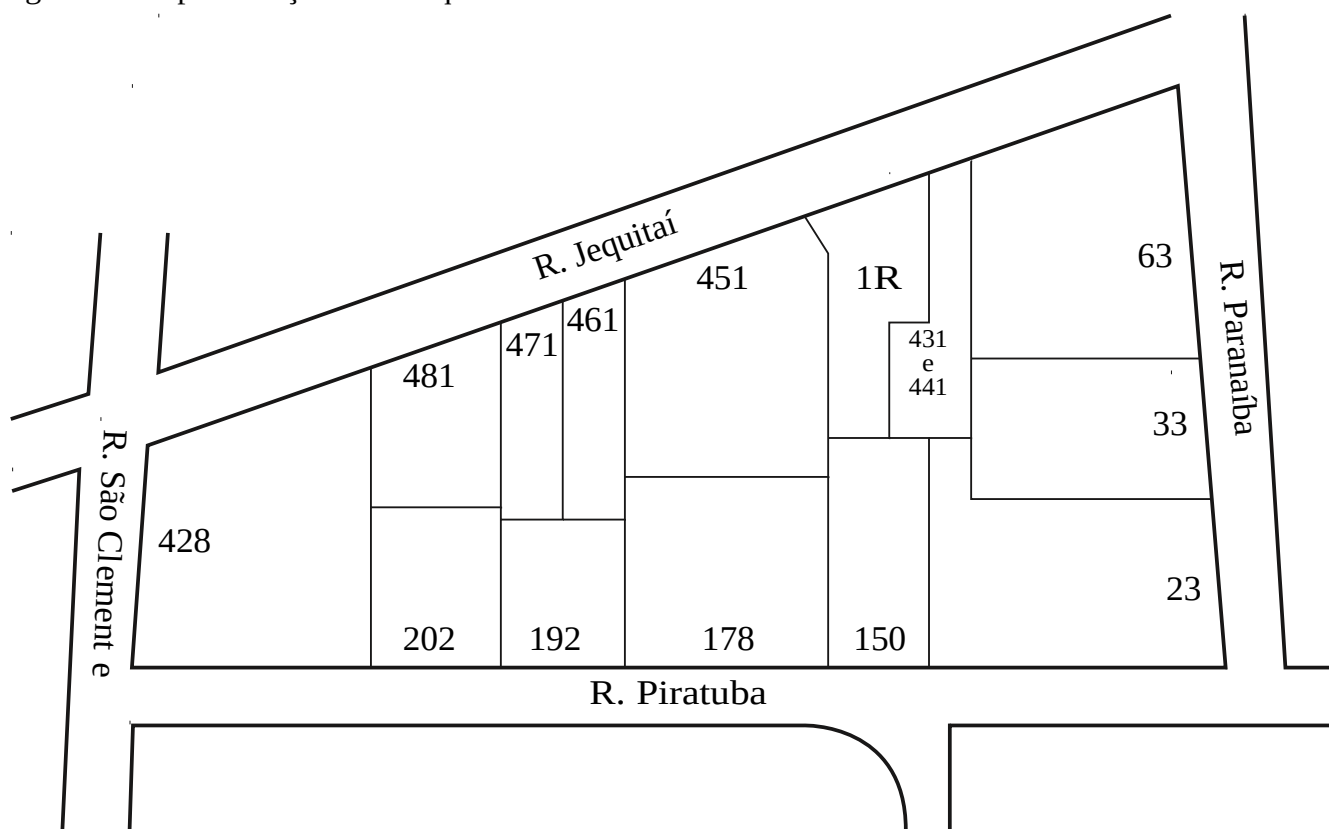
O Reconhecimento Geográfico deverá ser representado graficamente na forma de croqui da localidade, em papel, utilizando como referência o Mapa Urbano do município. A legenda de locais não habitados está representada conforme cores na figura 8.

O croqui é o desenho da área de visita domiciliar permite uma visualização microárea do ACS. Deverá ser produzidas pelo próprio ACS em uma folha de papel A4, constando as quadras com os domicílios, comércio, igrejas, ILPI, creches, terrenos baldios, equipamentos da comunidade, ruas, avenidas, becos, praças, caminhos, lagoas, rios, córregos, escolas, postos de saúde, correios, delegacia policial, aeroportos, parques, praças, comércio entre outros. O objetivo é facilitar o detalhamento e a visualização do território possibilitando classificar áreas de vulnerabilidade à saúde e priorizar regiões consideradas de maior ou menor risco para adoecer e/ou morrer. O croqui de uma microárea está representado na figura 9. ( pag 19)

Figura 8-Legenda do Mapa Urbano

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <b>FONTES DE SAÚDE</b>                                    |
| <b>ESCOLAS MUNICIPAIS (E.M.)</b>                          |
| <b>ESCOLAS ESTADUAIS (E.E.)</b>                           |
| <b>ESCOLAR MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL (E.M.E.I.)</b> |
| <b>CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL (C.E.I.)</b>               |
| <b>CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL (C.E.I.)-CONVENIADAS</b>   |
| <b>PRÉDIO PÚBLICO</b>                                     |
| <b>PRAÇA, PARQUE MUNICIPAL E CENTRO ESPORTIVO</b>         |
| <b>ÁREA DO MUNICÍPIO</b>                                  |
| <b>ÁREA COMERCIAL</b>                                     |
| <b>ÁREA DE PRESERVAÇÃO PERMANENTE</b>                     |
| <b>ÁREA REMANESCENTE</b>                                  |
| <b>ÁREA NÃO IDENTIFICADA</b>                              |
| <b>ÁREA DE SISTEMA DE LAZER</b>                           |
| <b>ÁREA VERDE</b>                                         |
| <b>ÁREA INSTITUCIONAL</b>                                 |

Figura 9 - Representação do croqui de uma microárea.



## 6.4 Mapa inteligente/Mapa vivo

O mapa inteligente deverá ser construído a partir dos croquis e tem como objetivo identificar, em cada quadra, as situações de maior vulnerabilidade e necessidade de acompanhamento pela ESF. Entre essas situações, incluem-se as crianças menores de dois anos, gestantes, idosos acamados/domiciliados, pessoas com deficiência, diabéticos, hipertensos, tuberculose, dengue, beneficiários do Programa Bolsa Família, dentre outras.

O mapa inteligente é dinâmico e acompanha as mudanças de saúde ocorridas na família favorecendo a integração assistencial e ambiental do território.

Segue abaixo a padronização de símbolos a ser utilizada pela ACS para construção do Mapa Vivo.

### PADRONIZAÇÃO DE SIMBOLOGIA PARA O MAPA INTELIGENTE

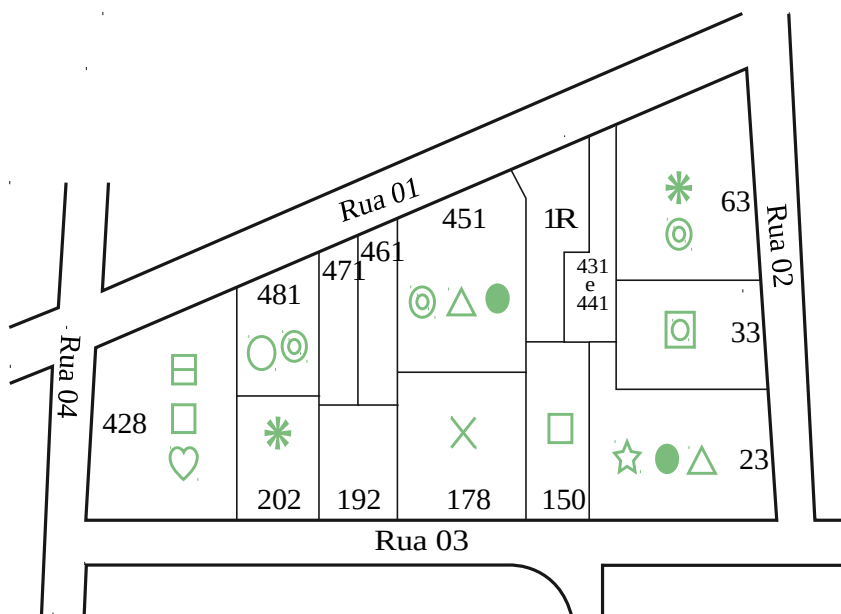
| SÍMBOLO                                                                             | SITUAÇÃO DE SAÚDE                    | SÍMBOLO                                                                             | SITUAÇÃO DE SAÚDE | SÍMBOLO                                                                               | SITUAÇÃO DE SAÚDE      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|    | Gestante                             |    | Criança < 2 anos  |    | Saúde Mental           |
|    | HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica |    | Acamados          |    | Bolsa Família          |
|   | DM - Diabetes Mellitus               |   | TB - Tuberculose  |   | Pessoas c/ deficiência |
|  | Recém-nascido                        |  | Idoso             |  | Outros                 |

Na situação de agravos "outros", é importante que o ACS sinalize as demais situações relevantes que merecem destaque e devem ser levadas para discussão com os demais membros da ESF. Quando houver mais de uma situação de saúde na mesma família, poderá ser utilizado mais de um símbolo.

**Vale ressaltar que a formulação desses mapas traz consigo potencialidades, podendo constituir-se em uma produção importantíssima na aproximação entre a equipe e o território, dependendo das maneiras como é realizada e utilizada.**

- Facilita o planejamento das ações da equipe de Saúde da Família.
- Possibilita planejar o percurso das visitas de cada dia sem desperdiçar tempo.
- Mostra os caminhos mais fáceis para se chegar a um determinado local da microárea.
- Dá visibilidade, por meio de símbolos, às casas com famílias em situação de risco e que necessitam ser priorizadas pela equipe.
- Mostra toda a microárea, dando uma visão global do trabalho a ser executado por todos os profissionais de saúde.
- Mostra as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada, etc.).

Figura 10 - Exemplo de mapa inteligente.



## 7-A visita domiciliar no território

A visita domiciliar, prevista na Lei 11.350 de 5 de Outubro de 2006, é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de saúde da família que possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário e a constatação "in loco" das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares.

Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe.

Os agentes comunitários de saúde constroem o elo entre os usuários e a UBS por meio da visita domiciliar (VD). É um momento importante e estratégico para se estabelecer e fortalecer a relação de vínculo com usuários e famílias (BARALHAS e PEREIRA, 2011; SANTOS e MORAIS, 2011). A VD é a oportunidade para que o profissional conheça as necessidades da família, através da escuta ativa, e os auxilie na resolução dos problemas evidenciados (CARLI *et al.*, 2014).

A VD precisa ser devidamente planejada para que alcance os objetivos. Quando o ACS sai da unidade, é necessário ter um direcionamento de onde, porque, o que levar e como abordar os usuários na comunidade. Deverá usar sempre trajes adequados, abolindo o uso de short, bermudas, camisetas, minissaias e roupas decotadas, e quando disponibilizado, utilizar uniforme e Crachá de identificação.

O objetivo é obter o máximo de informações úteis que possibilite descobrir as reais necessidades de saúde da população da área de abrangência e garantir a vigilância e acompanhamento em saúde. É importante ressaltarmos que

a visita realizada poderá ser o primeiro contato da população com o serviço de saúde, por este motivo é de suma importância ser bem realizada. A explicação aos moradores sobre o objetivo da visita, a frequência, como são ofertados os serviços na UBS, deve ser sempre realizada e com o cuidado para não invadir a privacidade das pessoas.

No cotidiano do ACS é comum encontrar, práticas culturais como: uso de chás, rezas, benzeduras, simpatias, oferendas, ritos de purificação, entre outros. Assim, é fundamental que o profissional respeite essas crenças e práticas, para que possa conferir maior efetividade às ações em saúde realizadas pela ESF. Durante a VD o ACS deverá estar atento e sensibilizado a situações de riscos e vulnerabilidades em todos os ciclos de vida (quadro 1).

Quadro 1 - Situações de riscos e vulnerabilidades em todos os ciclos de vida para visita domiciliar.

| Crianças                                                                                                                | Gestantes                                                                                                                                                                                                                                   | Adultos                                                                                                                                               | Idosos                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bebês que nasceram com menos de dois quilos e meio. Beneficiárias do programa Bolsa Família.                            | Portadoras de doença crônicas não infecciosas: Diabetes <i>Mellitus</i> , Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, com transtornos mentais. Tabagistas, etilistas e usuárias de drogas ilícitas. Beneficiárias do programa Bolsa Família. | Portadores de doenças crônicas: Diabetes <i>Mellitus</i> , Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, transtornos mentais.                            | Acamados/ restritos ao leito ou ao domicílio. Dependentes de vida diárias. Risco de queda. Deficit cognitivo. Portadores de doenças crônicas não transmissíveis: Diabetes, <i>Mellitus</i> , Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, transtornos mentais. |
| Faltosos na puericultura e/ou vacinações. Em uso de algum tipo de insumos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde | Que não iniciaram ou Faltosas no pré-natal. Não imunizadas. Em uso de algum tipo de insumo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde                                                                                                     | Sem adesão ao tratamento de doenças crônicas. Em uso de algum tipo de insumos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde . Pessoas com deficiência | Sem adesão ao tratamento ou com dificuldades para adesão. Em uso de algum tipo de insumos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Pessoa com deficiência                                                                                              |
| Desnutridas e obesas.                                                                                                   | Desnutridas e obesas.                                                                                                                                                                                                                       | Pessoas com sobrepeso e com estilo de vida sedentário.                                                                                                | Desnutridos e obesos.                                                                                                                                                                                                                                        |
| Atraso no crescimento e/ou desenvolvimento, criança com deficiência ou síndromes                                        | Faltosas no pré natal de alto risco, pessoa com deficiência .                                                                                                                                                                               | Pessoas em uso do tabaco, álcool e drogas ilícitas.                                                                                                   | Necessitados de cuidadores, mas que não possuem alguém que exerça essa função e insuficiência familiar e/ou insuficiência de cuidado.                                                                                                                        |
| Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.                                | Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.                                                                                                                                                    | Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.                                                              | Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.                                                                                                                                                                     |
| Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias doenças.                                                              | Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias doenças.                                                                                                                                                                                  | Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias doenças.                                                                                            | Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias doenças.                                                                                                                                                                                                   |
| Baixa escolaridade da mãe e falta de acesso a rede de apoio social.                                                     | Baixa escolaridade e falta de acesso a rede de apoio social.                                                                                                                                                                                | Baixa escolaridade e falta de acesso a rede de apoio social.                                                                                          | Baixa escolaridade e falta de acesso a rede de apoio social.                                                                                                                                                                                                 |
| Filhos de mães tabagistas, etilistas, usuárias                                                                          | Gestante com doenças infecciosas (Sífilis, HIV,                                                                                                                                                                                             | Pessoa com doenças infectocontagiosas (Sífilis,                                                                                                       | Pessoas com deficiência e/ou com algum tipo de                                                                                                                                                                                                               |

|                                 |                                                                 |                                                                                         |                                                            |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| de drogas ilícitas na gravidez. | toxoplasmose, hepatites virais, leishmaniose, esquistossomose). | HIV, hepatites virais, tuberculose, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose, outros). | restrição que não têm acesso às ações e serviços de saúde. |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

**OBSERVAÇÃO: As atividades coletivas e orientações aos usuários pelo telefone não devem ser consideradas como visita domiciliar.**

## 7.1 Tipos de Visitas

### 7.1.1 Visita para Cadastramento/Atualização

A Visita Domiciliar para Cadastramento: é a primeira contato do ACS com o morador, onde será feito o cadastro individual e cadastro domiciliar, especificado abaixo.

A visita Domiciliar de Atualização: é aquela onde durante a visita o ACS vai atualizar algum dado do morador, como endereço, telefone ou condições de saúde. Isso deve ser feito em todas as visitas periódicas para que as informações no sistema seja o mais fidedigna possível.

### 7.1.2 Visita Periódica

A Visita Domiciliar Periódica é a realizada mensalmente pelo ACS, dentro do seu roteiro de trabalho, por quadra. Cada morador da microárea do ACS deve ser visitado ao menos 1 vez ao mês, independente das condições de saúde, para isso faz-se uma média, baseada na quantidade máxima de moradores vinculadas ao ACS em relação aos dias trabalhados no mês e número de moradores por casa, de que o ACS deva realizar um mínimo de 12 visitas periódicas no dia.

### 7.1.3 Visita Compartilhada

A Visita Domiciliar Compartilhada com outro profissional é aquela em que o ACS acompanha ou é acompanhado por outro membro da equipe, como por exemplo: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Agente de Combate a Endemias, equipe da eMult, entre outros.

Caso essa visita estiver no itinerário da programação das atividades do ACS, pode-se considerar como Visita Periódica.

### 7.1.4 Visita Busca Ativa

A visita Domiciliar para Busca Ativa é aquela em que o ACS é designado para um motivo específico e não está no itinerário da programação das atividades do dia.

Podemos usar como exemplo as buscas por crianças com vacinas em atraso, a busca por paciente em abandono de algum tratamento como de sífilis ou TB, busca de pacientes que se ausentaram das consultas médicas ou de enfermagem agendadas, busca pelas gestantes que não estão realizando o pré-natal de forma adequada, entre várias outras situações.

## 7.2 Abordagem Familiar

A família é o ponto de partida para o trabalho do ACS na comunidade e, por isso, é preciso identificar e compreender os formatos e a dinâmica das famílias da sua área de abrangência.

Podemos chamar de família um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade e de convivência (MS, 2002). Existem várias formas de organização familiar e esta ajuda a definir valores, costumes e o comportamento do indivíduo no enfrentamento de sua condição de saúde, por meio de apoio, flexibilidade, paciência e cuidado, ou ausência destes. O ACS deverá observar os integrantes e a história familiar e identificar situações que apontem a necessidade de intervenção pela equipe, refletindo a partir das visitas nos seguintes pontos:

- Quem faz parte desse núcleo familiar?
- Quem é o responsável por essa família economicamente?
- Quantas pessoas compõem este núcleo familiar?
- Quem cuida dessa família?
- Os indivíduos praticam alguma atividade física regular?
- Qual o horário das refeições?
- Há indivíduos que fumam? Fumam o quê? Qual a quantidade por dia? Sabe dos malefícios do fumo à sua saúde?
- Há indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica? Com qual frequência?
- As crianças e adolescentes estão frequentando a escola?
- Existem situações de vulnerabilidades ou de violência?

Durante a visita domiciliar, pode ocorrer do ACS não encontrar alguém na residência; para estes casos a SMS padronizou um instrumento denominado “comunicado de visita domiciliar” que o ACS deverá deixá-lo na residência após o preenchimento. (Anexo 2)

## 8. Cadastro de usuários, família e domicílio no SUS-BIRIGUI

### 8.1 Cadastro Individual

O cadastro individual no SUS-BIRIGUI tem como objetivos prover informações para a identificação dos usuários por meio do Sistema de Informação vigente e apoiar as ESF no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita ao território. Registra as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários. Seu objetivo é captar informações - identificação/sociodemográficas e condições de saúde autoreferidas - sobre os usuários que se encontram no território da equipe de AB.

Após a territorialização, mapeamento e divisão das microáreas, fica sob a responsabilidade da ESF, principalmente do ACS, cadastrar todas as pessoas de sua área de abrangência. Cadastros qualificados, contendo o máximo de informações, percursos atualizados e atendimentos informatizados possibilitam a segurança do registro das informações, impactando positivamente no acompanhamento dos indicadores epidemiológicos e assistenciais das ESF, das UBS, das regionais e do município.

Além de ser uma exigência do Ministério da Saúde, o cadastramento é o melhor instrumento para conhecer as pessoas, saber onde e como elas moram, como vivem, do que adoecem, do que sofrem e do que morrem, a fim de compor um diagnóstico de saúde da comunidade, as relações entre as pessoas e delas com os equipamentos sociais do território.

Frequentemente o cadastramento é realizado na primeira abordagem do ACS à família, por isso a postura do profissional precisa ser com empatia e respeito, tendo em vista que é o início do processo de vinculação do usuário à equipe e à UBS. O cadastro é realizado pelo ACS a partir do preenchimento do Formulário de Cadastro Individual ( ANEXO 03) na Visita domiciliar de Cadastramento, que alimenta o Sistema de Informações Vigente e automaticamente o e-SUS, no sistema de coleta de dados simplificada. O registro das informações em saúde é realizado de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como a produção de todo profissional da APS. Deve seguir as orientações de preenchimento do ANEXO 04

Os dados dos usuários também podem ser inseridos na própria recepção da unidade de saúde mediante apresentação de documento de identificação e comprovante de endereço, no Registro de cadastro PESSOA. A recepção deve informar o ACS ou enfermeiro da área adscrita sobre esse cadastro para que se possa vincular o paciente a equipe ESF e realizar o cadastro Individual através da visita domiciliar no prazo máximo de Dez dias úteis. Em situações de ausência de ACS na microárea (ex.: férias, licença médica, etc), o prazo máximo de Dez dias após seu retorno ao trabalho. Em microáreas que esteja sem cobertura pelo ACS, o morador deve ser vinculado ao enfermeiro da equipe responsável.

A identificação de cada usuário no SUS é realizada por meio do Cartão Nacional de Saúde(CNS) fornecendo informações sobre um usuário em qualquer ponto do país. Ele vincula todos os procedimentos realizados no SUS ao usuário/profissional e à unidade. O número do CNS e CPF é um dado obrigatório para o cadastramento de uma família no Sistema de Informações Vigente. Em

Birigui, o CNS é gerado e fornecido aos usuários em todas as UBSs pelo sistema CADSUS WEB.

Para ter acesso ao CADSUS WEB é necessário que o profissional realize o autocadastramento e seja autorizado pela Chefe da Divisão de Sistemas e Informação em Saúde.

Existem penalidades sobre a inserção de dados falsos, alteração e exclusão de dados corretos com o fim de obter vantagem indevida ou causar dano ao banco de dados.

Destaca-se as atribuições do ACS especificamente em relação ao cadastro quanto às informações de usuários e famílias no Sistema de Informações:

- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea utilizando o Formulário de Cadastro Individual (Anexo03).
- Inserir o usuário no Sistema de Informações Vigente, consultando as bases a fim de evitar as duplicidades.
- Seguir orientações de preenchimento dos formulários conforme anexo 03.
- Realizar busca qualificada do “consultar ou cadastrar” o usuário no CADSUS WEB, gerando o CNS que deverá ser inserido no campo indicado na aba cadastro do usuário no Sistema de Informações Vigente.
- Realizar a sincronização de cadastrados.
- Manter atualizado o cadastro de domicílios/famílias sempre que houver alteração no contexto domiciliar e familiar, como nascidos vivos, novos moradores, mudança de endereço de usuários e famílias e excluir do cadastro da família os usuários por óbito ou por mudança de endereço.
- Realizar atualização do cadastro individual no momento da digitação da visita domiciliar, mesmo quando não houver alterações nas condições de saúde do morador, visando revisar os cadastros e identificar inconsistências, no sistema de informações vigente.
- Identificar, as instituições ou estabelecimentos como ILPI, creches, abrigos, escolas, população privada de liberdade, medidas socioeducativas, realizando o cadastramento daqueles indivíduos que lá residem permanente ou temporariamente.
- Realizar a validação de usuários com endereços não vinculados ao domicílio/família cadastrado.
- Identificar as duplicidades de cadastros, observando os critérios de unicidade (nome do usuário, nome da mãe, data de nascimento, sexo e naturalidade) e realizar as alterações necessárias incluindo-o na família.
- Utilizar o relatório de usuários por microárea para monitoramento dos usuários vinculados e não vinculados ao domicílio/família de sua área de abrangência.

## 8.2 Cadastro domiciliar e territorial

O cadastro domiciliar e territorial é realizado através do preenchimento do Formulário de Cadastro Domiciliar e Territorial (Anexo 05) para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Por

meio dela, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2010), mas que devem ser monitoradas pela equipe de saúde. As informações presentes nesta ficha são relevantes porque compõem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde, sendo os Agentes Comunitários de Saúde, ficam como responsáveis por realizarem esse cadastro em sua microárea. Deve-se seguir as orientações de preenchimento do Formulário Domiciliar e Territorial (Anexo 06).

## 9- Registro das Ações realizadas pelo ACS

### 9.1 -Registros no Formulário de visita domiciliar e territorial e sistema do e-SUS

A Ficha de visita domiciliar e territorial é um instrumento de registro individual, para acompanhamento das pessoas adstritas no território, que agrega importantes informações ao histórico de saúde de cada usuário possibilitando assim a vigilância em saúde na comunidade.

Durante a visita domiciliar, o ACS deverá preencher toda a ficha de visita domiciliar (Anexo 07) com caneta esferográfica na cor azul ou preta e com letra legível. Esta ficha é um instrumento de registro individual para acompanhamento e vigilância em saúde de cada indivíduo, do histórico de saúde de cada usuário, assim como registro das suas ações. Estas informações devem ser digitadas no sistema de informações semanalmente, não ultrapassando o 5º dia útil de cada mês. O enfermeiro líder da equipe da ESF, deve organizar escala para garantir espaço físico e tecnológico para a realização dos registros nos sistemas de informação de acordo com a disponibilidade da UBS.

No mês em que o ACS se afastar por motivo de doença ou férias, suas fichas de produção deverão ser digitadas até o quinto dia útil do mês subsequente ao retorno de suas atividades laborativas, sendo informado o motivo ao Departamento de Atenção Básica.

No caso de dois ou mais ACS realizarem visita domiciliar juntos, o registro só poderá ser realizado pelo profissional responsável pela microárea, para não ter duplicidade da informação. Esses casos só podem acontecer com justificativa do enfermeiro da equipe e ciência da Coordenação da Atenção Básica, como por exemplo: um domicílio que causa risco à integridade do ACS ou ações de Mutirão de Dengue.

O registro deverá ser realizado de forma clara e sem rasuras, não sendo permitido o uso de corretivo nas fichas utilizadas pelo ACS. Em caso de erro, a orientação é circular a informação marcada ou escrita e proceder com registro correto. Este procedimento deverá ser validado pelo enfermeiro através da rubrica, carimbo e data.

Após a digitação dos dados no Sistema de informações Vigente, os formulários devem ser encaminhados via malote para o Departamento de Atenção Básica para conferência e arquivamento, semanalmente conforme acordado com

cada equipe.

Deve se seguir as orientações de preenchimento do Registro de Visita Domiciliar, de acordo com anexo 08.

## **9.2 Ficha de Registro de ações diária do ACS**

A Ficha de Ações diária do ACS ( ANEXO 09), foi criada para facilitar o acompanhamento das atividades diárias da equipe pelo Enfermeiro(a) responsável. É um documento oficial que não pode conter rasuras. Essa ficha deve ser entregue diariamente pelo enfermeiro a cada ACS, assinada e datada e recolhida após o final do dia de trabalho, assinada e datada novamente para validação das ações.

A ficha deve ser preenchida pelo ACS da seguinte forma:

**Cabeçalho:**

- Identificar a Unidade Básica de Saúde de referência
- Identificar a data da visita ( uma folha por dia)
- Identificar o nome do ACS

**Corpo:**

- Nome: Identificar o nome de um morador da casa que o recebeu
- Endereço: Registrar o endereço completo da casa Visitada
- Quadra: registrar o número da quadra que a casa visitada pertencer
- Número de Cadastro do cidadão: Número do cadastro da pessoa no Sistema de Informações Vigente
- Horário da Visita: registrar o horário que a visita foi realizada
- Assinatura: Solicitar que o morador que recebeu o ACS assine nesse campo, confirmando o atendimento do ACS.

**OBS:**

- Caso o morador em questão não assine, colocar no local:” Não Assina”;
- Essa ficha deve ser preenchida apenas nos casos de Visitas Domiciliares, sendo um registro por casa visitada. Casos de atividades em grupo, ou outras atividades desenvolvidas na UBS, será preenchido o registro de Atividade Coletiva.
- Deve-se realizar minimamente 12 visitas periódicas diárias como rotina do ACS, para que se consiga atender toda a microárea mensalmente, articulada junto ao enfermeiro da equipe. A diminuição dessas visitas deverá ser justificada ao enfermeiro da equipe e analisado a veemência de tal fato.
- A Ficha de Ações Diária do ACS é um documento legal, não podendo ter rasuras e ser preenchida pelo ACS no ato da visita, junto ao morador e ser utilizado pelo supervisor da equipe para realização de Visitas Indiretas. Qualquer incompatibilidade de informações deve ser comunicado ao departamento de Atenção Básica para providências cabíveis.
- A Ficha de Ações Diária do ACS deve ser arquivado na UBS pelo enfermeiro e encaminhado junto a Ficha de visita domiciliar e territorial semanalmente para Departamento de Atenção Básica.

## 10-Vigilância em saúde e coordenação do cuidado

A vigilância acompanha os indicadores de saúde oficiais em âmbito federal, estadual e municipal, por exemplo: taxa de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade materna, cobertura vacinal, acompanhamento de usuários com doenças crônicas, etc.

Existem também os indicadores de monitoramento do trabalho do ACS, como: número de visitas domiciliares realizadas, número de beneficiários acompanhados no Programa Bolsa Família, gestantes captadas precocemente, cadastros de crianças menores de um ano na área de abrangência, usuários com endereço vinculado ao domicílio e a qualidade do cadastro.

A vigilância em saúde propõe uma observação constante de riscos e fatores determinantes do processo saúde-doença. Tem o objetivo de fazer intervenções que protejam a população, prevenindo agravos e ao mesmo tempo promovendo a saúde da população de um determinado território.

O processo de saúde e doença dos indivíduos e do coletivo podem apresentar várias causas e dependem de elementos chamados determinantes sociais da saúde. Estes repercutem diretamente na saúde da população, como fator de risco ou como proteção. Os **riscos** podem ser traduzidos como situações que aumentam a chance de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, exemplo: inatividade física, tabagismo, ambiente degradado, hábitos alimentares inadequados, comportamento sedentário, uso prejudicial de álcool e outras drogas. Já os fatores de **proteção** são aqueles que dão condições ao indivíduo de se proteger contra determinada doença, como: peso adequado, participação social, lazer, alimentação balanceada, convívio em ambiente saudável, cultura da paz, aleitamento materno, autonomia para o autocuidado, parto normal e atividade física. Essas condições deverão ser o foco constante das ações dos ACS.

Figura 5- Determinantes sociais da saúde.



Ações para o ACS em vigilância à saúde:

- Orientar usuários, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações e serviços disponíveis Na UBS.
- Orientar o comparecimento a consultas e procedimentos agendados.
- Realizar busca ativa de faltosos às consultas, exames, curativos, imunização, dentre outros.
- Realizar ações educativas na comunidade.
- Fazer pelo menos 01 VD ao mês para o paciente e sua família.
- Desenvolver ações educativas e mobilizar a comunidade e equipamentos sociais para enfrentamento de problemas locais.
- Orientar sobre a adoção de hábitos saudáveis de vida e higiene geral do domicílio e do ambiente.

## 10.1 Vigilâncias no pré-natal, puerpério

Antes da gravidez, o ACS deverá estar atento e convidar as mulheres em idade fértil a participarem das consultas individuais e atividades coletivas de saúde sexual e reprodutiva.

O planejamento sexual e reprodutivo constitui-se uma estratégia para prevenir uma gravidez indesejada ou de alto risco, permitindo que a mulher ou o casal escolha o método que lhe seja mais conveniente.

O pré-natal compreende o acompanhamento da gestante durante todo o período gestacional. Quanto mais cedo o pré-natal se iniciar, mais precocemente serão identificadas as situações de risco materno-infantil, permitindo realizar intervenções necessárias, assegurando uma gestação saudável.

Uma das principais atribuições dos profissionais da ESF, e principalmente do ACS, é o registro, atualização e acompanhamento das ações de vigilância do pré-natal, por meio das seguintes ações:

### **MULHER**

- Orientar a mulher quanto à necessidade de realizar o exame ginecológico regularmente de acordo com os protocolos da SMS.
- Identificar mulheres que desejam engravidar ou que estejam com atraso menstrual.
- Observar situações de vulnerabilidade e/ou violência.
- Estimular as mulheres para a importância do planejamento familiar.
- Verificar sinais de climatério complicado, tais como: ondas de calor, variações frequentes no humor, dentre outros.

### **GESTANTES**

- Captar a gestante o mais rápido possível, idealmente, até 12 semanas de gestação (até o terceiro mês de gravidez), identificando-a na comunidade e vinculando-a ao pré-natal na UBS.
- Estimular a realização do pré-natal do parceiro.
- Incentivar o parto vaginal.

- Realizar busca ativa das gestantes e puérperas faltosas e/ou com exames alterados.
- Promover a aproximação da gestante com a ESF e EAB, favorecendo a criação do vínculo e incentivando a realização de, pelo menos, uma consulta odontológica durante a gestação.
- Identificar as angústias, medos e dúvidas orientando-as e encaminhando as demandas para a ESF sempre que necessário.
- Estimular as gestantes a participarem de ações coletivas ofertadas pela UBS.
- Informar e orientar as gestantes sobre os agendamentos e periodicidade das consultas e exames especializados.
- Observar situações de vulnerabilidade e/ou violência.
- Conferir o cartão de vacina e orientar a procurar a UBS para atualização, quando necessário.
- Acompanhar as gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco estimulando seu acompanhamento também pela ESF.
- Incentivar a amamentação exclusiva pelo menos até o 6º mês de vida do bebê.
- Incentivar a coleta de leite humano para doação, orientando sobre o Banco de Leite do município de Araçatuba.
- Realizar visita domiciliar à puérpera e ao seu recém-nascido (RN), preferencialmente, até 72 horas após a alta hospitalar, com o objetivo de verificar condições gerais da mãe e do bebê.
- Verificar se a puérpera apresenta preocupações e relata dificuldades na amamentação, cicatrização cirúrgica, sinais de depressão, entre outros.

## **RN**

- Realizar o cadastro do RN na UBS e atualizar com o nome da criança logo após o registro no cartório.
- Informar a ESF sobre o nascimento do bebê o mais precocemente possível.

A visita domiciliar do ACS deverá ser planejada junto com o enfermeiro, de acordo com a vulnerabilidade clínica e social. Recomenda-se, portanto, que as visitas domiciliares sejam realizadas da seguinte forma:

- Para mulheres com gestação de risco habitual, uma visita mensal até a 36ª semana.
- Para gestantes em situação de vulnerabilidade pessoal e risco social, uma visita quinzenal até a 36ª semana.
- Para gestantes referenciadas para outros serviços da rede, uma visita quinzenal até a 36ª semana.
- Para mulheres com mais de 36 semanas de gestação, uma visita semanal até o parto.
- Para mulheres que o parto ocorreu, realizar uma visita em até 72 horas após a alta hospitalar e outra visita até 15 dias após o parto.

## 10.2 Vigilância relacionada à imunização

Desde o nascimento ao envelhecimento é imprescindível que as vacinas estejam atualizadas, pois a imunização ajuda a prevenir doenças graves que podem colocar a vida em risco.

Incentivar o cumprimento do calendário vacinal e realizar busca ativa dos faltosos são ações prioritárias que contribuem para diminuir doenças e mortes por causas infecciosas e preveníveis.

### **Ações para o ACS em vigilância à imunização:**

- Verificar o cartão de vacina da população durante a visita domiciliar, avaliando a existência de algum agendamento ou vacina pendente e orientar a procurar pela sala de vacina e compartilhando as informações com a ESF para os devidos registros em prontuário.
- Orientar o usuário que estiver com vacina em atraso ou dúvida a procurar a UBS.
- Estimular o usuário a concluir seu esquema vacinal.
- Realizar busca ativa das crianças com vacina em atraso.
- Orientar o usuário sobre a importância de preservar o cartão de vacina.
- Orientar a procurar a UBS : os usuários que não tiverem o registro (cartão ou caderneta de vacinação) da aplicação das vacinas.
- Apoiar a realização de campanhas de vacina.
- Divulgar campanhas de vacinação nos lugares mais frequentados da comunidade, para identificar as dúvidas, as crenças, os mitos, os tabus e os preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade e desfazendo mitos.
- Identificar pessoas vítimas de agressão por animal e encaminhá-las a UBS para avaliação e profilaxia da raiva humana, quando necessário.
- Orientar os donos de cães e gatos sobre a importância da vacinação antirrábica canina e felina.

## 10.3 Vigilância à saúde da criança

Consiste no acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil caracterizado por um conjunto integrado de ações direcionadas à promoção, prevenção e proteção da saúde da criança e de sua família.

As ESF desenvolverão ações que assegurem as seguintes práticas:

- Vacinação
- Orientações às mães/famílias sobre prevenção de acidentes
- Aleitamento materno
- Higiene individual e ambiental

- Identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada.

**Ações para o ACS em vigilância à saúde da criança:**

- Cadastrar, atualizar e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as crianças residentes em sua microárea e manter as informações atualizadas em formulários próprios.
- Realizar visitas mensais a todas as famílias com crianças até 2 anos.
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, relacionados à atenção à criança.
- Verificar se existem pendências registradas no cartão de vacina.
- Incentivar a realização de puericultura.
- Acompanhar os demais profissionais da ESF nas atividades direcionadas às crianças.
- Incentivar alimentação saudável, com variedade e qualidade de alimentos.
- Verificar o registro dos marcos de desenvolvimento e crescimento na caderneta da criança, atentando para os sinais de desnutrição e obesidade e levar para discussão na reunião de equipe.
- Verificar alterações no comportamento da criança, como: agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade etc, e levar para discussão na reunião de equipe.
- Atentar para situações que apontam dificuldades no cuidado com a criança, como: limpeza do ambiente, higiene pessoal, violência, situações de vulnerabilidade, falta de estímulo para a criança, frequência escolar, risco de acidentes domésticos.

## 10.4 Vigilância à saúde do adolescente

A adolescência é considerada a etapa de transição entre a infância e a idade adulta. É marcada por significativas mudanças e transformações biológicas, psíquicas e sociais. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definem a adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos.

**Ações para o ACS em saúde do adolescente:**

- Acompanhar periodicamente as famílias de risco, identificando o adolescente vulnerável.
- Criar vínculo com o adolescente para que possa ter maior sucesso na abordagem dele e de seus familiares, fortalecendo o elo com o serviço de saúde.
- Incentivar os adolescentes a participarem de ações coletivas, como planejamento reprodutivo e sexual.
- Propor atividades coletivas nas escolas municipais para este público.
- Identificar e notificar à equipe os problemas observados.
- Realizar ações educativas durante a visita domiciliar.

- Encaminhar para consulta médica, de enfermagem e/ou odontológica, conforme a necessidade observada.
- Incentivar alimentação saudável, com variedade e qualidade de alimentos.
- Verificar o registro dos marcos de desenvolvimento e crescimento na caderneta da criança, atentando para os sinais de desnutrição e obesidade e levar para discussão na reunião de equipe.
- Verificar alterações no comportamento da criança, como: agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade etc, e levar para discussão na reunião de equipe.
- Atentar para situações que apontam dificuldades no cuidado com a criança, como: limpeza do ambiente, higiene pessoal, violência, situações de vulnerabilidade, falta de estímulo para a criança, frequência escolar, risco de acidentes domésticos.

## 10.5 Vigilância à saúde do adulto

O ACS deverá incentivar os cuidados de saúde na população adulta e identificar os principais agravos à saúde do adulto. Essa abordagem tem como propósito promover a melhoria das condições de saúde da população adulta no território e facilitar o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Na vigilância à saúde da população adulta, a população masculina, tem ganhado destaque tendo em vista que os estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que o sexo masculino é mais vulnerável às enfermidades, sobretudo às graves e crônicas, morrendo mais precocemente que as mulheres.

O Sistema Único de Saúde entende que a qualidade de vida do homem jovem e adulto exige cuidados com a saúde. São muitos desafios a serem enfrentados, principalmente em relação adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis (BRASIL, 2009).

Os principais agravos evitáveis estão entre os seguintes eixos: saúde sexual, reprodutiva e paternidade, violências e acidentes em geral e o acesso/acolhimento dos homens na atenção básica, porta de entrada prioritária na Rede SUS. (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, torna-se de extrema importância que o ACS tenha conhecimento dos aspectos que perpassam a saúde do homem, e, devem ficar atentos as particularidades que tornam essa população mais suscetível a determinados tipos de doenças, são elas:

- Os homens têm mais doenças do coração, cânceres, colesterol elevado, diabetes, hipertensão e maior tendência de obesidade do que as mulheres.

- Praticam atividade física com menor regularidade.
- Muitas vezes acham que não vão adoecer, por isso não se cuidam.
- Geralmente têm medo de descobrir doenças.
- Não procuram regularmente os serviços de saúde quando procuram, na maioria das vezes, não seguem os tratamentos recomendados.
- Os homens estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho.
- Utilizam álcool e outras drogas em maior quantidade.
- Estão envolvidos na maioria das situações de violência.
- Vivem em média 7 anos a menos que as mulheres.

Durante a visita domiciliar é importante que o ACS desenvolva as seguintes ações:

- Estimular o acompanhamento periódico da saúde, reforçando essa necessidade para o público masculino.
- Estimular a participação nos grupos de promoção à saúde.
- Estimular hábitos de vida saudáveis, tais como: prática regular de atividade física, alimentação saudável, lazer, cultura, convívio social, dentre outros.
- Observar e comunicar a ESF condições precárias de higiene, atraso vacinal, uso prejudicial de álcool e outras drogas, armazenamento e uso incorreto de medicamentos e prática de sexo inseguro.
- Identificar pessoas com transtorno de acumulação e comunicar à ESF.
- Atentar para as principais situações de saúde que acometem esse público, tais como: obesidade, DM, HAS, IST, TB, Hanseníase.
- Atentar para sinais de alertas, tais como: perda e ganhos significativos de peso, tristeza profunda, apatia extrema, sinais de violência, dentre outros.
- Identificar situações de violação de direitos e acionar a ESF.
- Orientar sobre as testagens rápidas realizadas na rede SUS.

## 10.6 Vigilância em saúde mental

De acordo com a OMS, não existe saúde sem saúde mental, dada a prevalência dos transtornos mentais propriamente ditos, bem como a presença do componente mental nos agravos de saúde em geral.

Os transtornos mentais são caracterizados por uma perturbação clinicamente significativa na regulação emocional, no comportamento ou na cognição (capacidade de adquirir conhecimento) e estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade que afetam atividades sociais ou profissionais.

As VD são uma oportunidade para o ACS realizar a vigilância e criar vínculo com os usuários que apresentam transtornos mentais, uso abusivo de álcool e outras drogas, estabelecendo uma relação de confiança mútua. O profissional deverá registrar os usuários com tais quadros na sua microárea e

informar na reunião de ESF. Os casos que necessitarem deverão ser discutidos regularmente no matriciamento com a equipe de Saúde Mental que poderá ajudar na estratificação da gravidade e definição de prioridades.

#### **Ações para o ACS em vigilância a saúde mental:**

- Identificar as pessoas em sofrimento mental (sofrimento ou incapacidade que afetam atividades sociais ou profissionais), uso abusivo de álcool e outras drogas e registrar na ficha de visita domiciliar e discutir na reunião de ESF.
- Identificar situações de riscos, tais como: cárcere privado, isolamento social, egresso hospitalar, histórico familiar ou tentativa de autoextermínio, situação de rua, violação de direitos civis, uso incorreto de medicação, sinais de violência física e psicológica, dentre outros.
- Realizar busca ativa de pessoas em sofrimento mental que perderam ou abandonaram o acompanhamento.
- Conhecer os equipamentos existentes e funcionamento na rede como: Profissionais que compõem a equipe de Ambulatório de Saúde Mental.
- Identificar os portadores de transtorno mental, uso abusivo de álcool e outras drogas e informar na reunião de ESF.

## **10.7 Vigilância à saúde da pessoa idosa**

Considera-se pessoa idosa a pessoa com 60 anos ou mais. O envelhecimento está associado a um maior risco de vulnerabilidade física, cognitiva e social. É importante o ACS identificar sinais de fragilidade da pessoa idosa e informar à ESF.

As principais situações que indicam a necessidade de avaliação do usuário e que o ACS deve ficar atento são: ter alguma dificuldade para se cuidar (tomar banho, comer, vestir-se, sair da cama, caminhar dentro de casa); usar 4 ou mais medicamentos; ter mais de duas doenças crônicas; morar sozinho; não ter renda própria; ter tido alguma queda ou internação nos últimos seis meses; pessoa que fica sozinha a maior parte do tempo e que tem várias doenças crônicas; pessoa que considera o seu estado de saúde como ruim ou muito ruim; pessoas acamadas ou com dificuldade de se locomover até o Centro de Saúde.

O instrumento de monitoramento à saúde da pessoa idosa é a CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.

#### **Ações para o ACS em vigilância a Saúde a Saúde da Pessoa Idosa:**

- Verificar se a pessoa idosa já possui a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, caso não tenha, levá-la na próxima visita ou agendar o seu preenchimento junto à ESF.
- Estimular os usuários a levarem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos atendimentos em todos os serviços de saúde.
- Orientar usuários, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações e serviços disponíveis na UBS e na rede SUS.
- Orientar o comparecimento a consultas e procedimentos agendados.
- Realizar busca ativa de faltosos às consultas, exames, curativos,

imunização, dentre outros.

- Orientar sobre a adoção de hábitos saudáveis de vida e higiene geral do domicílio e do ambiente.
- Conversar diretamente com a pessoa idosa, mesmo que ela tenha dificuldades de comunicação, buscando a valorização da sua fala; certificar se está escutando e entendendo o que está sendo falado.
- Procurar informações complementares junto à pessoa que cuida.
- Perguntar se a pessoa idosa consegue dar conta de alimentar-se, vestir-se, tomar banho, fazer higiene pessoal, ir ao banheiro, sem precisar de ajuda.
- Perguntar se a pessoa consegue sozinha fazer compras, utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, utilizar telefone, preparar refeição, receber e administrar a própria renda, ir ao banco.
- Identificar pessoas idosas com risco de quedas: dificuldades de locomoção uso de remédios para dormir, uso de remédios para pressão, idosos com problemas de visão e de audição, e identificar ambientes que favorecem quedas e orientar.
- Identificar sinais de conflitos entre os membros da família: histórias diferentes para uma mesma situação, a pessoa se cala diante de quem cuida, tom agressivo na fala, sinais de agressão física (hematomas, lesões), higiene precária.
- Identificar pessoas com transtorno de acumulação.
- Atentar para situações de alteração da rotina que precisam ser imediatamente comunicadas à ESF: sonolência excessiva; pessoa sem vontade de participar de nada; confusão mental; agitação; agressividade; pessoa com febre.
- Orientar a família a ter sempre o número dos telefones de ajuda e socorro em lugar de fácil acesso (RESGATE 193/AMBULÂNCIA 192).
- No caso do ACS notar alguma questão que comprometa a integridade física, psicológica e social do idoso, deve ser levado para discussão com a ESF e avaliar a necessidade de envolver o Conselho do Idoso.

## 10.8 Vigilância em saúde relacionada à tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, acometendo principalmente os pulmões, mas pode afetar qualquer parte do corpo.

A doença pode acometer qualquer indivíduo, contudo sua transmissão é favorecida em situações de maior vulnerabilidade social e na vigência de outras condições de saúde, tais como: desnutrição, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, doenças psiquiátricas, diabetes, HIV/AIDS, doenças renais crônicas, câncer e outras. A tosse é uma das principais manifestações da doença, podendo ser acompanhada por febre baixa, sudorese noturna, emagrecimento, fraqueza e redução do apetite.

### **Ações para o ACS em vigilância à tuberculose:**

- Identificar os sintomáticos respiratórios na comunidade (pessoas

com tosse por duas semanas ou mais) e encaminhar a UBS para avaliação.

- Preencher Mapa de Registro de Interrogatório de Sintomático respiratório com os dados completos e entregá-lo ao enfermeiro(a) da equipe toda sexta-feira.

- Intensificar as Busca de Sintomáticos respiratório nas campanhas de TB, fazendo divulgação da coleta de BK e levando o frasco de coleta até os moradores que julgar necessário.

- Levar para discussão na reunião de equipe e supervisão do enfermeiro o nome e quantidade dos sintomáticos respiratórios identificado no território.

- Acompanhar os pacientes em tratamento.

- Identificar os contatos domiciliares e orientá-los a procurar a UBS.

- Realizar a busca ativa de faltosos e de abandono do tratamento.

- Acompanhar a tomada da medicação durante o Tratamento Diretamente Observado (TDO) no domicílio do doente ou outro local combinado previamente.

- Orientar quanto à importância da coleta de escarro, quando solicitado pela equipe.

- Sensibilizar os familiares e usuário quanto ao tratamento.

- Realizar ações educativas abordando esse tema em locais estratégicos na comunidade.

## 10.9 Abordagem ao tabagismo

O tabagismo ativo é a principal causa evitável de adoecimento e morte, pois aumentam o risco de câncer, doenças do coração, da circulação, do sangue e dezenas de outras doenças.

Está relacionado a aproximadamente 63% dos óbitos por doenças crônicas. Anualmente, morrem cerca de 6 milhões de fumantes no mundo, sendo quase 200 mil no Brasil (mais de 400 pessoas por dia). O tabaco é a única droga legal que mata dois a cada três dos seus usuários regulares. A cessação do tabagismo é uma das intervenções de saúde que apresenta melhor relação custo-benefício. É menos oneroso auxiliar as pessoas a abandonarem o hábito de fumar do que tratar as doenças que ocorrem em consequência do mesmo.

O tabagismo passivo é a 3ª causa evitável de morte (atrás do tabagismo ativo e alcoolismo), sendo responsável por mais 600 mil óbitos por ano no mundo, sendo mais de 1/4 em crianças.

A exposição de não fumantes à poluição do ambiente causada pelo fumo também aumenta o risco de diversas doenças, como o câncer, infarto agudo do miocárdio e enfermidades pulmonares.

As crianças que convivem com fumantes têm maior risco de apresentar infecções respiratórias, asma brônquica e de morrer em consequência das mesmas. A gestante que fuma tem um risco aumentado de complicações na gravidez, como abortos, sangramentos, partos prematuros, entre outras. Pode haver danos para o bebê, como baixo peso de nascimento, aumento do risco de morte súbita infantil, de morte por doenças respiratórias nos primeiros anos de vida

e comprometimento da inteligência e do comportamento.

Cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar, mas somente 3% conseguem a cada ano, sem ajuda profissional. Boa parte dos tabagistas apresenta graus leves de dependência à nicotina, com a possibilidade de cessar o tabagismo com o apoio da “Abordagem Breve do Fumante”, o que é comprovado por diversos estudos. Essa abordagem dura de 3 a 10 minutos e pode ser realizada pelos profissionais da UBS.

É atribuição dos ACS a identificação dos tabagistas que residem ou trabalham na área de abrangência da UBS. Esta atividade pode ser realizada durante as visitas domiciliares e demais rotinas de trabalho domiciliares e demais rotinas de trabalho.

Os usuários devem ser sensibilizados quanto à importância da cessação, podendo encaminhá-lo para atendimento do GRUPO DE TABAGISMO do município.

## 10.10 Vigilância em saúde relacionada à hanseníase

O agente etiológico da hanseníase é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos. Locais com pouca aeração e pouca luminosidade são favoráveis à transmissão da doença.

As principais características da doença são manchas na pele de cor clara, acastanhadas ou avermelhadas, em sua maioria, com alteração da sensibilidade.

Para todo caso positivo de hanseníase, os contatos deverão ser examinados na UBS. Define-se contato como toda pessoa que convive ou conviveu com o paciente anteriormente ao diagnóstico e ao tratamento nos últimos cinco anos.

### **Ações para o ACS em vigilância a hanseníase:**

- Identificar usuários com sinais e sintomas suspeitos de hanseníase e orientar a procura ESF.
- Identificar os contatos domiciliares e orientá-los a procurar a UBS.
- Acompanhar os pacientes em tratamento.
- Realizar a busca ativa de faltosos e de abandono do tratamento.
- Supervisionar a tomada do medicamento mensal, TDO, de acordo com o planejamento da equipe.
- Realizar ações educativas abordando esse tema em locais estratégicos na comunidade.
- Intensificar as Busca de Sintomáticos respiratório nas campanhas de Hanseníase
- Preencher Mapa de Registro de Interrogatório de Sintomático Dermatológico com os dados completos e entregá-lo ao enfermeiro(a) da equipe toda sexta-feira..

## 10.11 Vigilância em saúde relacionada às arboviroses

## (Dengue, Chikungunya, Zika, Febre Amarela, etc)

O ACS e o Agente de Controle de Endemias (ACE) devem atuar de maneira conjunta no enfrentamento desses problemas na comunidade, identificando os pontos de conexão e as especificidades de atuação de cada um.

### **Ações para o ACS em vigilância a arboviroses:**

- Orientar os usuários com suspeita de dengue ou outras arboviroses a procurarem a UBS.
- Orientar sinais de alarme e coleta de sorologia a partir do 6º dia nos casos de dengue.
- Preencher a ficha de visita domiciliar e territorial e registrar no sistema de informação.
- Atuar junto aos domicílios informando aos moradores sobre a doença, sintomas, riscos, medidas de prevenção.
- Informar ao morador sobre a importância de verificar possíveis criadouros do mosquito no domicílio ou peridomicílio.
- Informar aos moradores sobre o agente transmissor e as doenças transmitidas.
- Vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquitos.
- Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos.
- Realizar a remoção mecânica dos ovos e larvas do mosquito quando possível.
- Avisar ao ACE os casos de verificação de criadouro ou focos de difícil acesso, necessidade do uso de larvicidas; imóveis fechados e recusas de visitas.
- Promover reuniões com a comunidade e realizar atividades de salas de espera na UBS com o objetivo de mobilização para as ações de prevenção e controle da dengue, bem como conscientizar quanto à importância de que facilitem a entrada do ACE no domicílio.
- Participar de Ações conjuntas com a equipe do CCVZ em realização de Mutirão de Dengue.
- Participar de ações coletivas como mutirões caso sejam acionados;
  - Realizar o preenchimento do Boletim das Atividades de Vigilância e Controle (ANEXO 10) em todas as visitas periódicas, conforme orientações de preenchimento do ANEXO 11 e entregar diariamente ao enfermeiro da equipe para conferência e digitação no programa SISAWEB.

## 10.12 Vigilância em saúde relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis( IST)

As infecções sexualmente transmissíveis-IST são doenças causadas

por vírus, bactérias ou outros micro-organismos que são transmitidos, principalmente, através das relações sexuais sem o uso de preservativo com uma pessoa infectada. Geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas (BRASIL, 2015).

### **Ações para o ACS em vigilância a IST:**

- Orientar os usuários, principalmente os adolescentes, sobre a importância do sexo seguro.
- Realizar mapeamento da população vulnerável para criar estratégias de prevenção.
  - Orientar o usuário a procurar a UBS em caso de queixas em região genital ou anal.
  - Estimular o uso do preservativo e orientar sobre a distribuição gratuita nas UBSs.
  - Orientar o paciente em tratamento de IST para que o seu parceiro também seja testado e tratado.
  - Informar aos pacientes sobre a disponibilidade na unidade de testes rápidos para detecção de HIV, Hepatites B e C e Sífilis, estimulando a testagem.
  - Realizar ações educativas abordando esse tema em locais estratégicos na comunidade.
  - Intensificar divulgação das atividades em período de campanhas.
  - Acompanhar as gestantes diagnosticadas com sífilis e outras IST de forma responsável e sigilosa, dando ênfase as datas das doses do tratamento indicado e também ao tratamento do parceiro, realizando Busca ativa se necessário.
  - Acompanhar casos de sífilis congênita ou crianças expostas a sífilis de forma responsável e sigilosa, realizando busca ativa quando necessário.

## **10.13 Vigilância em Saúde Bucal**

As demandas de Saúde Bucal identificadas pelo ACS durante a visita domiciliar deverão ser informas à ESF e ESB. As principais situações que indicam a necessidade de avaliação do usuário são: rosto inchado; dentes escuros; dentes quebrados; dentadura mal adaptada ou quebrada e ausência de dentes na boca, principalmente as que causam dificuldade para falar, sorrir e comer.

### **Ações para o ACS em vigilância à Saúde Bucal:**

- Desenvolver ações de promoção em Saúde Bucal.
- Identificar as necessidades, as barreiras e os riscos em relação à Saúde Bucal junto às famílias.
- Orientar a higiene bucal adequada e das próteses bucais.
- Orientar sobre alimentação saudável, bem como os riscos do uso do fumo e bebida alcoólica.
- Orientar sobre a prevenção de traumatismo dentário e condutas

iniciais antes do encaminhamento para o cirurgião dentista.

- Identificar usuários que necessitem de visita domiciliar da ESB (pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção), bem como acompanhar os profissionais nas visitas.

- Orientar sobre fluxos e horários para acessar o serviço e os grupos de promoção da Saúde Bucal do Centro de Saúde.

### **As principais situações de urgência em Saúde Bucal são:**

- Quedas e traumas que afetam o rosto com edema, hematoma, sangramento, dente quebrado, etc.

- Feridas nos lábios e na boca, que o usuário relata que não cicatrizam há mais de 15 dias.

- Rosto inchado, vermelhidão ou presença de secreção e/ou sangramento no rosto ou na boca (mesmo sem dor).

- Dor de dente.

Caso não tenha atendimento na UBS o paciente deve ser orientado a procurar o PSM, verificando o período em que há atendimento odontológico de urgência.

## **11- Promoção da saúde e educação em saúde**

A promoção à saúde se refere às ações individuais, coletivas e ambientais que modificam fatores associados ao processo saúde-doença, reduzindo vulnerabilidades, empoderando socialmente a comunidade e melhorando a qualidade de vida.

A promoção à saúde é de responsabilidade de toda a equipe e deverá ser intermediada pelo ACS em parceria com as lideranças comunitárias, escolas, ONGs, igrejas, associações, movimentos sociais, empresas, clubes de serviços e outros, relacionadas a emprego e renda, habitação, segurança alimentar, saneamento, esporte e lazer, educação, assistência social, defesa social, meio ambiente, infraestrutura, cultura e outros.

A Portaria 1.886, de dezembro de 1997, do MS esclarece o papel dos ACS como educadores, permitindo que esse profissional realize atividades educativas, desde que o mesmo esteja capacitado para tal.

A educação em saúde é um elemento importante da promoção à saúde e tem como principal objetivo estimular o autocuidado. A prática deve ser conduzida de forma a permitir que os indivíduos expressem suas necessidades, apresentem suas preocupações e se envolvam na tomada de decisão, entendendo as consequências de suas escolhas. O autocuidado está relacionado com as escolhas que os usuários tomam em relação à sua saúde e a seu bem-estar.

É a capacidade de assumir responsabilidades por sua saúde, de forma a aumentar a sua confiança e as habilidades para gerenciar seus próprios

problemas. Para apoiar o autocuidado dos indivíduos de sua área de abrangência, o ACS tem como função:

- Apoiar os usuários na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para a resolução dos seus problemas de saúde.
- Auxiliar o usuário na identificação dos problemas vivenciados, que podem ou não ser relacionados à doença.
- Aumentar a confiança do usuário na sua capacidade de implementar mudanças de vida que levem a melhores resultados.
- Corresponsabilizar os usuários pelo seu plano de cuidados.

## 12- Atividades coletivas e de apoio

É importante lembrar que além das atividades coletivas já consolidadas pelo SUS, como abordagem ao tabagismo, vários outros grupos são desenvolvidos no cotidiano dos serviços de saúde. Esses grupos podem reunir crianças, adolescentes, jovens, idosos, mulheres, gestante, enfim, pessoas com necessidades de saúde semelhantes. Resgatar e manter esses grupos é um desafio e os serviços de saúde contam com os ACS para superá-lo, pois estão mais próximos dos problemas que afetam a comunidade (KODA, 2012). Ações dos ACS para o fortalecimento e integração das ações coletivas de educação em saúde:

- Divulgar para população a realização de todas as atividades coletivas propostas, levando em consideração o público alvo e os temas a serem discutidos.
- Identificar crenças, conhecimentos e valores do grupo, levando-os a reflexão sobre o impacto no processo saúde doença.
- Discutir a importância do autoconhecimento e do autocuidado na contribuição da atividade coletiva.
- Favorecer a expressão de sentimentos, experiências e dúvidas, gerando vínculo e confiança dos usuários para participarem desses momentos.
- Contribuir na coordenação de grupos quando se sentir seguro, fazendo com que as pessoas reflitam e tomem consciência de seu papel na resolução dos problemas comuns.
- Preencher o Formulário de Atividade Coletiva (ANEXO 12) e realizar digitação no sistema de informações vigente conforme orientações do ANEXO 13

Estar sempre atualizado quanto aos fluxos, dias e horários de realização das principais atividades coletivas existente na sua área de abrangência.

**OBSERVAÇÃO: As atividades coletivas não devem ser consideradas como visita domiciliar. O formulário deve ser preenchido por atividade e não por profissional.**

## 12.1 eMult- Equipe Multiprofissional- Atenção Primária

A Emult vem substituir o Programa Núcleo de Apoio à Saúde (NASF), criado pelo Ministério da Saúde em 2008 para fortalecer a APS, com a inserção de novas categorias profissionais para atuar de maneira integrada e apoiando as ESF na resposta às demandas de seus usuários, de todas as idades, incluindo desde a promoção à saúde, à prevenção de agravos e tratamento (BRASIL, 2014).

Em Birigui, todas as UBSs contam com uma equipe de eMult para apoiar as ESF que pode ser compostas por: assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação física, entre outras categorias de profissionais.

É importante ressaltar que eMult trabalha dentro de uma lógica chamada “apoio matricial” (BRASIL, 2014). Esta lógica aposta nas ações de assistência diretas aos usuários e de apoio educativo para as equipes de Saúde da Família. As “reuniões de matriciamento” têm periodicidade média mensal, nas quais é fundamental a presença e participação do ACS, junto aos outros membros da ESF, para discussão das demandas de cada território e a construção de estratégias para alcançarmos a melhoria das condições de saúde da população.

## 12.2 Atividades coletivas em sala de espera

A sala de espera é um espaço coletivo enquanto se aguarda pelo atendimento dos profissionais na unidade de saúde. A espera pode gerar ansiedade, angústia, mas quando bem aproveitado, este espaço pode ser transformado em um local de aprendizagem, agregando valores, promovendo qualidade de vida aos usuários/familiares. Todos os profissionais, bem como os ACS, estando aptos poderão utilizar este momento para educação em saúde.

Os temas devem ser pontuais, atuais e relevantes a prevenção e promoção da saúde. O momento também pode ser utilizado para esclarecer aos usuários o funcionamento, o fluxo da unidade e a oferta de serviços.

## 13 Violência no território e Cultura da Paz

Sabemos que a preservação da paz é um processo que tem relação com a forma como a sociedade se organiza e como a riqueza é distribuída entre a população. As desigualdades sociais e econômicas e a falta de políticas sociais justas e adequadas podem favorecer o desenvolvimento da violência. Cabe à humanidade se esforçar para promover justiça social e reduzir iniquidades para que a paz seja preservada.

O SUS-Birigui busca esses mesmos objetivos e adota os princípios fundamentais da tolerância, solidariedade, respeito à vida, aos direitos individuais e ao pluralismo. É preciso que os trabalhadores da saúde, incluindo o ACS, identifiquem e denunciem situações de violação de direitos e que sejam também defensores da paz em casa, no trabalho ou no lazer, procurando também manter a cultura da paz no convívio entre pessoas, os animais e o ambiente (MOREIRA et al., 2014; BRASIL, 2001b). Desenvolver uma escuta atenta e buscar compreender melhor as pessoas, com suas

diferenças e posicionamentos, pode ajudar no estabelecimento da cultura de paz.

## 14 Supervisão do ACS pelo enfermeiro

A supervisão é considerada como algo inseparável de qualquer processo de trabalho realizado coletivamente, no qual estão presentes diferentes profissionais, com distintas formações e qualidade de atendimento, podem e devem servir de reforço e estímulo às diversas atividades, entre elas o planejamento, a organização interna dos serviços e a qualificação profissional.

A supervisão, o acompanhamento e a coordenação do trabalho do ACS é uma atividade que deverá ser realizada pelo enfermeiro, regulamentada pela portaria do Ministério da Saúde, nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Essa atividade deve ser realizada sistematicamente em horários protegidos na agenda do enfermeiro e do ACS semanalmente, e visa também o planejamento das visitas a serem realizadas com a utilização do formulário do Anexo 1 deste manual.

Para a supervisão é importante que o ACS apresente o relatório de visitas realizadas com os respectivos desfechos de visita e juntamente com o enfermeiro façam uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho, as visitas domiciliares realizadas e não realizadas, as famílias visitadas, o processo saúde-doença das pessoas no território, gestantes com pré-natal em atraso, crianças com vacinação em atraso, famílias vulneráveis, idosos frágeis dentre outras situações elencadas pela ESF.

Na contínua e importante atividade de supervisão do trabalho do ACS, existem aspectos a serem discutidos, destaca-se aqui:

- Qualidade e quantidade das visitas realizadas.
- Registros da visita domiciliar nos sistemas de informação.
- Validação das fichas de visitas domiciliares com assinatura e carimbo do enfermeiro supervisor: As fichas de Registro de Visita Diária do ACS, deve ser dispensada e recolhida diariamente pelo enfermeiro da equipe, datada e assinada, no início e final do plantão.
- Realização de busca ativa, conforme definição da equipe, sempre com o direcionamento do Enfermeiro.
- Mapeamento, dinamicidade e desafios do território.
- Planejamento semanal do percurso e das visitas domiciliares a serem realizadas pelo ACS.
- Conhecimento dos recursos/dispositivos da comunidade.
- Atualização e cadastramentos dos usuários no sistema de informação em saúde.
- Mapeamento de situações prioritárias e de elevada vulnerabilidade da população adscrita à sua microárea.
- Identificação dos desafios e potencialidades da família e da comunidade percebidos durante as visitas domiciliares.
- Participação em espaços coletivos (reunião de equipe, grupos operativos, sala de espera, colegiado gestor, conselho local).
- Levantamento das necessidades de capacitações.
- Discussão da necessidade de ações intersetoriais.

O registro da atividade de supervisão do trabalho do ACS deve ser realizado pelo enfermeiro no Sistema de Informações Vigentes, módulo atividade coletiva, colocando o nome dos ACS que participaram, horário de início, horário de término e dia em que foi realizada a atividade, com registro em ATA.

Durante a atividade de supervisão é importante que o enfermeiro tenha em mãos: relatórios de visitas domiciliares realizadas por ACS, com o desfecho das visitas e total de usuários visitados de acordo com a situação de saúde, assim como os cadastros realizados e as devidas atualizações, as glosas apuradas pelo Ministério da Saúde e o Instrumento de registro das atividades do ACS (ANEXO 14) realizadas durante a semana. O enfermeiro deverá realizar uma leitura criteriosa utilizando os instrumentos como apoio para a supervisão.

Com isso, a organização dos instrumentos de trabalho do ACS a partir da supervisão é fundamental para detectar as dificuldades em acompanhar as famílias, auxiliando no planejamento e intervenções de gestão em saúde.

Um instrumento importante para a supervisão da qualidade e quantidade do trabalho dos ACS é a Visita Indireta. O enfermeiro buscará nas folhas de trabalho do ACS, visitas já realizadas, e ir in loco junto ao morador, verificar a veracidade das informações contidas nos relatórios e registrar em formulário (ANEXO 6).

Para qualificar as visitas dos ACS, o enfermeiro da equipe deve incluir em sua rotina as Visitas Diretas, onde acompanhará o Agente na sua visita periódica. Deve-se preencher o formulário próprio ( ANEXO 7)

## 15 Espaços de discussão, gestão e de controle social

### 15.1 Reuniões de equipe

Devem acontecer semanalmente de acordo com a SMS, pactuadas com todos os trabalhadores da ESF para assegurar retaguarda aos casos agudos. Essas reuniões devem servir para avaliação e planejamento, informações dos ACS, discussão de problemas no processo de trabalho da equipe, discussão de casos prioritários de usuários e/ou famílias, definição de planos de trabalho e ações.

### 15.2 Matriciamento

Aplicado à atenção primária, o apoio matricial é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de ESF com equipes ou profissionais de outros núcleos de conhecimento. São ações de apoio matricial os atendimentos e grupos compartilhados, a discussão de casos e a construção de projeto terapêutico singular.

O matriciamento possui duas possibilidades de apoio às ESF: clínico assistencial e técnico pedagógico. O apoio clínico assistencial ocorre quando, a partir da discussão do caso, a equipe assiste diretamente o usuário, seja na forma

de atividade coletiva, atendimento individual ou visita domiciliar. O apoio técnico pedagógico, por sua vez, é a construção de conhecimento entre as equipes de apoio e ESF, empoderando as condutas dos profissionais.

Dentro dessa estratégia, as reuniões de matriciamento são importantes dispositivos para discussão de casos ou temas entre os profissionais que compõem as diferentes equipes envolvidas, obtendo-se um diagnóstico de necessidades e o levantamento/planejamento de ações que possam ser desenvolvidas para atendê-las da melhor maneira possível (BRASIL, 2014).

A frequência deve ser periódica e programada, a fim de que as ESF sempre tenham oportunidade de discutirem suas demandas com os profissionais de apoio. A presença do ACS junto aos demais profissionais nas reuniões de matriciamento, assim como a presença dos profissionais de apoio, é de grande relevância para construção da assistência ao usuário em discussão, não havendo perda de informações relevantes e garantindo a responsabilização do caso para com todos participantes.

### **O que é importante se observar para uma discussão de casos no matriciamento?**

- Fragilidade dos laços familiares e sociais.
- Situações de violência doméstica (física, psicológica, negligência).
- Isolamento social.
- Abuso de álcool e outras drogas.
- Alterações drásticas no humor, com dificuldade para controlar emoções e afetos
- Dificuldade para realização de atividades de vida diária (higiene, alimentação, tarefas rotineiras).
- Perda de mobilidade (mudanças de postura, andar).
- Necessidade de meios auxiliares de locomoção, ou dificuldades de adaptação no uso desses recursos.
- Dificuldade para alimentar e/ou engolir.
- Alimentação por via alternativa.
- Perda ou ganho de peso significativos.
- Comprometimento das funções cognitivas e motoras.
- Risco de desequilíbrio ou quedas.
- Autocuidado precário.
- Dificuldade de adesão a tratamentos e orientações previamente propostas.
- Alteração ou atraso de fala e linguagem.

Os temas que devem ser abordados para o apoio técnico pedagógico devem ser definido pelas demandas observadas pela própria equipe de ESF/AB ou pelos gestores e devem ser oferecidos por qualquer profissional capacitado a abordar tal tema.

## 15.3 Núcleo de Educação Permanente e Humanização (NEPH)

A NEPH é uma diretriz adotada pela SMS de Birigui por ser um dispositivo potente de democratização, propiciando a construção coletiva e objetivando a estruturação de uma assistência de qualidade, equânime e integral, baseada nos princípios do SUS.

O NEPH é formado por representantes de todas as categorias profissionais dos setores da SMS. Seu papel na gestão é propor ações para enfrentar dificuldades, buscando solucionar os problemas internos por meio da participação responsável dos seus representantes.

Tem por finalidade:

- Atuar no processo de trabalho da unidade.
- Elaborar projetos de ação da instituição.
- Buscar soluções para os problemas internos.
- Sugerir e elaborar propostas de intervenção.

O representante local, de cada UBS participará de reuniões Centrais e devem reproduzi-las localmente. A pauta deve ser flexível e adaptada às necessidades do momento, com horários protegidos pre estabelecidos pelo Departamento de Atenção Básica. É fundamental a presença de todos com a organização prévia da agenda dos integrantes, inclusive comunicar ao ACS.

Toda a equipe deve estar presente e ter a oportunidade de atuar nas reuniões. As discussões devem ser registrado em ATA e o Sistema de Informações Vigente como atividade Coletiva.

# ANEXOS

## Anexo 01



*Prefeitura Municipal de Birigui*

CNPJ 46.151.718/0001-80



### INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO DE VISITAS DO ACS

Mês: \_\_\_\_\_

[illegible]

Assinatura e carimbo do Enfermeiro Responsável

## Anexo 02

|                                                                                                                                          |                                                                                          |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         | <p><i>Prefeitura Municipal de Birigui</i><br/><small>CNPJ 46.151.718/0001-80</small></p> |  |
| <p><b>COMUNICADO DE VISITA DOMICILAR</b></p>                                                                                             |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>Sr.(a): _____</p>                                                                                                                     |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>Eu, _____,</p>                                                                                                                        |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>Agente Comunitário de Saúde do Centro de Saúde, da UBS _____ estive em sua residência no dia _____ / _____ / _____ às _____ para:</p> |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>( ) Visita Domiciliar de Rotina</p>                                                                                                   |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>( ) Cadastro ou Atualização</p>                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>( ) Entrega de agendamento de consultas e exames (procurar o mais breve possível a recepção da UBS com esse comunicado)</p>           |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>( ) Outros: _____</p>                                                                                                                 |                                                                                          |                                                                                     |
| <p>_____<br/>Assinatura do ACS</p>                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                     |

## CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

DATA\*

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA\*

☐ Sim ☐ Não

   FA

NOME COMPLETO\*: 

NOME SOCIAL:  DATA DE NASCIMENTO\*: / / SEXO\*: ☐ F ☐ M

RAÇA/COR\*: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia\*\*:  Nº NIS (PIS/PASEP) 

NOME COMPLETO DA MÃE\*:  ☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI\*:  ☐ Desconhecido

NACIONALIDADE\*: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO\*\*:  DATA DE NATURALIZAÇÃO\*\*: / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO\*\*:  MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO\*\*: 

DATA DE ENTRADA NO BRASIL\*\*: / / TELEFONE CELULAR: ( ) E-MAIL:

### 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 8ª)  
☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)  
☐ Classe de Alfabetização - 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  
☐ Servidor público/militar  
☐ 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 DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não

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

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra  
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transexual ☐ Travesti  
☐ Mulher transexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA\*?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra  
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito\*\*: / / Número da D.O.: 

### TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) 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 o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

## Anexo 04

| 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<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe |  |
| ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                    |  | ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                     |  |
| FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                               |  | ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                    |  |
| FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                        |  | TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                      |  |
| TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                        |  | TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____                                                                                                                            |  |
| TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                    |  | TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                            |  |
| TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                |  | ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                            |  |
| TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                    |  | ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                        |  |
| TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe |  | USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____                                                                                                                                               |  |
| TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe    |  | USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                       |  |
| OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE<br>1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |

| CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>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                                                                                                                                              |  | É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____                                                                                                                                          |  |
| RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                              |  | VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>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<br>QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular |  | TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). ** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras |  |

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

**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.

**FA:** Fora de Área

Orientações de preenchimento cadastro individual

## 1. Cadastro Individual

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

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



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

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

### 1.1 Cabeçalho

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

Figura 1.1 – Cabeçalho da Ficha de Cadastro Individual

|                                                                                     |                            |                |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------|
|  | <b>CADASTRO INDIVIDUAL</b> | DIGITADO POR:  | DATA:     |
|                                                                                     |                            | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº: |

Fonte: SAS/MS.

Quadro 1.1 – Identificação e controle da digitação

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

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

Fonte: SAS/MS.

## 1.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

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

**Figura 1.2 – Identificação do profissional e lotação**

|                             |             |              |             |              |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| <b>CNS DO PROFISSIONAL*</b> | <b>CBO*</b> | <b>CNES*</b> | <b>INE*</b> | <b>DATA*</b> |
| _____                       | ____-____   | _____        | _____       | / /          |

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.2 – Identificação do profissional e lotação**

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

\* Campo de preenchimento obrigatório.

Fonte: SAS/MS.

## 1.3 Identificação do usuário/cidadão

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

### Figura 1.3 – Identificação do usuário/cidadão

[illegible]

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.3 – Identificação do usuário/cidadão**

| CAMPO                       | ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CNS DO CIDADÃO              | Preencha o número do CNS do cidadão que está sendo cadastrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| RESPONSÁVEL FAMILIAR        | Identifica se o usuário que está sendo cadastrado é o responsável pelo núcleo familiar (aquele que o nº do CNS e data de nascimento foram inseridos como responsável por núcleo familiar no cadastro domiciliar).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR | Caso o cidadão não seja o responsável pelo núcleo familiar, deve-se inserir o do nº do CNS do responsável familiar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NOME COMPLETO*              | Preencha o nome completo do cidadão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| NOME SOCIAL                 | Registro do nome social, independentemente do registro civil do cidadão, conforme apresentado no <i>box</i> acima.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DATA DE NASCIMENTO*         | Anote a data de nascimento do usuário, no formato dia/mês/ano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| SEXO*                       | Marque com um "x" no sexo: masculino ou feminino.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| RAÇA/COR*                   | Raça autodeclarada do indivíduo. Este campo é de preenchimento obrigatório. Pode ser: Branca, Preta, Parda, Amarela e Indígena. Se indígena, indique a etnia**. No sistema, há uma listagem de 264 etnias encontradas no Brasil.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| NºNIS-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. Esse campo também pode ser utilizado para vinculação do cidadão a programas sociais.<br>OU<br>PIS/Pasep: o número de identificação nos fundos do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) é constituído com a arrecadação das contribuições dos trabalhadores. |
| NOME COMPLETO DA MÃE*       | Preencher com o nome completo da mãe do usuário.<br>Este é um campo de preenchimento obrigatório. Caso não seja possível obter essa informação, poderá ser assinalado um "x" no campo “ <b>desconhecido</b> ”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| NOME COMPLETO DO PAI*       | Preencher com o nome completo do pai do usuário. Esse campo foi inserido na ficha para contemplar as informações contidas no CNS.<br>Caso não seja possível obter essa informação, poderá ser assinalado um "x" no campo “ <b>desconhecido</b> ”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NACIONALIDADE*                 | <p>Marque com um "x" a nacionalidade do usuário:</p> <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. Caso seja essa a opção, torna-se obrigatório o preenchimento dos campos "Data de naturalização" e "Portaria de naturalização";</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. Nesse caso, é obrigatório o preenchimento dos campos "País de nascimento" e "Data de entrada no Brasil".</li> </ul> |
| PAÍS DE NASCIMENTO**           | <p>Se o usuário for estrangeiro ou naturalizado, é obrigatório identificar o país de origem, conforme a lista do site do IBGE (disponível em: <a href="http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php">http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php</a>).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TELEFONE CELULAR               | Anote o número de telefone celular do usuário cadastrado, incluindo o DDD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO** | Preencha a UF e o município onde o usuário nasceu SE FOR BRASILEIRO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| E-MAIL                         | Endereço do correio eletrônico do usuário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Fonte: SAS/MS. \* Campo de preenchimento obrigatório. \*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior.



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



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

#### RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

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

NOME SOCIAL

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

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

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

## 1.4 Informações sociodemográficas

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

**Figura 1.4 – Informações sociodemográficas**

| INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                               | OCUPAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a)<br><input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               | SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="radio"/> Creche<br><input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)<br><input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)<br><input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)<br><input type="radio"/> Ensino Médio Especial<br><input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)<br><input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado<br><input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)<br><input type="radio"/> Nenhum |                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> Empregador<br><input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho<br><input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho<br><input type="radio"/> Autônomo com previdência social<br><input type="radio"/> Autônomo sem previdência social<br><input type="radio"/> Aposentado/Pensionista<br><input type="radio"/> Desempregado<br><input type="radio"/> Não trabalha<br><input type="radio"/> Servidor público/militar<br><input type="radio"/> Outro |
| CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                     | POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?<br><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAL?<br><input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra<br><input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?<br><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAL?<br><input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti<br><input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro | TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAL?<br><input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra<br><input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Fonte: SAS/MS.

**Relação de parentesco com o responsável familiar:** Este item busca identificar a relação do indivíduo cadastrado e a pessoa indicada como o responsável familiar. Caso o cadastro seja do próprio responsável familiar, não é necessário preencher este campo.

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

### CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

É possível digitar apenas ocupações que estejam expressas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Os profissionais devem estar atentos para seguir a lista do Ministério do Trabalho (MT), bem como com possíveis sinônimos dentro da classificação. Para saber mais, acesse:

<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloA-Z.jsf>

No caso do cidadão desenvolver outras atividades, como por exemplo,

estudante ou pessoas que cuidam da casa (“do lar”) sem finalidade de obter renda, o campo ocupação não deve ser preenchido.

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

**Quadro 1.4 – Situação no mercado de trabalho**

| ITEM                                 | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EMPREGADOR                           | Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento com, pelo menos, um empregado (BRASIL, 2010b).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ASSALARIADO COM CARTEIRA DE TRABALHO | Pessoa que trabalha com carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro (BRASIL, 2010b).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ASSALARIADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO | Pessoa que trabalha sem carteira assinada para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente, obrigando-se ao cumprimento de jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro. Considere, também, neste quesito, a pessoa que presta serviço militar obrigatório (BRASIL, 2010b).                                                                                                                                                                                                                                                |
| AUTÔNOMO COM PREVIDÊNCIA SOCIAL      | Pessoa que contribui com a Previdência Social e trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinho ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com ajuda de trabalhador não remunerado. São exemplos de trabalhador por conta própria taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os trabalhadores eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer tarefa específica em/a uma ou mais empresas/pessoas (encanadores, eletricitas, pedreiros) (BRASIL, 2010b).          |
| AUTÔNOMO SEM PREVIDÊNCIA SOCIAL      | Pessoa que trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinho ou com sócio, sem ter empregado, ainda que contando com ajuda de trabalhador não remunerado. São exemplos de trabalhador por conta própria taxistas, camelôs, manicures em domicílio. Também se encontram nesta categoria os trabalhadores eventuais, ou seja, aquelas pessoas que prestam serviço em caráter esporádico, para exercer tarefa específica em/a uma ou mais empresas/pessoas (encanadores, eletricitas, pedreiros) e que não contribuem com a Previdência Social (BRASIL, 2010b). |
| APOSENTADO/<br>PENSIONISTA           | Pessoa que tem remuneração recebida do Plano de Seguridade Social da União (PSS), do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e de institutos oficiais de previdência estadual ou municipal, a título de aposentadoria, jubilação ou reforma ou também deixado por pessoa da qual era beneficiária, no caso de pensionista (BRASIL, 2010b).                                                                                                                                                                                                                      |
| DESEMPREGADO                         | Pessoa que se encontra desempregada, sem nenhuma fonte de renda ou recebendo seguro-desemprego e à procura de trabalho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NÃO TRABALHA                         | Pessoa que não procura trabalho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| SERVIDOR PÚBLICO/MILITAR             | Pessoa que mantém vínculo de trabalho profissional com os órgãos e entidades governamentais, integrados em cargos ou empregos de qualquer delas: União, estados, Distrito Federal, municípios e suas respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| OUTRA                                | Pessoa que não se enquadra em nenhuma das situações de trabalho referidas acima.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Fonte: SAS/MS.

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

**Qual o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?:** Este item busca identificar qual o nível de escolaridade máximo cursado pela pessoa, conforme o quadro a seguir.

**Quadro 1.5 – Nível de escolaridade**

| ITEM                                                                                   | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CRECHE                                                                                 | Destina-se às crianças, geralmente com até três anos de idade, que frequentam estabelecimentos juridicamente regulamentados ou não, destinado a dar assistência diurna às crianças (BRASIL, 2010b).                             |
| PRÉ-ESCOLA<br>(EXCETO CA)                                                              | Destina-se, geralmente, às crianças com quatro ou cinco anos de idade. Pode receber várias denominações de acordo com a região e o nível alcançado pelas crianças: maternal, jardim de infância, jardim I etc. (BRASIL, 2010b). |
| CLASSE<br>DE ALFABETIZAÇÃO (CA)                                                        | Curso destinado à alfabetização de crianças, para os estabelecimentos que ainda não implantaram o Ensino Fundamental com duração de nove anos (BRASIL, 2010b). Equivalente ao 1º ano no sistema com duração de 9 (nove) anos.   |
| ENSINO FUNDAMENTAL 1ª<br>A 4ª SÉRIES                                                   | Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a primeira fase (BRASIL, 2010b). Equivalente ao 2º, 3º, 4º e 5º ano no sistema com duração de 9 (nove) anos.         |
| ENSINO FUNDAMENTAL 5ª<br>A 8ª SÉRIES                                                   | Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos, sendo esta a segunda fase (BRASIL, 2010b). Equivalente ao 6º, 7º, 8º e 9º ano no sistema com duração de 9 (nove) anos.          |
| ENSINO FUNDAMENTAL<br>COMPLETO                                                         | Curso de Ensino Fundamental organizado em oito séries anuais, dividido em duas fases ou ciclos (BRASIL, 2010b).                                                                                                                 |
| ENSINO FUNDAMENTAL<br>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<br>EJA – SÉRIES INICIAIS<br>(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<br>EJA – SÉRIES FINAIS<br>(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<br>GRAU, MÉDIO 2º CICLO<br>(CIENTÍFICO, CLÁSSICO,<br>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<br>(SUPLETIVO)<br>SUPERIOR,                                           | Nova denominação para o curso supletivo de Ensino Médio ou de 2º grau, seriado ou não (BRASIL, 2010b).                                                                                                                          |
| APERFEIÇOAMENTO,<br>ESPECIALIZAÇÃO,<br>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<br>ADULTOS (MOBRAL ETC.)                                            | Curso destinado à alfabetização de jovens e adultos (BRASIL, 2010b).                                                                                                                                                            |

|        |                                                                        |
|--------|------------------------------------------------------------------------|
| NENHUM | Quando a pessoa não se enquadrar em nenhuma das descrições anteriores. |
|--------|------------------------------------------------------------------------|

Fonte: SAS/MS.

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

**Quadro 1.6 – Responsável pela criança até nove anos durante a ausência dos pais**

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

Fonte: SAS/MS.

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

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

**Quadro 1.7 – Outros campos**

| CAMPO                           | ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? | Marque sim, caso o cidadão frequente algum cuidador tradicional ou não em caso contrário. O termo “Cuidador tradicional ou popular” denomina os especialistas populares ou tradicionais não profissionalizados, com práticas de diferentes curadores populares (parteiras, benzedeiras, raizeiros) ou curadores que fazem parte de povos ou comunidades tradicionais (indígenas, populações ribeirinhas amazônicas etc.), com teorias, aspectos culturais, sociais e visão de mundo convergente ou divergente entre si, cujos saberes e práticas baseiam-se em uma abordagem holística, herdada de familiares, de um “dom” ou aprendizado com outro curador, sendo parte da relação com o usuário a criação de vínculo <sup>1</sup> . |

<sup>1</sup> MENÉDEZ, E. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?       | Marque sim, caso o cidadão participe de atividades desenvolvidas em associação comunitária ou outros espaços que envolvam os moradores de um território.                                                                                                                   |
| POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?              | Esse campo serve para identificar se o cidadão possui plano de saúde privado ou não.                                                                                                                                                                                       |
| É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? | Marque sim, caso o cidadão seja membro de algum povo ou comunidade tradicional.<br><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, veja a lista no Anexo D. |

Fonte: SAS/MS.

## Orientação sexual e Identidade de Gênero

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

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

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

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

**Quadro 1.8 – Orientação sexual**

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

Fonte: SAS/MS.

articulações práticas. In: \_\_\_\_\_. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009. p.17-70.

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

**Quadro 1.9 – Identidade de gênero**

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

Fonte: SAS/MS.

**Tem alguma deficiência?**: este item identifica se o cidadão apresenta alguma deficiência<sup>2</sup>. Assinalar com um “x” a opção referida. Este campo de preenchimento obrigatório.

**Se sim, qual ou quais deficiências o cidadão?**

Podendo ser:

**Quadro 1.10 – Tipos de deficiência**

| ITEM                      | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUDITIVA                  | Limitação, temporária ou permanente, de natureza auditiva. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a deficiência auditiva é caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. É perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| VISUAL                    | A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência compreende a deficiência visual como sendo uma situação irreversível da função visual, mesmo após tratamentos clínicos e ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais. A pessoa com deficiência visual, cegueira ou baixa visão tem sua funcionalidade comprometida, com prejuízo na capacidade de realização de tarefas. Deficiência visual é a cegueira cuja acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos em que o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores. |
| INTELECTUAL/<br>COGNITIVA | Limitação, temporária ou permanente, de natureza intelectual/cognitiva. A deficiência mental, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| FÍSICA                    | É alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

<sup>2</sup> Ver na íntegra a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010), disponíveis em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>>.

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | acarreta o comprometimento da função física, apresentando-se sob as formas de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. |
| OUTRA | Outros tipos de limitações, temporárias ou permanentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Fonte: SAS/MS.

## 1.4 Saída do cidadão do cadastro

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

- mudança do território ou
- óbito

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

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

## 1.5 Termo de recusa do cadastro individual da Atenção Básica

Este bloco é preenchido quando o cidadão se recusa a fornecer os dados para preenchimento do seu cadastro. Quando isso acontece, é solicitado ao entrevistado que assine o termo de recusa para assegurar que ele está ciente. Em situações em que o cidadão se recuse também a assinar o termo, a validação dessa informação deve ser discutida com o profissional responsável pela supervisão e/ou coordenação desta equipe.



**NOTA:** para que a recusa seja efetivada, é necessário que o ACS preencha alguns campos que são obrigatórios para o sistema, tais como número do CNS do profissional que faz o cadastro, CNES da unidade de saúde e data de cadastro. Com isso, é importante que estes campos também sejam preenchidos no caso de recusa do cadastro, para que esta informação possa ser digitada no sistema com CDS.



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

## **1.6 Questionário Autor referido de Condições/Situações de Saúde**

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

### **1.6.1 Condições/situações de saúde gerais**

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

,

Figura 1.6 – Condições/situações de saúde gerais.

## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

| CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso                                                                                                                                                                                                                                             |  | TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe         |
| ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                            |
| FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                           |
| TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                             |
| TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____                                                                                                                                 |
| TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                   |
| TEVE 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<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <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<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <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<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____                                                                                                                                                      |
| OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE<br>1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                              |
| CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>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                                                                                                                                               |  | É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____                                                                                                                                         |
| RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                           |
| POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____                                                                                                                                                                                                                          |
| QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes<br>QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular |  | TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras |

Quadro 1.11 – Condições/situações de saúde gerais

| CAMPO          | ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO                                                                                                                                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTÁ GESTANTE? | Assinale com um "x" a opção referida. <b>É fundamental que esta informação seja observada e atualizada frequentemente, visto que é uma situação transitória.</b> |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?         | Campo aberto. Informe qual é a maternidade de referência indicada pelo município para realização do parto.                                                                                                                                                                            |
| SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?                  | Indique qual é a percepção do usuário em relação ao seu próprio peso, podendo ser:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Abaixo do Peso;</li> <li>• Peso Adequado; • Acima do Peso.</li> </ul>                                                                                  |
| ESTÁ FUMANTE?                                       | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| FAZ USO DE ÁLCOOL?                                  | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?                           | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?                           | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEM DIABETES?                                       | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEVE AVC/DERRAME?                                   | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEVE INFARTO?                                       | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?                     | Assinale com um "x" a opção referida.<br><b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?**</b> – se possui problemas no coração, indicar quais em relação às seguintes opções:<br>Insuficiência Cardíaca;<br>Outro;<br>Não Sabe.                                                                         |
| TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?                     | Assinale com um "x" a opção referida.<br><b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?**</b> – se possui problemas nos rins, indicar quais em relação às seguintes opções:<br>Insuficiência Renal;<br>Outro;<br>Não Sabe.                                                                              |
| TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?                  | Assinale com um "x" a opção referida.<br><b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?**</b> – se possui alguma doença respiratória, indicar qual em relação às seguintes opções:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma;</li> <li>• DPOC/Enfisema; • Outro;</li> <li>• Não Sabe.</li> </ul> |
| ESTÁ COM HANSENÍASE?                                | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ESTÁ COM TUBERCULOSE?                               | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEM OU TEVE CÂNCER?                                 | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?        | Assinale com um "x" a opção referida.<br><b>SE SIM, POR QUAL CAUSA?*</b> Campo aberto. Indicar a(s) causa(s) de internação.                                                                                                                                                           |
| TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? | Assinale com um "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 um "x" a opção referida.<br><b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?</b> – Campo aberto. Indicar quais as plantas medicinais utilizadas. Listadas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename. |
| USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? | Assinale com um "x" a opção referida. Exemplos de PIC: medicina tradicional chinesa, homeopatia, termalismo/crenoterapia, medicina antroposófica, entre outras.                                             |
| OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUAL?                   | Campo aberto. Indicar doenças referidas pelo usuário que não foram citadas anteriormente.                                                                                                                   |

Fonte: SAS/MS.

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

### 1.6.2 Cidadão em situação de rua

Este bloco deverá ser preenchido pelo agente de ação social das equipes de Consultório na Rua (eCR) ou pelo agente comunitário de saúde (ACS), quando este desenvolver suas atividades junto a elas. Nos casos em que o agente de ação social não participar da composição das eCR ou quando estas não possuírem nenhum ACS agregado à sua formação mínima, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da eCR. O bloco também poderá ser preenchido pelo ACS ou outro componente da equipe de Atenção Básica nos casos em que existirem usuários em situação de rua no território adscrito da UBS, mas se não tiver nenhuma equipe de Consultório na Rua vinculada.

**Quadro 1.12 – Situação de rua**

| CAMPO                                | ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*            | Assinale com um "x" a opção referida. Este campo é de preenchimento obrigatório.                                                                                                                                                                                               |
| TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA             | Marque, conforme as opções, qual é o tempo: <ul style="list-style-type: none"> <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 um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                          |
| POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?          | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                          |
| QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?    | Marque com um "x" uma das opções: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 vez;</li> <li>• 2 ou 3 vezes;</li> <li>• mais de 3 vezes.</li> </ul>                                                                                                                              |
| QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?        | Indique de onde vem a alimentação do usuário. Pode-se marcar mais de uma opção: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restaurante Popular;</li> <li>• Doação de Grupo Religioso;</li> <li>• Doação de Restaurante;</li> <li>• Doação Popular;</li> <li>• Outros.</li> </ul> |
| É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? | Assinale com um "x" a opção referida.                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              | <p><b>SE SIM, INDIQUE QUAL(IS)?</b> – campo aberto para indicar qual instituição acompanha esta pessoa, por exemplo: Cras, unidade socioeducativa, entre outras.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?</p> | <p>Assinale com um "x" a opção referida.</p> <p><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> |
| <p>TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?</p>         | <p>Assinale com um "x" a opção referida.</p> <p><b>SE SIM, INDIQUE 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>                                                                                                                   |

*Fonte: SAS/MS. \* Campo de preenchimento obrigatório. \*\* Campos de preenchimento obrigatório condicionados à pergunta anterior*

## Anexo 05

### Formulário de Cadastro Domiciliar e Territorial



# Orientação de preenchimento de cadastro Domicilar e Territorial

## 1. Cadastro Domiciliar

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

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

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

### 1.1 Cabeçalho

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

Figura 1.1 – Bloco de cabeçalho do cadastro

|                                                                                     |                                              |               |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|--------|
|  | <b>CADASTRO DOMICILIAR<br/>E TERRITORIAL</b> | DIGITADO POR: | DATA:  |
|                                                                                     |                                              | CONFERIDO:    | FOLHA: |

Fonte: SAS/MS.

Quadro 1.1 – Identificação e controle da digitação

| CAMPO        | ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO                        |
|--------------|----------------------------------------------------------|
| DIGITADO POR | Nome do profissional que digitou a ficha.                |
| DATA         | Dia/mês/ano em que a digitação foi realizada no sistema. |

|               |                                                                                                                                                             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONFERIDO POR | Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.                                                                                        |
| FOLHA Nº      | Este campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, por meio da inserção de numeração das folhas. |

Fonte: SAS/MS.

## 1.2 Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde

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

**Figura 1.2 – Identificação do profissional e lotação**

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

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.2– Identificação do profissional e lotação**

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

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## 1.3 Endereço/Local de permanência

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

**Figura 1.3 – Endereço/Local de permanência**

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

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.3 – Endereço/Local de permanência**

| CAMPO                | ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CEP*                 | Escreva o Código de Endereçamento Postal da residência. Campo numérico no formato 99.999-999.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| MUNICÍPIO*           | Escreva o nome da cidade em que o usuário reside atualmente. Informações conforme tabela do site do IBGE (disponível em: < <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 o IBGE. Vide Anexo C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| MICROÁREA*           | Preencha o código da microárea onde está situado o domicílio do cidadão cadastrado, utilizando a numeração determinada na territorialização da eSF.<br>Ou, indique a opção FA (fora de área).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| BAIRRO*              | Escreva o bairro em que o usuário reside atualmente. Pode ser preenchido com nomes e números (alfanumérico).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| TIPO DE LOGRADOURO   | Escreva o tipo de logradouro conforme opções fornecidas pelos correios (Rua, Avenida etc.). Vide Anexo B.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| NOME DO LOGRADOURO*  | Escreva o nome do logradouro em que o indivíduo reside ou permanece, no caso de pessoa em situação de rua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| NÚMERO*              | Escreva o número da casa ou apartamento. No caso da ausência de número, preencha “Sem número”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| COMPLEMENTO          | Escreva o complemento do endereço. Pode ser preenchido com o nome e números (alfanumérico) do edifício ou algum outro dado que não se enquadre nos outros campos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| PONTO DE REFERÊNCIA  | Escreva se existe algum ponto referência próximo ao domicílio ou ao local de permanência. Ex: mercado, farmácia, escola, etc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| TIPO DE IMÓVEL       | <p>O tipo de imóvel deve ser inserido segundo a legenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 Domicílio</li> <li>• 02 Comércio</li> <li>• 03 Terreno baldio</li> <li>• 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte)</li> <li>• 05 Escola</li> <li>• 06 Creche</li> <li>• 07 Abrigo</li> <li>• 08 Instituição de longa permanência para idosos</li> <li>• 09 Unidade prisional</li> <li>• 10 Unidade de medida socioeducativa</li> <li>• 11 Delegacia</li> <li>• 12 Estabelecimento religioso</li> <li>• 99 Outros</li> </ul> |
| TELEFONE RESIDENCIAL | Anote o número do telefone fixo com DDD (Discagem Direta a Distância) do município em que o usuário reside.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TELEFONE DE REFERÊNCIA | Anote o número do telefone com DDD do município em que o usuário pode ser encontrado mais facilmente. A preferência é que seja telefone fixo ou contato próximo ao domicílio. Caso não possua, o campo deverá ficar em branco. O telefone celular deverá ser preenchido no cadastro individual. Evitar telefones de empresa, que são trocados com frequência. |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

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

- Domicílio:

-Opção:

"01 - Domicílio":

-Serão desabilitados os campos do bloco "Instituição de permanência"

-e será alterado o nome do grupo "Termo de recusa" para "Termo de recusa do cadastro domiciliar e territorial da Atenção Básica".

- Imóveis sem finalidade de moradia/longa permanência:

As opções:

"02 - Comércio",

"03 - Terreno baldio",

"04 - Ponto estratégico",

"05 - Escola",

"06 - Creche",

"12 - Estabelecimento religioso" ou -

"99 - Outros":

-Serão desabilitados os campos dos blocos:

-"Condições de moradia",

-"Animais no domicílio?",

-"Famílias", e

-"Instituição de permanência"

- Instituição de longa permanência:

- as opções:

"07 - Abrigo",

"08 - Instituição de longa permanência para idosos",

"09 - Unidade prisional",

"10 - Unidade de medida socioeducativa" ou

"11 - Delegacia"

Serão desabilitados os campos:

- "Situação de moradia / Posse de terra",
  - "Tipo de domicílio",
  - "Nº de cômodos",
  - "Em caso de área de produção rural: condição de posse e uso da terra",
  - "Material predominante na construção das paredes externas de seu domicílio"
- e - "Tipo de acesso ao domicílio",
- ainda serão desabilitados os campos dos blocos:
  - "Animais no domicílio" e - "Famílias"
  - será alterado o nome do termo de recusa para "Termo de recusa do cadastro da instituição de permanência".

## 1.4 Condições de moradia

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

Figura 1.4 – Condições de moradia

| CONDIÇÕES DE MORADIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |                   |        |         |                                        |                                        |                                                                      |                                        |                                        |                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|---------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*</b><br><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><br><input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural                                                                                                                           |                   |        |         |                                        |                                        |                                                                      |                                        |                                        |                                                                                 |
| <b>TIPO DE DOMICÍLIO</b><br><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><br><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)<br><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><br><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><br><table border="1"> <tr> <td>Alvenaria/Tijolo:</td> <td>Taipa:</td> <td>Outros:</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Com Revestimento</td> <td><input type="radio"/> Com Revestimento</td> <td><input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Sem Revestimento</td> <td><input type="radio"/> Sem Revestimento</td> <td><input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                           | Alvenaria/Tijolo: | Taipa: | Outros: | <input type="radio"/> Com Revestimento | <input type="radio"/> Com Revestimento | <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha | <input type="radio"/> Sem Revestimento | <input type="radio"/> Sem Revestimento | <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material |
| Alvenaria/Tijolo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Taipa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Outros:                                                                                                                                                                                                   |                   |        |         |                                        |                                        |                                                                      |                                        |                                        |                                                                                 |
| <input type="radio"/> Com Revestimento                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> Com Revestimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha                                                                                                                                      |                   |        |         |                                        |                                        |                                                                      |                                        |                                        |                                                                                 |
| <input type="radio"/> Sem Revestimento                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> Sem Revestimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <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><br><input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna<br><input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO</b><br><input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral<br><input type="radio"/> Sem Tratamento |                   |        |         |                                        |                                        |                                                                      |                                        |                                        |                                                                                 |
| <b>FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO</b><br><input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar<br><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><br><input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro                                            |                   |        |         |                                        |                                        |                                                                      |                                        |                                        |                                                                                 |

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

**Quadro 1.4 – Situação de moradia/posse da terra\***

| ITEM            | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRÓPRIO         | Domicílio de propriedade, total ou parcial, de morador, integralmente quitado ou em processo de quitação, independentemente da condição de ocupação do terreno (IBGE, 2010).                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| FINANCIADO      | Domicílio cuja aquisição se deu por meio de recurso advindo de financiamento, sendo integralmente quitado ou em processo de quitação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ALUGADO         | Domicílio cujo aluguel seja, totalmente ou parcialmente, pago por morador (IBGE, 2010).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ARRENDAD        | Domicílio cujo proprietário concede ao arrendatário o gozo temporário de uma propriedade, no todo ou em parte, mediante retribuição financeira ou mão de obra.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| CEDIDO          | Domicílio cedido gratuitamente por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora (parente ou não), ainda que mediante taxa de ocupação ou conservação. Nesta condição, incluiu-se domicílio cujo aluguel fosse integralmente pago, diretamente ou indiretamente, por empregador de morador, instituição ou pessoa não moradora (IBGE, 2010).                                                                                               |
| OCUPAÇÃO        | Domicílio, área pública ou privada cuja ocupação se deu sem regularização formal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| SITUAÇÃO DE RUA | A população em situação de rua forma um grupo heterogêneo, em situação de vulnerabilidade. Não apresenta moradia convencional regular, utilizando a rua como espaço de moradia, por condição temporária ou de forma permanente. Quando esta opção for assinalada, é importante o preenchimento de todo o bloco “endereço/local de permanência” e do campo “localização” para que a informação “situação de rua” possa ser digitada no sistema com CDS. |
| OUTRA           | Para o domicílio que não se enquadre em nenhuma das categorias acima.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

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

**Quadro 1.5 – Localização\***

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

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

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

**Quadro 1.6 – Tipo de domicílio**

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

*Fonte: SAS/MS.*

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

**Quadro .1.7 – Quantidade de moradores e cômodos**

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

*Fonte: SAS/MS.*

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

**Quadro 1.8 – Condições de posse e uso da terra em área de produção rural**

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

Fonte: SAS/MS.

**Tipo de acesso ao domicílio:** refere-se ao principal tipo de pavimentação ou vias de acesso para se chegar ao logradouro que dá acesso ao domicílio. Deverá ser assinalada uma das opções, conforme descrição a seguir:

**Quadro 1.9 – Acesso ao domicílio**

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

Fonte: SAS/MS.

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

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

**Quadro 1.10 – Material predominante na construção das paredes externas do domicílio**

| ITEM                              | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALVENARIA/TIJOLO COM REVESTIMENTO | Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe (tijolo grande e cru feito de terra argilosa, seco ao sol) e/ou pedra, recoberto por reboco, cerâmica, azulejo, granito, mármore, metal, vidro, lambris (revestimento de madeira ou mármore) etc..                                                                                                                                                                                                                       |
| ALVENARIA/TIJOLO SEM REVESTIMENTO | Domicílio feito predominantemente de tijolo, adobe e/ou pedra, sem qualquer tipo de revestimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| TAIPA COM REVESTIMENTO            | Domicílio feito predominantemente de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, estuque (massa preparada com gesso, água e cola) ou pau a pique (técnica que consiste no entrelaçamento de madeiras verticais fixadas no solo, com vigas horizontais, geralmente de bambu, amarradas entre si por cipós, dando origem a um grande painel perfurado que, após ter os vãos preenchidos com barro, se transforma em parede), revestidas por qualquer tipo de material. |
| TAIPA SEM REVESTIMENTO            | Domicílio feito predominantemente de paredes não revestidas constituídas de barro ou cal e areia, utilizando varas de madeira, tabique, estuque, pau a pique etc..                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| MADEIRA APARELHADA                | Domicílio feito predominantemente de qualquer tipo de madeira que foi trabalhada (industrializada), ou seja, preparada para construir paredes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| MATERIAL APROVEITADO              | Domicílio construído a partir de reciclagem de materiais de construção, como tijolos, telhas, vigas, barras, compensados, podendo utilizar também materiais dispensados e/ou inutilizados provenientes de outras fontes como lonas, papelão, garrafas, latas etc. (definição própria).                                                                                                                                                                                      |
| PALHA                             | Domicílio com as paredes feitas de sapé, folha ou casca de vegetal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| OUTRO MATERIAL                    | Quando o material utilizado não se enquadra em nenhuma das categorias acima.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Fonte: SAS/MS.

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

**Quadro 1.11 – Abastecimento de água**

| ITEM                          | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REDE ENCANADA ATÉ O DOMICÍLIO | Quando o domicílio, o terreno ou a propriedade onde ele está localizado for servido de água canalizada proveniente de rede geral de abastecimento (BRASIL, 2010a).                                    |
| POÇO/NASCENTE NO DOMICÍLIO    | Quando o domicílio for servido por água de poço ou nascente localizada no terreno ou na propriedade onde está construído, podendo ou não haver distribuição interna para o domicílio (BRASIL, 2010a). |

|            |                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CISTERNA   | Quando o domicílio for servido por água das chuvas, armazenada em cisterna de placas de cimento pré-moldadas (reservatório semienterrado e protegido da evaporação e da contaminação) que captam água das chuvas (BRASIL, 2010a). |
| CARRO-PIPA | Quando a água utilizada no domicílio for transportada por meio de carro-pipa, podendo a água ser proveniente de várias fontes (BRASIL, 2010a).                                                                                    |
| OUTRO      | Quando o domicílio for servido de água de reservatório (ou caixa), poço ou nascente localizado fora do terreno onde está construído, quando for servido de água de rio ou lago, ou ainda de outra maneira não descrita acima.     |

Fonte: SAS/MS.

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

**Quadro 1.12 – Forma de escoamento do banheiro ou sanitário**

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

Fonte: SAS/MS.

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

**Quadro 1.13 – Água para consumo no domicílio**

| ITEM           | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MINERAL        | A água mineral é obtida diretamente de fontes naturais ou por extração de águas subterrâneas. Caracteriza-se pelo conteúdo definido e constante de sais minerais, oligoelementos e outros constituintes, considerando-se as flutuações naturais. |
| FILTRADA       | A água passa por um leito filtrante constituído por saibro, areia com granulometria variável, ou outras matérias porosas, com o objetivo de reter microrganismos e impurezas.                                                                    |
| FERVIDA        | Aquecimento da água até o ponto de ferver por, pelo menos, cinco minutos.                                                                                                                                                                        |
| CLORADA        | Adição de cloro ou de outros produtos desinfetantes e/ou bactericidas. Tem como finalidade a eliminação dos microrganismos ainda existentes.                                                                                                     |
| SEM TRATAMENTO | Marque esta opção quando não for referido nenhum tratamento de água realizado no domicílio.                                                                                                                                                      |

Fonte: SAS/MS.

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

**Quadro 1.14 – Destinação dada ao lixo**

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

Fonte: SAS/MS.

## 1.5 Animais no domicílio

Este bloco é utilizado para registrar a existência e quantidade de animais no domicílio. Animais domésticos são do convívio diário familiar, tais como gato, cachorro, pássaro etc.. Caso existam animais no domicílio e a opção “Sim” tenha sido marcada, será necessário indicar quais e a quantidade deles. A partir dessas informações, é possível que a equipe de saúde desenvolva ações para minimizar o risco de agravos à saúde da população, articuladas com outros setores responsáveis, a fim de efetivar a vigilância dos fatores de risco ambientais e sanitários.

**Figura 1.5 – Animais no domicílio**

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? ☐ Sim ☐ Não

QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

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

Fonte: SAS/MS.

## 1.6 Identificação de famílias ou núcleos familiares

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

No Cadastro da Atenção Básica, o **núcleo familiar ou família** corresponde à unidade nuclear composta por uma ou mais pessoas, eventualmente ampliada por outras que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por ela, todas moradoras de um mesmo domicílio. Para cada núcleo familiar, deve-se informar um **responsável familiar**.

A definição desse responsável familiar é feita pela própria família, sendo, preferencialmente, morador desse domicílio e integrante dessa unidade familiar (independentemente se há algum grau de parentesco), com idade

superior a 16 anos.

**Figura 1.6 – Identificação de famílias ou núcleos familiares**

| FAMÍLIAS<br>Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR | CNS DO RESPONSÁVEL** | DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL | RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO) | NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA | RESIDE DESDE [MÊS] [ANO] | MUDOU-SE                 |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                    |                      | / /                               | ¼ ½ 1 2 3 4 +                |                              |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                    |                      | / /                               | ¼ ½ 1 2 3 4 +                |                              |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                    |                      | / /                               | ¼ ½ 1 2 3 4 +                |                              |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                    |                      | / /                               | ¼ ½ 1 2 3 4 +                |                              |                          | <input type="checkbox"/> |

Fonte: SAS/MS.

\*\*Campo com obrigatoriedade condicional

**Quadro 1.15 – Identificação de famílias ou núcleos familiares**

| CAMPO                             | ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR            | Coloque o número do prontuário familiar do estabelecimento de saúde. Tem a finalidade de relacionar os dados do cadastro com as informações da família no estabelecimento de saúde.                |
| CNS DO RESPONSÁVEL                | O campo deve ser preenchido com o número do CNS do responsável pela família, no domicílio.                                                                                                         |
| DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL | Anote a data de nascimento do responsável no formato dia/mês/ano, pois auxiliará na verificação do Cartão Nacional de Saúde dele.                                                                  |
| RENDA FAMILIAR (Salário mínimo)   | Marcar a opção, em salários mínimos, que representa a soma da renda de todos os membros da família.                                                                                                |
| NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA      | Anote a quantidade de indivíduos do mesmo núcleo familiar que moram no domicílio.                                                                                                                  |
| RESIDE DESDE                      | Coloque a data em que o núcleo familiar passou a residir nesse domicílio (mudou-se para o atual domicílio), preenchida no formato mês/ano. Não tendo a informação do mês, preencher somente o ano. |
| MUDOU-SE                          | Utilize este campo apenas quando a família sair do território.                                                                                                                                     |

Fonte: SAS/MS.

**ATENÇÃO:** o bloco de identificação de



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

**ATENÇÃO:** mesmo que um cidadão tenha mais de



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

## 1.7 Termo de Recusa do Cadastro Domiciliar da Atenção Básica

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

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

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

**Figura 1.7 – Termo de Recusa do Cadastro Domiciliar da Atenção Básica**

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

Fonte: SAS/MS.

## 1.8 Instituição de Permanência

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

**Figura 1.8 – Instituição de permanência**

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

Fonte: SAS/MS.

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

**Figura 1.9 – Identificação do responsável técnico da instituição de permanência**

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| NOME:                 | CNS DO RESPONSÁVEL: |
| CARGO NA INSTITUIÇÃO: | TEL. CONTATO:       |

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.16 – Identificação do responsável técnico da instituição de permanência**

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

Fonte: SAS/MS.

**1.9 Termo de Recusa da instituição de Permanência**

Este bloco é preenchido quando o responsável técnico da instituição de permanência não deseja fornecer estes dados para a realização do cadastro. Nesse caso, o profissional solicita ao entrevistado que assine o termo de recusa, de forma a assegurar que ele recusou o cadastro e está ciente de que esse fato não impede o atendimento na UBS dos cidadãos vinculados à instituição de permanência. Em situações em que o técnico responsável se recuse também a assinar o termo, a validação desta informação deve ser discutida com o profissional responsável pela supervisão e/ou coordenação desta equipe.

**Figura 1.10 – Termo de recusa da instituição de permanência**

**TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

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

Assinatura

## Anexo 07

## Ficha de Visita Domiciliar

[illegible]

|                          |                               | Nº                                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       | 11                       | 12                       | 13                       | 14                       | 15                       | 16                       | 17                       | 18                       | 19                       | 20                       | 21                       | 22                       | 23                       |                          |                          |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Motivo da visita*</b> | <b>Acompanhamento</b>         | 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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |                               | Pessoa com asma                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |                               | Pessoa com DPOC/enfisema                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |                               | Pessoa com câncer                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                               | Pessoa com outras doenças crônicas        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                               | Pessoa com hanseníase                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                               | Pessoa com tuberculose                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                               | Sintomáticos respiratórios                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                               | Tabagista                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                               | Domiciliados/Acamados                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          |                               | Condições de vulnerabilidade social       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | Condicionais do Bolsa Família | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | Saúde mental                  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | Usuário de álcool             | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | Usuário de outras drogas      |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

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

Microárea: usar **FA** para Fora de Área ou **00 a 99** para o número da microárea

**Microárea:** usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea. **Campo de Inserir:** 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

Campo : campo numérico

**\*Campo obrigatório**

<sup>\*\*</sup>Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

## ANEXO 08

# Orientações de preenchimento de ficha de Visita Domiciliar

### 1. Ficha de Visita Domiciliar e territorial

---

**Objetivo da ficha:** registrar a atividade de visita ao cidadão ou a outros pontos do território adscrito da equipe da AB. As informações solicitadas na ficha foram selecionadas segundo a sua importância e por comporem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

**Profissionais que utilizam esta ficha:** o conceito de visita domiciliar foi redefinido. Dessa forma, agora é considerado apenas de competência do agente comunitário de saúde (ACS) e do agente de combate às endemias (ACE). Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior redefiniu-se como atendimento individual, e o local - domicílio.

---

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

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

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

## 1.1 Cabeçalho

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

**Figura 1.1 – Cabeçalho da Ficha de Visita Domiciliar e Territorial**

|                                                                                   |                                                 |                |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------|-----------|
|  | <b>FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL</b> | DIGITADO POR:  | DATA: / / |
|                                                                                   |                                                 | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº: |

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.1 – Identificação e controle da digitação**

| CAMPO         | ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO                                                                                                                     |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIGITADO POR  | Nome do profissional que digitou a ficha.                                                                                                                  |
| DATA          | Dia/ mês/ ano em que a digitação foi realizada no sistema.                                                                                                 |
| CONFERIDO POR | Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.                                                                                       |
| FOLHA Nº      | Esse campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro, através da inserção de numeração nas folhas. |

Fonte: SAS/MS.

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

**Figura 1.2 – Identificação do profissional e do estabelecimento de saúde**

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

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.2 – Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional**

| CAMPO                | ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO                                                                                                                           |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CNS DO PROFISSIONAL* | Número do Cartão Nacional de Saúde do profissional que realizou a visita domiciliar e territorial.                                                               |
| CBO*                 | Código da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) do profissional que realizou a visita (ACS - 5151-05 ou ACE - 5151-40).                                     |
| CNES*                | Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde onde está lotado.                                                     |
| INE*                 | Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o profissional está lotado. |

|       |                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------|
| DATA* | Anote o dia/mês/ano em que foram realizadas as visitas. |
|-------|---------------------------------------------------------|

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

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

**Figura 1.3 – Identificação do usuário e visita compartilhada**

| Nº                                                                                                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       | 11                       | 12                       | 13                       | 14                       | 15                       | 16                       | 17                       | 18                       | 19                       | 20                       | 21                       | 22                       | 23                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>TURNO*</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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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>MICROÁREA*</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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 DE IMÓVEL*</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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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>Nº PRONTUÁRIO</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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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>CNS do Cidadão</b><br>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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>Data de nascimento**</b>                                                                                                      | Dia/mês                  |                          | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        |
|                                                                                                                                  | Ano                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Sexo**</b> (F) Feminino (M) Masculino                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 compartilhada com outro profissional                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fonte: SAS/MS.

**Quadro 1.3 – Identificação do usuário e visita compartilhada**

| CAMPO           | ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº              | Em cada Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, há possibilidade de registrar até 23 visitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| TURNO*          | Turno em que foram realizados os atendimentos, sendo: M - manhã, T - tarde ou N - noite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| MICROÁREA*      | Preencha o número de <b>00</b> a <b>99</b> que identifique a microárea ou com <b>FA</b> para visita Fora de Área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| TIPO DE IMÓVEL* | Preencha com o número que corresponda ao imóvel: 01 (Domicílio), 02 (Comércio), 03 (Terreno baldio), 04 (cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 (Escola), 06 (Creche), 07 (Abrigo), 08 (Instituição de longa permanência para idosos), 09 (Unidade prisional), 10 (Unidade de medida sócio educativa), 11 (Delegacia), 12 (Estabelecimento religioso), 99 (Outros). |
| Nº PRONTUÁRIO   | Campo destinado ao número do prontuário da família, próprio do estabelecimento de saúde. Este campo é usado como referência da informação do paciente na própria unidade, para os casos em que seja necessário fazer verificação dos dados. ( OBS- Não Utilizado)                                                                                                                                                                                                  |
| CNS DO CIDADÃO  | Campo destinado ao número do Cartão Nacional de Saúde do cidadão ou do responsável familiar, os números são incluídos no sentido vertical. Para visita periódica ou visita para controle vetorial utilizar o CNS do Responsável Familiar. (Identificado com código do morador no Sistema de Informações Vigente)                                                                                                                                                   |



## 1.2.1 Busca Ativa

**Quadro 1.5 – Motivo da visita – Busca ativa**

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

Fonte: SAS/MS.

## 1.2.2 Acompanhamento

**Quadro 1.6 – Motivo de visita – Acompanhamento**

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



### 1.3 Antropometria

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

### Figura 1.6 – Antropometria

[illegible]

Fonte: SAS/MS.

### Quadro 1.7 – Antropometria

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

Fonte: SAS/MS.

## 1.4 Desfecho

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

### Figura 1.7 – Desfecho

[illegible]

Fonte: SAS/MS.

### Quadro 1.8 – Desfecho

| CAMPO            | ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO                                     |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| VISITA REALIZADA | Quando mo morador está presente no momento da visita domiciliar            |
| VISITA RECUSADA  | Visita recusada pelo cidadão, impossibilitando realizar a ação pretendida. |
| AUSENTE          | O cidadão procurado estava ausente ou não foi possível contatá-lo.         |

Fonte: SAS/MS.



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

## **ANEXO 09**

### **Ficha de Controle de Produção diária do ACS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUCEN

## SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS

|                          |                       |                          |                              |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 - PONTO ESTRATÉGICO | <input type="checkbox"/> | 5 - VISITA A IMÓVEIS         |
| <input type="checkbox"/> | 2 - MÓVEL ESPECIAL    | <input type="checkbox"/> | 6 - CONTROLE DE CRIADOUROS   |
| <input type="checkbox"/> | 3 - LAVATRAMPA        | <input type="checkbox"/> | 7 - NEBULIZAÇÃO EQ. PORTÁTIL |
| <input type="checkbox"/> | 4 - OVITRAMPA         | <input type="checkbox"/> | 8 - AVAL. DENSIDADE LARVÁRIA |
| <input type="checkbox"/> | 12 - OBRAS            |                          |                              |

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

SETOR CENITÁRIO: \_\_\_\_\_

QUART: \_\_\_\_\_

ÁREA (m²): \_\_\_\_\_

EXECUÇÃO: ☐ SUZEN ☐ MUNICÍPIO

TIPO TRABALHO: ☐ ACS ☐ ROTINA ☐ PERÍCIA ☐ DEMANDA

[illegible]

2010 ASW - 2018

\* - Atividades 6 e 7, informar a área de nebulização

\* - F - Fechado    D - Desocupado    T - Temporada    P - Parcial    R - Recusa

| INSETICIDAS: | Produto: | Consumo: |
|--------------|----------|----------|
| FOCAL:       | _____    | _____    |
| PERIFOCAL:   | _____    | _____    |
| RESULIZ:     | _____    | _____    |

|        |            |             |
|--------|------------|-------------|
| AGENTE | SUPERVISOR | LABORATORIO |
|--------|------------|-------------|

## ANEXO 11

# Orientações sobre preenchimento do Boletim diário de controle a Arboviroses

### A) Finalidade

Boletim diário utilizado para registro das atividades de Vigilância e Controle do programa de controle dos vetores da Dengue, Zica e Chikungunya. Um dos objetivos desse preenchimento é a digitação das informações em sistema próprio.

### B) Cabeçalho

1. Atividade: marcar a casela correspondente à atividade a que se refere o boletim.
2. Folha: Preencher com a numeração composta pelo número de ordem da folha e o total de folhas. Se no dia forem utilizadas 3 folhas pelo agente com as mesmas informações constantes do cabeçalho (mesma atividade, dia, local, etc.), a numeração seria 1/3, 2/3 e 3/3.
3. Data: Data de realização da atividade.
4. Município: município de realização da atividade.
5. Área: a área de realização da atividade. Para as atividades 6 - Controle de Criadouros e 7 - Nebulização com equipamento Portátil, deve ser informada a área de nebulização onde está sendo desenvolvida a atividade.
6. Setor Censitário: Setor Censitário pertencente à área informada no item 4 e onde foi realizada a atividade.
7. Quarteirão: quarteirão pertencente ao setor censitário informado no item 5, onde foi realizada atividade.
8. Execução: marcar a casela correspondente ao órgão responsável pela execução da atividade.
9. Tipo de Trabalho: marcar a casela correspondente ao tipo de trabalho. Se for uma visita de retorno em imóveis fechados numa primeira visita, anotar a casela pendência. Nas demais visitas, anotar rotina.

### Corpo

1. Cadastro ou Número de Ordem: é a identificação do imóvel que será utilizada na digitação da atividade. Para as atividades de 1 a 4 e 12, que fazem referência a imóveis

[illegible]

Assinatura da Supervisão: \_\_\_\_\_

um agente realizando as visitas num mesmo quarteirão e preenchendo boletim separado, as numerações não podem ter o mesmo início, pois senão o sistema interpretará como visitas ao mesmo imóvel. Recomenda-se que um dos agentes inicie do número 1, enquanto o outro inicia do número 101, por exemplo.

2. Endereço: preencher com o nome da rua e número do imóvel. Essa informação presta-se para a localização posterior do imóvel em caso de dúvidas ou supervisão, uma vez que não será digitada no sistema.

3. Situação do imóvel: preencher uma casela correspondente à situação do imóvel no momento da visita:

a. Trabalhado: imóvel onde todas as atividades previstas foram realizadas;

b. Fechado: imóvel sem morador presente no momento da visita. Caso as pessoas presentes não possam se responsabilizar pela visita (menores, incapazes, etc.), essa opção também deve ser marcada;

c. Desocupado: imóvel sem morador e sem possibilidade de acesso;

d. Temporada: imóvel ocupado apenas em parte do ano, sem a presença dos responsáveis no momento;

e. Parcial: imóvel visitado, mas sem a possibilidade de adoção de todas as medidas no momento da visita. Isso pode ser por recusa de acesso em algum local, presença de animal bravo ou outras situações semelhantes;

f. Recusa: imóvel onde o responsável negou-se a fornecer acesso para a realização da atividade.

4. Medidas de Controle: preencher as caselas com X, correspondentes aos tipos de controle executados no imóvel. Para informações sobre a carga do produto estão apresentadas no anexo 2 (deste documento) os tipos, nomes e usos dos produtos disponíveis no estado.

a. Mecânico: quando houve ação mecânica sobre os recipientes (destruição, troca de posição, preenchimento com algum tipo de material, etc.

b. Produto Alternativo: quando houve utilização de produto domissanitário, normalmente fornecido pelo morador. *Essa medida é temporária e, portanto, restrita às atividades que não visem interrupção da transmissão.*

c. Focal: marcar essa casela quando for realizado tratamento com larvicida. Nos imóveis onde houver abertura de nova carga, anotar na casela o número de cargas abertas.

- d. Perifocal: anotar essa casela quando for realizado tratamento perifocal. Quando houver recarregamento do equipamento, anotar a quantidade de cargas utilizadas.
  - e. Nebulização: anotar essa casela quando o imóvel for nebulizador com equipamento portátil. Quando houver recarregamento do equipamento, anotar a quantidade de cargas utilizadas.
5. Recipientes: anotar as informações referentes aos recipientes encontrados, informando sua quantidade por situação encontrada:
- a. Tipo: anotar o tipo do recipiente, segundo codificação anexa. As demais informações da linha farão referência a esse tipo;
  - b. Existentes: anotar a quantidade de recipientes em condições de se tornarem criadouros, mesmo que secos no momento da visita;
  - c. Com água: anotar a quantidade de recipientes com água no momento da visita. Essa quantidade deve ser igual ou menor à de recipientes existentes (item b);
  - d. Com Larva: anotar a quantidade de recipientes com larvas encontrados;
6. Amostra: Anotar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s). Para as atividades 1 (Ponto Estratégico), 2 (Imóveis Especiais) e 8 (ADL), onde não é permitida a realização de pool, cada recipiente com larva deve dar origem a uma linha no boletim, anotando-se a(s) amostra(s) coletadas para aquele recipiente.
7. Larvas: esse campo deve ser preenchido pelo laboratório, com o total de larvas por amostra (ou conjunto de amostras):
- a. Examinadas: anotar o total de larvas examinadas;
  - b. *Aedes aegypti*: anotar a quantidade de larvas dessa espécie identificadas na amostra;
  - c. *Aedes albopictus*: anotar a quantidade de larvas dessa espécie identificadas na amostra.
8. Programar Retorno: marcar essa casela caso seja identificada no imóvel, alguma situação que faça com que seja necessária a realização de uma nova visita. Pode ser por exemplo para verificar alguma recomendação passada, tomada de alguma medida que não pode ser realizada no momento, como a retirada de uma grande quantidade de recipientes, acesso a local difícil, etc.

## **D) Total:**

Para as atividades 5, 6 e 7, é possível a digitação por quadra, devendo o boletim ser

totalizado quando do seu preenchimento, respeitando-se as seguintes orientações:

1. Situação do imóvel: somar a quantidade de marcações em cada coluna.
2. Medidas de Controle: contar a quantidade de marcações para todas as medidas e registrar o total no fim do boletim. Para o tratamento FOCAL, deve-se totalizar tanto a quantidade de marcações como as cargas abertas para que se tenha o total de imóveis com tratamento focal. A totalização do consumo será anotada no rodapé do boletim, conforme descrito no item E-1;
3. Recipientes: Anotar o TIPO PREDOMINANTE DE RECIPIENTE encontrado nas visitas e totalizar todos os demais campos, independentemente do tipo. Não há possibilidade de registrar todos os tipos de recipientes encontrados (para informação completa deve ser priorizada a digitação linha a linha).

## **E) Rodapé**

1. Inseticida: anotar para cada tipo de tratamento, o código do produto utilizado. Somente para a digitação por quadra, anotar a quantidade de cargas abertas no campo referente ao consumo no quarteirão em que for aberta a carga. Os códigos dos produtos e a informação sobre a quantidade de produto em uma carga estão descritas no anexo 2 (deste documento).
2. Agente: anotar de forma legível, o nome do(s) responsável(eis) pela atividade;
3. Supervisor: anotar de forma legível o nome do responsável pela conferência das informações constantes do boletim, como as quantidades informadas, consumos de produtos, coerência entre as amostras anotadas e os vidros coletados, etc.
4. Laboratório: anotar de forma legível, o responsável pelo exame das amostras coletadas e preenchimento dos campos de resultado no corpo do boletim.

## **TIPO DE RECIPIENTE**

### **A - DEPÓSITO ELEVADO**

- 1 - LIGADO À REDE
- 2 - NÃO LIGADO À REDE

### **B - DEPÓSITO NÃO ELEVADO**

- 3 - LIGADO À REDE
- 4 - NÃO LIGADO À REDE

### **C - MÓVEIS**

- 5 - VASO DE PLANTA NA ÁGUA
- 6 - VASOS DE PLANTA (DIVERSOS)
- 7 - PRATO / PINGADEIRA
- 8 - CONSUMO ANIMAL
- 9 - DEPÓSITO P/ CONSTRUÇÃO
- 10 - DEPÓSITO P/ HORTICULTURA
- 11 - PISCINA DESMONTÁVEL
- 12 - LATA, FRASCO, PLÁSTICO UTILIZÁVEIS
- 13 - GARRAFAS RETORNÁVEIS
- 14 - BALDE / REGADOR
- 15 - BANDEJA GELADEIRA / AR COND.
- 16 - MATERIAL DE CONSTRUÇÃO
- 17 - OUTROS

### **D - FIXOS**

- 18- RALO INTERNO
- 19 - RALO EXTERNO
- 20 - LAJE
- 21 - CALHA
- 22 - VASO SANITÁRIO / CX. DESCARGA
- 23 - PISCINA
- 24 - DEPÓSITO P/ CONSTRUÇÃO
- 25 - DEPÓSITO P/ HORTICULTURA
- 26 - CONSUMO ANIMAL
- 27 - OUTROS

### **E - PNEUS**

- 28 - PNEU

## **Anexo 2 - Produtos utilizados**

| <b>Tipo de Uso</b>   | <b>Nome</b>      | <b>Código</b> | <b>Carga</b> |
|----------------------|------------------|---------------|--------------|
| Focal                | Sumilarv         | 1A            | 20g          |
| Focal                | BTI              | 1B            |              |
| Perifocal            | Bendiocarb       | 2A            | 80ml         |
| Perifocal            | BTI              | 2B            | 125g         |
| Perifocal            | Fludora          | 2C            | 100g         |
| Nebulização Portátil | Komvektor EA 44% | 3A            | 1000ml       |
| Nebulização Portátil | CIELO            | 3B            | 2000ml       |

| Nº | CNS DO CIDADÃO*** | DATA DE NASCIMENTO** | SEXO**  | AVALIAÇÃO ALTERADA       | Obrigatório somente para antropometria |             | PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO |                          |
|----|-------------------|----------------------|---------|--------------------------|----------------------------------------|-------------|--------------------------------------------|--------------------------|
|    |                   |                      |         |                          | PESO (kg)                              | ALTURA (cm) | Cessou o hábito de fumar                   | Abandonou o grupo        |
| 1  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 2  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 3  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 4  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 5  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 6  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 7  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 8  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 9  |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 10 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 11 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 12 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 13 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 14 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 15 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 16 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 17 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 18 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 19 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 20 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 21 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 22 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 23 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 24 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 25 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 26 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 27 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 28 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 29 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 30 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 31 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 32 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 33 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 34 |                   | / /                  | (F) (M) | <input type="checkbox"/> |                                        |             | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |
| 35 |                   | / /                  | (F) (M) | <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  
 \*\*Campo obrigatório ao informar lista de participantes

# Anexo 13

## Orientações de Preenchimento de Atividade Coletiva

### 1. Ficha de atividade coletiva

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

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

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

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

**ATENÇÃO:** deverá ser preenchida **uma ficha para cada atividade** coletiva realizada.

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

|                                                                                   |  |                                    |  |                |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|----------------|-----------|
|  |  | <b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b> |  | DIGITADO POR:  | DATA: / / |
|                                                                                   |  |                                    |  | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº: |

|                                                  |                             |                       |                      |                      |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*</b><br>_____ | <b>CBO*</b><br>_____ - ____ | <b>CNES*</b><br>_____ | <b>INE*</b><br>_____ | <b>DATA:*</b><br>/ / |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|

|                                      |                                     |               |                            |               |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------|----------------------------|---------------|
| <b>TURNOS:*</b> (M) (T) (N)          | <b>LOCAL DE ATIVIDADE</b>           |               | <b>CNS DO PROFISSIONAL</b> | <b>CBO***</b> |
| Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)<br>_____     |                                     | CNES<br>_____ | _____                      | _____ - ____  |
| OUTRA LOCALIDADE:                    |                                     |               | _____                      | _____ - ____  |
| <b>Nº DE PARTICIPANTES*</b><br>_____ | Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS<br>_____ |               | _____                      | _____ - ____  |

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

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

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

|             |                                                                                                                                        |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INE*</b> | Código Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, onde o |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|       |                                                                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | profissional está lotado, seja equipes Saúde da Família, Nasf, CnR, etc. Este campo não é obrigatório para profissionais que não estão vinculados a equipes. |
| DATA* | Dia/mês/ano em que foi realizado o registro no formulário.                                                                                                   |

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

### 1.3 Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais

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

**Figura 1.3 – Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais**

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

Fote: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

**Quadro 1.3 – Identificação da atividade coletiva e de outros profissionais**

| CAMPO                      | ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TURNO*                     | Turno em que a atividade foi desenvolvida. Use M para manhã, T para tarde e N para noite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA   | Marcar se foram profissionais da saúde ou da educação que realizaram a atividade do Programa Saúde na Escola, quando a atividade for realizada em conjunto, é possível assinalar os dois campos.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| LOCAL DE ATIVIDADE         | Estão previstas três situações:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                            | -Nº DO INEP (ESCOLA/CRECHE) - para atividade realizada no âmbito do Programa Saúde na Escola,<br>-CNES – para atividade realizada em outro estabelecimento de saúde que não o estabelecimento de origem da equipe (Exemplo: quando realizar atividade em um Polo de Academia da Saúde),<br>-OUTRA LOCALIDADE - Campo descritivo para informar qualquer outro espaço, diferente de escola ou estabelecimento de saúde (Exemplos: igreja, associação de moradores, etc.). |
| Nº DE PARTICIPANTES*       | Número de participantes que efetivamente compareceram à atividade programada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS | Total de avaliações realizadas que apresentaram alteração (listada no bloco de identificação de usuários no verso da ficha de atividade coletiva). Este campo é preenchido automaticamente no sistema a partir dos dados dos usuários identificados no verso da ficha.                                                                                                                                                                                                  |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CNS DO PROFISSIONAL**</p> <p>E CBO**</p> | <p>Número do Cartão Nacional do SUS (CNS) e código Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) dos outros profissionais envolvidos na organização da atividade, que não o responsável.</p> <p>Embora exista a restrição de seis campos para identificação dos profissionais na ficha, <u>no momento da digitação das informações no sistema, não existe essa restrição.</u></p> <p>Numa reunião de equipe, por exemplo, não há necessidade de registrar o CNS de cada profissional presente. Registra-se dos mediadores, já os demais profissionais são contabilizados no campo 'nº de participantes'.</p> |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: SAS/MS.

\*\* Campo com obrigatoriedade condicionada.

## 1.4 Tipos de atividade coletiva

**Figura 1.4 – Tipos de atividade coletiva**

## 1.5 Atividades e Temas para reunião

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

**Quadro 1.4 – Atividade (Opção única)\***

| <b>CAMPO</b>                                                        | <b>ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO</b>                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01) REUNIÃO DE EQUIPE                                               | Opção utilizada para indicar reunião da própria equipe.                                                                                                                             |
| 02) REUNIÃO COM OUTRAS EQUIPES DE SAÚDE                             | Opção utilizada para indicar reunião da equipe com outras equipes de saúde (inclusive com outras equipes de AB, por exemplo, reunião entre eSF e eNasf ou reunião entre eSF e eCR). |
| 03) REUNIÃO INTERSETORIAL/ CONSELHO LOCAL DE SAÚDE/ CONTROLE SOCIAL | Indica a realização de reunião com agentes externos da comunidade ou outros órgãos de governo.                                                                                      |

*Fonte: SAS/MS.*

\* Campo de preenchimento obrigatório.

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

**Quadro 1.5 – Temas para reuniões (Opção múltipla)\***

| <b>CAMPO</b>                                            | <b>ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01) QUESTÕES ADMINISTRATIVAS/ FUNCIONAMENTO             | Opção utilizada para indicar reunião de equipe onde são tratadas questões administrativas e de funcionamento da unidade.                                                                                                                                                                                                                         |
| 02) PROCESSO DE TRABALHO                                | Opção utilizada para indicar reunião em que será discutido o processo de trabalho da equipe, seja sobre os núcleos profissionais, questões clínicas, seja sobre o contexto geral da equipe e estabelecimento de saúde, seguindo os preceitos trazidos pela PNAB e tendo os cidadãos e o território como eixo principal e norteador da discussão. |
| 03) DIAGNÓSTICO DO TERRITÓRIO/MONITORAMTO DO TERRITÓRIO | Indica a realização de reunião de equipe para debater a situação de saúde do território a partir de dados dos sistemas de informação em saúde, formulando indicadores e o retrato epidemiológico da população assistida.                                                                                                                         |
| 04) PLANEJAMENTO/ MONITORAMENTO DAS AÇÕES DA            | Opção utilizada para indicar reunião com foco no planejamento de ações de saúde a partir do diagnóstico da situação de saúde do                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EQUIPE                                              | território, com utilização de indicadores e epidemiologia dos dados de saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 05) DISCUSSÃO DE CASO/ PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR | Opção utilizada para indicar uma reunião de equipe que tem como tema discussão do caso de saúde de um cidadão ou de uma família, podendo ter como resultado a articulação dos diversos saberes dos profissionais envolvidos diante da singularidade do sujeito, pensando novas possibilidades e caminhos para a intervenção, resultando na elaboração de um projeto terapêutico singular. Esta opção também poderá ser utilizada para os projetos de saúde do território, que busca ações direcionadas à produção de saúde e à redução de vulnerabilidades em um determinado território. |
| 06) EDUCAÇÃO PERMANENTE                             | Opção utilizada quando a equipe desenvolve uma atividade de produção de conhecimento dentro das premissas básicas de ser um                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                     | -processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo, envolvendo práticas que considerem elementos que façam sentido para os profissionais envolvidos. Saiba mais :<br><a href="http://dab.saude.gov.br/portaldab/educacao_permanente.php">http://dab.saude.gov.br/portaldab/educacao_permanente.php</a>                                                                                                                                          |
| 07) OUTROS                                          | Campo destinado para registro de temas que não se encontram listados acima.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

## 1.6 Atividades de saúde

O segundo tipo de atividade é composto de ações de saúde voltadas para a população, a partir da marcação das opções 04, 05, 06 ou 07. Quando for marcada uma dessas opções, será necessário registrar, ao menos, uma opção do bloco de “PÚBLICO ALVO” e, ao menos, uma opção do bloco de “PRÁTICAS EM SAÚDE” ou de “TEMAS PARA SAÚDE”, obrigatoriamente.

**Quadro 1.6 – Atividade (Opção única)\***

| CAMPO                    | ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04) EDUCAÇÃO EM SAÚDE    | Indica uma ação de educação em saúde, como encenações teatrais sobre algum tema em saúde, rodas de conversa com temas da saúde, atividades de sala de espera na UBS, campanhas pontuais ou sazonais de saúde, etc..<br>Essa opção <b>não exige</b> que os usuários da atividade sejam identificados. |
| 05) ATENDIMENTO EM GRUPO | Campo utilizado para indicar a realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção <b>exige</b> que os usuários que participaram da atividade         |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | sejam identificados, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.                                                                                                                                                                                                                                      |
| 06)AVALIAÇÃO/<br>PROCEDIMENTO<br>COLETIVO | Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outros.<br><b>Exige a identificação</b> dos usuários que participaram da atividade por meio do preenchimento do CNS. |
| 07) MOBILIZAÇÃO SOCIAL                    | Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade.<br>Essa opção <b>não exige</b> que os usuários da atividade sejam identificados.                                                                                      |

Fonte: SAS/MS.

\* Campo de preenchimento obrigatório.

### 1.6.1 Público-alvo

Este bloco é utilizado para registrar, na Ficha de Atividade Coletiva, os públicos-alvo que participaram da ação em saúde. É um campo obrigatório para as atividades de 04 a 07 e é possível marcar mais de uma opção. A opção 01 – Comunidade em geral - deve ser marcada quando a ação não possuir público-alvo específico. Entre as opções, existem algumas categorias:

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

### 1.6.2 Temas para saúde

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

### 1.6.3 Práticas em saúde

Neste bloco são registradas algumas práticas em saúde. Também é

possível marcar mais de uma opção, caso a atividade desenvolvida seja a 05 - Atendimento em grupo. Se a atividade for a 06 - Avaliação/procedimento coletivo, é possível optar por uma única prática.

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

### **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO**

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

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

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

## **1.7 Lista de Participantes**

Para as atividades coletivas que demandam a identificação dos

usuários (opções 05 - Atendimento em Grupo e 06 - Avaliação/Procedimento Coletivo), é preciso registrar, no verso da Ficha de Atividade Coletiva, as seguintes informações junto à lista de participantes da atividade:

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

(ATENÇÃO: campo com obrigatoriedade condicionada);

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

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

**ATENÇÃO:** as opções 05 – Atendimento em Grupo e 06 – Avaliação/Procedimento Coletivo, devem ser anotados todos os participantes, identificando-se os alterados. Especificamente **para o PSE**, a **exceção** são as atividades de avaliação da **acuidade visual**. Para esta, são anotados **apenas os alterados**.

**Figura 1.5 – Identificação dos cidadãos participantes da atividade coletiva**

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

Obrigatório somente para Antropometria

Fonte: SAS/MS.

# Anexo 14

## Instrumento de Registro das Atividades dos ACS

Planilha1

| <br><b>Prefeitura Municipal de Birigui</b><br><small>CNPJ 46.151.718/0001-80</small> |                                                                                        |     |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|-----|-----------------------------------------------------|
| <b>INSTRUMENTO DE REGISTRO DAS ATIVIDADES DO ACS</b>                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| UBS:                                                                                                                                                                  |                                                                                        | Equipe:                                                                                |                                                                                        | Microárea:                                                                             |                                                                                        | Enfermeiro Supervisor: |  | Mês/Ano: |  | Deve ser Arquivado na UBS                           |                                                     |                  |     |                                                     |
| Nome do ACS:                                                                                                                                                          |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| Horário                                                                                                                                                               | Segunda                                                                                | Terça                                                                                  | Quarta                                                                                 | Quinta                                                                                 | Sexta                                                                                  | Observação             |  |          |  | Assinatura Enfermeiro                               |                                                     |                  |     |                                                     |
| 8 às 12                                                                                                                                                               | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros |                        |  |          |  | 1ª Supervisão do Enfermeiro<br>_____<br>Assinatura: |                                                     |                  |     |                                                     |
|                                                                                                                                                                       | DIA                                                                                    | TOTAL DE FAMÍLIA                                                                       | DIA                                                                                    | TOTAL DE FAMÍLIA                                                                       | DIA                                                                                    |                        |  |          |  | TOTAL DE FAMÍLIA                                    | DIA                                                 | TOTAL DE FAMÍLIA | DIA | TOTAL DE FAMÍLIA                                    |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| 12 às 13                                                                                                                                                              | <b>Horário de Almoço</b>                                                               |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     | 2ª Supervisão do Enfermeiro<br>_____<br>Assinatura: |                  |     |                                                     |
| 13 às 17                                                                                                                                                              | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros | ( ) Digitação<br>( ) Visita Domiciliar<br>( ) Reunião<br>( ) Busca Ativa<br>( ) Outros |                        |  |          |  | 3ª Supervisão do Enfermeiro<br>_____<br>Assinatura: |                                                     |                  |     |                                                     |
|                                                                                                                                                                       | DIA                                                                                    | TOTAL DE FAMÍLIA                                                                       | DIA                                                                                    | TOTAL DE FAMÍLIA                                                                       | DIA                                                                                    |                        |  |          |  | TOTAL DE FAMÍLIA                                    | DIA                                                 | TOTAL DE FAMÍLIA | DIA | TOTAL DE FAMÍLIA                                    |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| <b>OBSERVAÇÃO</b>                                                                                                                                                     |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| <b>DIA DO MÊS</b>                                                                                                                                                     |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| Part. em grupo                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     | 5ª Supervisão do Enfermeiro<br>_____<br>Assinatura: |
| Part. comissão local                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| Visita Nasf                                                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| Matriciamento                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| Aviso Consulta                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| e-SUS/CADWEB                                                                                                                                                          |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |
| Outros/Cadastros                                                                                                                                                      |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                        |                        |  |          |  |                                                     |                                                     |                  |     |                                                     |

# Referências Bibliográficas

Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/manual-ac3-3-9-2019.pdf>

Ministério da Saúde, Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017-Política Nacional de Atenção Básica

Birigui sp, Lei Orgânica Municipal nº 3040 de 27 de Setembro de 1993.

Birigui sp, Lei Complementar nº 115 de 22 de Abril de 2020.

## ELABORAÇÃO

---

Mariana Fagá Teixeira de Aguiar  
Enfermeira da Divisão de Assistência de Atenção Básica  
Secretaria Municipal de Saúde de Birigui

---

Gisele I. de Lima Curti  
Enfermeira da Divisão de Assistência de Atenção Básica  
Secretaria Municipal de Saúde de Birigui

---

Christi Andréa Pichitelli dos Santos  
Enfermeira da Divisão de Assistência de Atenção Básica  
Secretaria Municipal de Saúde de Birigui

---

Fernando Gonçalves Silva  
Coordenador da Divisão de Assistência de Atenção Básica  
Secretaria Municipal de Saúde de Birigui

## APROVAÇÃO

---

Diretor da Atenção Básica e Especialidades  
Secretaria Municipal de Saúde de Birigui

---

Cássia Rita Santana Celestino  
Secretária Municipal da Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Birigui