



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PAULO CESAR BORGES AMORIM**

**NECESSIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO A SER UTILIZADO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO  
DE FEIRA DE SANTANA-BA**

**FEIRA DE SANTANA - BA  
2010.1**

**PAULO CESAR BORGES AMORIM**

**NECESSIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO A SER UTILIZADO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO  
DE FEIRA DE SANTANA-BA**

Monografia apresentada à disciplina Pesquisa em Saúde, oferecida pelo Departamento de Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Dr. André Renê Barboni

**FEIRA DE SANTANA-BA  
2010.1**

**PAULO CESAR BORGES AMORIM**

**NECESSIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO A SER UTILIZADO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO  
DE FEIRA DE SANTANA-BA**

Monografia apresentada à disciplina Pesquisa em Saúde, oferecida pelo Departamento de Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Feira de Santana, 15 de julho de 2010

---

**Doutor André René Barboni**

Professor Titular do Departamento de Saúde da UEFS  
Orientador

---

**Doutora Maura Maria Guimarães de Almeida**

Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS  
Professora da disciplina Pesquisa em Saúde

---

**Mestre Teresinha Maria Trocoli Abdon Dantas**

Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS  
Professora da disciplina Pesquisa em Saúde

Dedico esta Monografia a minha mãe pelo incentivo, força e apoio. Obrigado por sempre fazer parte das minhas conquistas.

## **AGRADECIMENTO**

Primeiro agradeço a meu querido e maravilhoso Deus que sempre está ao meu lado me dando força para seguir no caminho da vitória. Obrigado Senhor.

A minha maravilhosa mãe, pelo carinho, cuidado e amor, diariamente me incentivando a cada passo dado.

A meu irmão, por sempre me dar uma mão amiga quando precisei.

A minha noiva, por sempre me incentivar a seguir em frente e ser meu braço direito durante todo o curso. Um grande beijo.

A meu orientador sempre exigindo o melhor de mim, me ajudando a avançar na construção do conhecimento, meu sincero agradecimento.

Aos meus familiares, amigos, colegas, professores desta longa jornada, funcionários da UEFS, obrigado, na vida construímos grandes amigos que duram para sempre.

E as professoras Teresinha e Maura pelo apoio e ajuda na finalização de mais uma jornada. Admiro o trabalho de vocês.

## RESUMO

O prontuário da família é elemento importante na condução da saúde de todos os seus membros e necessita reunir informações necessárias à continuidade do acompanhamento da saúde prestado ao indivíduo ou a sua família. Em paralelo a tudo isto, cresce o uso de tecnologias voltadas para otimizar e garantir efetividade nas ações de saúde, aonde o uso da Tecnologia da Informação (TI) na saúde vem demonstrando que a tecnologia das redes de comunicação, ferramentas de banco de dados, a segurança no uso, manutenção e conservação dos dados, programas para geração e transmissão de imagens estão resolvendo inúmeros problemas pontuais, antes comuns com o registro manual dos dados. O **objetivo** geral do estudo foi de levantar os dados necessários para o desenvolvimento do Prontuário Eletrônico da Família nas Equipes de Saúde da Família de Feira de Santana-BA. A **metodologia** utilizada baseou-se na análise documental e revisão bibliográfica de todos os dados utilizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Feira de Santana para o seu funcionamento. Os dados coletados nas USF visaram contemplar todos os programas de saúde estabelecidos pelo Programa Nacional da Atenção Básica. Após a coleta os dados foram triados e agrupados de acordo com os programas e serviços atendidos nas unidades. Nas USF de Feira de Santana os Programas atendidos são: Atenção ao Pré-Natal e Nascimento; Acompanhamento, Crescimento e Desenvolvimento da Criança; Atenção à Saúde do Adolescente; Programa de Imunização; Planejamento Familiar; Programa de Combate ao Câncer de Colo Uterino; Programa de atenção à Hipertensão/Diabetes Mellitus; Programa de Controle da Tuberculose; Programa de Controle da Hanseníase, e de forma recente Saúde do Homem. Foram fornecidos todos os dados relativos aos programas e serviços, bem como os dados necessários ao funcionamento administrativo de toda a unidade. Entre os dados obtidos, muitos se encontravam com informações que necessitam serem reformuladas para que possam de fato gerar ações em prol de facilitar a condução e aprimoramento do modelo de vigilância em saúde. Por conseguinte, constata-se que a proposta inicial do estudo foi alcançada uma vez que foi possibilitada a organização de uma complexa rede de dados que poderá dar subsídios à formulação, estruturação e implantação do Prontuário Eletrônico para as USF do município de Feira de Santana, o qual por sua vez poderá integrar a rede SIEM, contribuindo para o sucesso do que hoje é considerado o melhor sistema de saúde do mundo: o SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prontuário Eletrônico; Estratégia de Saúde da Família; Sistema de Informação em Saúde

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Calendário Básico de Vacinação da Criança.....	51
Tabela 2	Calendário Básico de Vacinação do Adolescente .....	52
Tabela 3	Calendário Básico de Vacinação do Adulto/Idoso .....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ACD</b>	Acompanhamento, Crescimento e Desenvolvimento
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>A53</b>	Outras formas e as não especificadas da sífilis
<b>BCF</b>	Batimentos Cardíacos Fetais
<b>B18</b>	Hepatite Viral Crônica (CID-10)
<b>B58</b>	Toxoplasmose (CID-10)
<b>CEP</b>	Código de Endereçamento Postal
<b>COSAC</b>	Coordenação de Saúde da Comunidade
<b>CID</b>	Cadastro Internacional de Doenças
<b>Cm</b>	Centímetro
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>EOA</b>	Emissões Otoacústicas
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DIU</b>	Dispositivo Intrauterino
<b>DNV</b>	Declaração de Nascidos Vivos
<b>DO</b>	Declaração de Óbitos
<b>G</b>	Gramas
<b>Hb</b>	Hemoglobina
<b>HIPERDIA</b>	Hipertensão e Diabetes
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>H1N1</b>	<i>Influenza A</i> subtipo H1N1
<b>Ht</b>	Hematócrito
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IG</b>	Idade Gestacional
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>Kg</b>	Kilogramas
<b>M</b>	Metro
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NCHS</b>	<i>National Center for Health Statistics</i>
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher
<b>PASEP</b>	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor
<b>PEATE</b>	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
<b>PIS</b>	Programa de Integração Social
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PEF</b>	Prontuário Eletrônico da Família
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação de Atenção Básica
<b>SIASUS</b>	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
<b>SIEM</b>	Sistema de Informações Estratégicas Municipais
<b>SIM</b>	Sistema de Informação de Mortalidade



<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SINASC</b>	Sistema Informação de Nascidos Vivos
<b>SISPRENATAL</b>	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>SIS</b>	Sistemas de Informação em Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TI</b>	Tecnologia da Informação
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VDRL</b>	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> – Testagem de Sífilis
<b>Z11</b>	Estado de infecção assintomática pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (CID-10)

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
3.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL .....	16
3.2	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)/ PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).....	18
3.3	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE .....	20
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	26
<b>5.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	29
5.1	CADASTRO DAS FAMÍLIAS (FICHA A) .....	30
5.2	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO .....	32
5.3	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA .....	40
5.4	ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	45
5.5	PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	48
5.6	IMUNIZAÇÃO .....	50
5.7	PROGRAMA DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	64
5.8	PROGRAMA DE ATENÇÃO À HIPERTENSÃO/DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	66
5.9	PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE .....	70
5.10	PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE.....	71
5.11	NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA .....	73
5.12	DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.....	78
5.13	RELATÓRIOS PARA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS USF.....	81
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
	<b>APÊNDICES</b> .....	93
	APÊNDICE A - <i>CHECK-LIST</i> COLETA DE DADOS .....	94
	<b>ANEXOS</b> .....	96
	ANEXO 1 – FICHA A CADASTRO DA FAMÍLIA .....	97
	ANEXO 2 – FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE .....	99
	ANEXO 3 – FICHA CLÍNICA/PRONTUÁRIO.....	100
	ANEXO 4 – CARTÃO DA GESTANTE .....	102

ANEXO 5 – FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL.....	104
ANEXO 6 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO.....	105
ANEXO 7 – MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS.....	106
ANEXO 8 – CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS.....	107
ANEXO 9 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO..	108
ANEXO 10 – FICHA DE ATENDIMENTO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	109
ANEXO 11 – MAPA DE REGISTRO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	110
ANEXO 12 – CARTÃO ACOMPANHAMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	112
ANEXO 13 – FICHA DE CONTROLE DE VACINAÇÃO.....	114
ANEXO 14 – MAPA DIÁRIO DE VACINAÇÃO.....	116
ANEXO 15 – MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS.....	118
ANEXO 16 – BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS.....	119
ANEXO 17 – CONTROLE DE TEMPERATURA.....	124
ANEXO 18 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAS.....	125
ANEXO 19 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO INVAGINAÇÃO INTESTINAL.....	127
ANEXO 20 – SOLICITAÇÃO DE VACINAS PARA OS POSTOS.....	131
ANEXO 21 – REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO.....	132
ANEXO 22 – RELAÇÃO NOMINAL DO EXAME CITOPATOLÓGICO.....	134
ANEXO 23 – CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO.....	135
ANEXO 24 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO.....	137
ANEXO 25 – RASTREAMENTO PÉ DIABÉTICO.....	138
ANEXO 26 – ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE.....	139
ANEXO 27 – ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE.....	141
ANEXO 28 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN.....	143
ANEXO 29 – LISTA NACIONAL DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	144

ANEXO 30 – GUIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES OU PROCEDIMENTO	145
ANEXO 31 – RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS E/OU SUBSTÂNCIAS CONTROLADAS .....	146
ANEXO 32 – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL .....	147
ANEXO 33 – FICHA D – REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES .....	148
ANEXO 34 – A2 – CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA.....	150
ANEXO 35 – A3 – CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO .....	152
ANEXO 36 – SSA2 – RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE.....	154
ANEXO 37 – PMA2 – RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO .....	156

## 1 INTRODUÇÃO

A construção histórica do Sistema de Saúde Público brasileiro nas últimas décadas do século XX tem sido considerada como direito do cidadão e dever do Estado (GERSCHMAN, 1995), e dentro desta construção, ocorreram grandes mudanças, indo do modelo assistencialista e hospitalocêntrico ao direito a saúde (BRASIL, 1998; PAIM, 1998). Neste contexto nasce o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, na tentativa de reorganização do modelo assistencial à saúde, a partir da atenção básica.

Com o nascimento do PSF, surge também uma série de entraves que acabam por prejudicar a proposta inicial do projeto, fazendo com que a população, alvo dos serviços, não obtenha um serviço de acordo com o proposto e o sistema, por vezes, volte a trabalhar na lógica do modelo assistencial, campanhista e hospitalocêntrico.

A nova lógica do modelo assistencial almejado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) pretende que a comunidade adstrita a unidade receba orientações sobre cuidados de saúde além de serem mobilizados, com o estímulo da participação popular, sobre maneiras de manter sua saúde, da sua família e comunidade, além de estimular saudáveis estilos e hábitos de vida (BRASIL, 1997). Logo, faz-se necessário que as informações da família sejam instrumento fundamental do novo sistema, seja como meio e indicador da qualidade da assistência prestada pela equipe, avaliação da situação de saúde da população, como também ferramenta de educação permanente dos seus membros.

O prontuário da família é elemento importante na condução da saúde de todos os seus membros e necessita reunir informações necessárias à continuidade do acompanhamento da saúde prestado ao indivíduo ou a sua família. Em paralelo a tudo isto, cresce o uso de tecnologias voltadas para otimizar e garantir efetividade nas ações de saúde, aonde o uso da Tecnologia da Informação (TI) na saúde vem demonstrando que a tecnologia das redes de comunicação, ferramentas de banco de dados, a segurança no uso, manutenção e conservação dos dados, programas para geração e transmissão de imagens estão resolvendo inúmeros problemas pontuais, antes comuns com o registro manual dos dados.

A adoção da terminologia Tecnologia da Informação (TI) em detrimento ao termo informática, neste trabalho se deve a amplitude da primeira terminologia, não se limitando apenas ao uso do computador, mas ampliando o campo de visão para o uso, a qualidade, a rapidez e a segurança das informações obtidas, num complexo formado pela informática,

telecomunicação, gestão, visando à coleta, processamento, armazenamento e o mais importante, a comunicação das informações.

Segundo Ortolani (1995), “as organizações públicas ou privadas são tão bem-sucedidas quanto melhor souberem escolher e utilizar a TI de forma apropriada para atingir seus objetivos”.

A sociedade contemporânea se tornou uma Sociedade da Informação. A produção e troca de informação entre pessoas, empresas e governos ocorrem em quantidade e intensidade crescentes. Os avanços tecnológicos acrescentam a esse quadro a automação de processos que exigem, dos profissionais inseridos, cada vez mais qualificação. Logo, o que se percebe é que a TI contribuirá decisivamente na melhor qualidade do atendimento dos profissionais inseridos nas ESF, possibilitando também melhores serviços aos usuários.

A utilização de inúmeros formulários como forma de gestão das ESF traz consigo o crescente número de preenchimentos incorretos, a falta e/ou incoerência de dados, a subnotificação, a perda de dados já registrados, a sobrecarga de atividades ligadas à organização, preenchimento, armazenamento e envio dos dados coletados, além do elevado custo na produção de formulários e transporte destes dados. Tais problemas podem ser facilmente corrigidos com a implantação da TI em Saúde como forma não só melhorar as informações coletadas, mas também fazer garantir o direito a saúde com qualidade como assegura a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde (8.080 de 1990) (BRASIL, 1990).

O interesse para a realização deste estudo surgiu a partir das observações que realizei durante as atividades práticas do curso de Enfermagem da UEFS nas ESF do município, onde se percebe que as informações geradas manualmente acarretam inúmeros problemas, dificultando a organização dos serviços, sub-utiliza o tempo com atividades burocráticas e leva para a comunidade um serviço com características totalmente distorcidas das propostas da ESF. Sei também que o avanço tecnológico, em especial, o uso da TI em saúde tem proporcionado uma revolução na qualidade dos serviços que dela se utilizam. Por isso desejo saber quais dados são necessários para que possa desenvolver o Prontuário Eletrônico da Família (PEF).

Logo, o que se desejou neste trabalho foi levantar as necessidades de dados para a construção do PEF para a ESF que viabilize a execução do modelo coletivo de assistência a saúde da família, em vistas respeitar os princípios e diretrizes do SUS e possibilitar melhorias no ambiente interno da organização, tanto pelo aumento da eficácia organizacional, agilidade,

desburocratização do processo e a melhoria no atendimento dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Por conseguinte surgiu a seguinte inquietação no presente estudo: **Quais são os dados necessários para o desenvolvimento do PEF na ESF de Feira de Santana-BA?**

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Levantar os dados necessários para o desenvolvimento do Prontuário Eletrônico da Família nas Equipes de Saúde da Família de Feira de Santana-BA.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Fornecer informações para o desenvolvimento de um módulo denominado Prontuário Eletrônico da Família (PEF) para o Sistema de Informações Estratégicas Municipais (SIEM);
- ✓ Viabilizar informações que possibilite a integração do PEF com o SIM, SINASC, SIAB, SINAN;
- ✓ Identificar quais os entraves para a construção do PEF na ESF.

Nesta perspectiva, espera-se que os resultados oriundos deste estudo possam servir para mostrar a necessidade de mudanças no sentido de substituir o sistema de registro de informação atual das ESF por um sistema mais moderno que padronize os registros dos usuários do serviço, contemple as reais necessidades dos profissionais que exercem suas atividades na unidade, possibilite uma real visualização da situação de saúde da comunidade, reduza gastos, através de um Plano Diretor de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde voltada a ESF do município, em vista no avanço não só do número de atendimentos, mas especialmente no aumento da qualidade dos serviços oferecidos por estas unidades.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

As políticas de saúde brasileira, especialmente a saúde pública, têm através de séculos, passado por sucessivos momentos de recomposição das suas práticas, sempre evoluindo de maneira considerável e importante. A partir da constituição de 1988, é estabelecido uma nova visão da saúde no país, o SUS é lançado. Dentro desta realidade, os serviços de saúde estabelecem metas para que sejam garantidos os direitos a: universalidade, equidade, integralidade e o controle social dos serviços de saúde prestados.

Logo, a abordagem que se segue, procura trazer um panorama do desenvolvimento da saúde pública no Brasil ao longo dos séculos XX e XXI, até ao que culminou na criação de um dos sujeitos chaves da atenção básica na saúde brasileira que é o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, fazendo uma interface com os avanços da tecnologia, em especial a tecnologia da informação em saúde. Além disso, será feita uma breve descrição de como a tecnologia da informação pode contribuir na legitimação do SUS e conseqüentemente na otimização dos serviços de saúde.

#### 3.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Desde o século passado, o cenário de saúde do Brasil apresenta mudanças significativas, estas que vem sendo acompanhadas por transformações políticas, econômicas e culturais. Durante esta trajetória, o país adotou vários modelos para a política de saúde. Inicialmente tem-se o modelo sanitarista campanhista, assim denominado, pois as campanhas sanitárias (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral etc.) eram suas maiores estratégias de ação, vigorando oficialmente do início do século XX até 1945. Usualmente essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer (ROUQUAYROL, 2003).

O sanitarismo campanhista, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por outro modelo [...], construído concomitantemente ao crescimento e a mudança qualitativa da Previdência Social Brasileira (MENDES, 1993). A

partir de então tem-se um período de transição, entre 1945 e 1960, aguardando o modelo seguinte, o médico assistencial privatista, o qual vigorou até meados dos anos 80.

Para Oliveira e Teixeira (1986) apud Andrade et al. (2001) as principais características desse modelo são: o privilegiamento da prática médica curativista, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, modelo este orientado na geração de lucro.

Como essa forma de organização é incapaz de alterar, significativamente, os níveis de saúde da população, as instituições públicas têm adotado de forma subalterna o modelo assistencial "sanitarista", voltado para as necessidades de saúde, sentidas ou não, que dá primazia às campanhas e aos programas especiais de Saúde Pública (ROUQUAYROL, 2003, p.569).

De acordo com Mendes (1993) a Vigilância da Saúde vem como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, havendo duas concepções, que, embora não sejam divergentes, enfatizam aspectos distintos. A Vigilância em Saúde propõe a agregação de novos atores no campo da saúde, envolvendo assim a população organizada, abarcando não só os aspectos clínico-epidemiológicos individuais e coletivos, como também as variáveis sociais que afetam de diferentes formas os diferentes grupos sociais, o que irá interferir no principal alvo da Vigilância em Saúde que é promover a saúde a partir de uma contextualização de qualidade de vida.

A partir de tal concepção da saúde, o foco no modelo assistencial lança como uma de suas estratégias ações voltadas ao fortalecimento da atenção primária a saúde, com políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais, intervenções específicas (promoção, prevenção, recuperação e operações sobre problemas e grupos populacionais). Estratégias estas que foram reforçadas e legitimadas através da Constituição Federal Brasileira de 1988, onde foi incorporado o papel do Estado, no sistema público de saúde, onde, novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, foram formadas, originando posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde passa a ser vista como "...direito de todos e dever do Estado..." (BRASIL, 1988; MENDES et Al. 1999; MENDES 1999).

### 3.2 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)/PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Alguns países, como Canadá, Cuba, Inglaterra e outros, no início da década de 80, se apresentaram como precursores das mudanças dos serviços de atenção primária a saúde de reconhecida resolutividade. Levando-se em conta as experiências internacionais e os ensaios realizados em diversas partes do Brasil, foi então elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de “Programa de Agentes Comunitários de Saúde”, o PACS, implantado em 1991, pelo Ministério da Saúde como medida de enfrentamento dos graves índices de mortalidade e morbidade materna e infantil na região nordeste do país. (BRASIL, 2003).

Devido à transformação do modelo de saúde vigente no país, e visando propor melhorias sanitárias surge o PACS. Programa este que visava suprir as necessidades da atenção primária em saúde, focando inicialmente a população materno-infantil. O programa visava prevenção de doenças e promoção da saúde, visto que atuava com destaque nas comunidades mais carentes informando, para que esta colaborasse com as ações desenvolvidas (SILVA, 2004a).

Neste contexto de mudanças no rumo dos serviços de saúde no Brasil nasce o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF veio incorporar como uma estratégia de inverter o modelo de assistência centrado na doença e integrar uma nova concepção de saúde, vista atualmente como qualidade de vida, que segundo Chiesa (2003, p. 41) é:

entendida como a condição de existência relativa ao modo de viver em sociedade, articulando o momento histórico e a estruturação no cotidiano que está estreitamente relacionada ao grau de liberdade social e à capacidade de usufruto das conquistas técnico-científicas pelos indivíduos e grupos sociais.

O Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de inverter o modelo de assistência baseado na “demanda espontânea” e complementar o trabalho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), reorganizando o modelo assistencial vigente, inserindo-o como um novo eixo estruturante do Sistema Único de Saúde, priorizando a Atenção Básica em Saúde, visando à promoção, prevenção e preservação da saúde, através de ações básicas tendo como locus de atuação o âmbito familiar. Dessa forma criam-se vínculos de compromisso e de co-responsabilidade

entre os serviços de saúde, os profissionais e a população (SILVA, 2004b). O indivíduo é observado e atendido dentro de uma visão social e familiar, quebrando a barreira das práticas curativistas. Essa prática é desenvolvida segundo Brasil (2007, p.12):

[...] a partir do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

O PSF deve configurar-se em primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, promovendo o acesso a serviços primários e a outros níveis de atenção, como secundários e terciários, quando necessário (DALMATI, 2008). Segundo Brasil (2000a) as ESF tem como papel fundamental promover a saúde da população e da comunidade por meio de novas práticas, priorizando o bem estar da comunidade, estimulando a participação popular no diagnóstico e na busca de soluções para problemas sociais e biológicos existentes, de forma resolutiva e integral.

Cada Equipe do Programa de Saúde da Família é responsável por cerca de 600 a 1.000 famílias por uma área de abrangência e é composta por: um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, um dentista e de cinco a seis agentes comunitários, tendo como base o atendimento integral, combinando ações curativas e preventivas em um mesmo momento sobre o mesmo objeto - a família (BRASIL, 2000a, p.15).

Para cumprir as diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, a ESF precisa organizar a assistência, combinando o atendimento das necessidades imediatas de consultas médicas, odontológicas e de enfermagem com ações de promoção e prevenção de doenças (DALMATI, 2008). A adoção de tais medidas é essencial no trabalho das ESF, pois irá fazer com que a população seja assistida dentro do modelo de Vigilância em Saúde, o que irá possibilitar uma melhor qualidade de vida para os usuários, diagnóstico precoce de patologias, prevenção de doenças e redução de custos.

Considerando que para que ocorra um atendimento de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, tais como integralidade, equidade, universalidade e participação social, é necessário que as ESF estejam bem nutridas de informações e que estas informações sejam condizentes com a realidade das famílias atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.

As informações necessárias para uma gestão eficaz das ESF se apresentam através dos prontuários da família. Estes prontuários segundo Brasil, (2002a) servem para:

- *Auxiliar na memória dos profissionais na atenção aos pacientes e como uma ferramenta epidemiológica no planejamento da atenção às populações;*
- *São documentos legais importantes: é considerado que o que aparece num prontuário reflete os processos de atenção e, portanto, fornece evidências quando estes processos são colocados a prova;*
- *Influenciam o processo de atenção e servem também como fonte de informação a respeito da qualidade da atenção e indica como melhorá-las.*

### 3.3 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Com a implantação do SUS e o processo de descentralização via municipalização da saúde, cada vez mais, torna-se necessário à utilização de sistemas de informação com vias a ajudar no planejamento das ações públicas (BARBONI, 2006). Para isso, os dados precisam estar atualizados e devem ser capazes de retratar a realidade local (BARBONI, 2000; BRANCO, 1996 apud BARBONI, 2006). A TI é instrumento essencial no cotidiano das ESF, quando se trabalha com estatísticas populacionais, como no PSF, o conhecimento da realidade local, através da informatização, gera dados confiáveis em um curto período, facilitando o planejamento das ações (LIMA, 2004).

Dentre os sistemas de informações disponíveis à Atenção Básica, o Núcleo de Saúde da Família utiliza o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) criado em 1998 pelo DATASUS, em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). O SIAB tem como objetivo auxiliar o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pela equipe de saúde da família, agregando e processando os dados advindos das visitas domiciliares, bem como do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios. Todavia, os dados que são gerados pelas ESF acabam não produzindo informações relevantes da realidade local da população, dando apenas dados gerais das ações, o que deixa de possibilitar um melhor conhecimento não só da população adstrita, como também não permite: a criação de estatísticas a nível local, o cruzamento de dados na família, o perfil epidemiológico da região adstrita da unidade de saúde, como também acaba não padronizando as informações produzidas.

O SIAB produz relatórios, a partir dos dados coletado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares, o que teoricamente permitiria conhecer a realidade sócio-sanitária da comunidade acompanhada (BRASIL, 1998), no entanto, na prática o SIAB não abrange todos os dados necessários para uma análise epidemiológica sobre a população atendida (BARBONI, 2006).

Hoje em dia, o PACS e as ESF fazem uso do SIAB para gerenciar as informações advindas das populações assistidas, no entanto, conforme demonstrou Silva (2004b), tal sistema reproduz velhos defeitos de construção e implementação e mal dá conta de manter atualizado o cadastro de moradores das microáreas assistidas (SILVA, 2004a) quanto mais de retratar a realidade local (BARBONI, 2006).

O evento básico em torno do qual os Sistemas de Informações estão organizados é o procedimento médico (consulta internação, exame, por exemplo). Estão predominantemente organizados por tipo de prestador, dados de produção e dados financeiros. Lógica predominantemente contábil, quantitativa e centralizadora (DALMATI, 2008)

Os SIS estão organizados por determinados agravos ou grupos de risco. Cada área, isoladamente, define “seu próprio” SIS, acabando por imprimir sua “marca” nos SIS das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, reforçando a racionalidade fragmentadora e descentralizada. Lógica predominantemente verticalizadora e centralizadora (ALVES, 2007 apud DALMATI, 2008).

A informação pode ser considerada um insumo para as organizações, pois elas precisam de processos decisórios e operacionais alimentados com informações de qualidade e adaptadas às suas necessidades, possibilitando a redução de incertezas (BEAL, 2007). Para Wurman (1991, p.43).

[...] é imperativo fazer a distinção entre dados e informações. Informação deve ser aquilo que leva à compreensão [...] o que constitui informação para uma pessoa pode não passar de dados para outra. Se não faz sentido para você, a denominação de informação não se aplica.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve possibilitar a integração dos vários níveis de atenção à saúde, melhorando o compartilhamento dos dados de interesse, buscando promover a equidade e a cobertura universal e integral das ações. Assim como, os SIS contribuem com os meios para a construção do conhecimento em saúde (MOTA e CARVALHO, 2003).

Cada vez mais, os sistemas de informação estão servindo para uma função clínica adicional: avaliação e garantia de qualidade pelos próprios profissionais individuais e grupos de profissionais, de forma que eles possam se engajar em uma melhora contínua da qualidade (BRASIL, 2002a). Os prontuários médicos informatizados e os sistemas de informação estão se tornando essenciais conforme a prática médica entra em uma era da medicina baseada em responsabilidade e em evidências (BRASIL, 2002a).

A capacidade tecnológica não é mais a barreira para SIS efetivos. A sociedade da informação não é um modismo. Representa uma profunda mudança na organização da sociedade e da economia, havendo quem a considere um novo paradigma técnico-econômico (TAKAHASHI, 2000). Com a expansão da informática e a larga disponibilidade de computadores a preços cada vez mais reduzidos, a localização, armazenamento e transmissão de informações foi facilitada. Tal crescimento faz com que se obtenha e se modifique informações com segurança e precisão em tempo real, em qualquer lugar do mundo e a qualquer hora, rompendo barreiras físicas, reduzindo abruptamente gastos e minimizando erros.

A legibilidade da escrita manual não é mais um problema, e até mesmo a segurança das informações é, tecnicamente, mais fácil de assegurar porque podem ser colocadas proteções na localização de informações eletrônicas mais facilmente do que no caso de registros em papel (BRASIL, 2002a). Ainda segundo Brasil (2002a) as informações para propósitos administrativos, monitoramento da qualidade e propósitos de pesquisa não necessitam mais ser manualmente codificados; o software pode pegar palavras, classificá-las em categorias adequadas e transmiti-las, quando necessário.

A informatização dos serviços da ESF gera retornos significativos e extremamente importantes na atenção individualizada e coletiva, antes oculta nos registros manuais. Por exemplo, o uso de lembretes gerados pelo sistema pelos médicos de atenção primária aumenta os pedidos indicados de mamografia (CHAMBERS et al, 1989 apud BRASIL, 2002a), bem como de outros serviços preventivos indicados, como imunizações para tétano, exames de Papanicolau, exames de mama e exame de sangue oculto nas fezes (TURNER e BORENSTEIN, 1989 apud BRASIL, 2002a).

A padronização dos dados gerados pela ESF através de um sistema informatizado é primordial não só para a produção de informações completas e de qualidade, mas também faz com que os computadores busquem e escolham informações rapidamente, resumam-nas, identifiquem as informações clínicas mais importantes tanto do paciente quanto da sua família ou da região onde está residindo, localizando-as de forma seletiva, conforme for indicado e

necessário. Na área da saúde, a informação deve ser entendida como um instrumento para detectar focos prioritários em relação à saúde do paciente, levando a um planejamento responsável e a execução de ações que permitem lidar corretamente com as pessoas e as situações no dia-a-dia (BARBOSA, 2006).

O sucesso holandês no alcance da inserção de informações feita diretamente pelo médico é importante para minimizar erros na transcrição e fornecer oportunidade de uma devolução direta e lembretes para o clínico, conforme os dados forem inseridos (BRASIL, 2002a).

Os grandes benefícios para a implantação de um SIS informatizado que apóiam a simplificação administrativa segundo Brasil (2002a, p. 615) são que as informações:

Devem estar interligadas entre os locais para que seja possível acompanhar os pacientes em diferentes unidades e níveis de atenção; devem estar interligadas entre períodos de tempo para que seja possível rastrear os problemas do paciente/família/comunidade do início à resolução e devem conduzir à interligação entre “entradas” e “saídas”, ou seja, ajudar a determinar se os problemas clínicos melhoram e o mecanismo pelo qual as intervenções dos serviços de saúde contribuem ou não para esta melhora.

Os prontuários informatizados dos pacientes têm a probabilidade de se tornarem o método de rotina para armazenamento de informações referentes às necessidades de saúde e à atenção à saúde no futuro próximo, substituindo até mesmo o papel (BRASIL, 2002a). Este fato se deve não só a ampliação das redes de computadores e ao inquestionável domínio da rede mundial de computadores, mas também por se perceber o quanto as informações informatizadas têm sido oferecidas com um padrão de segurança altamente satisfatórias, com um custo-benefício significativo, além da rapidez, agilidade e confiabilidade que vem proporcionando ao longo dos anos.

Na tentativa de aprimorar e dar segurança as informações produzidas o *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina) dos Estados Unidos propôs padrões para o desenvolvimento e emprego dos sistemas de prontuários informatizados dos pacientes (DICK e STEEN, 1991; DICK; STEEN; DETMER, 1997 apud BRASIL, 2002). Entre os padrões destacam-se:

Os dados devem ser registrados pelo indivíduo que os coleta para otimizar a precisão; o sistema deve incluir, de forma confiável, dados de todas as fontes e permitir sua localização, quando necessário; o prontuário pode ser usado ativamente no processo de prestação de atendimento integral a saúde, e todas as informações relevantes devem ser incluídas; o sistema é importante na garantia de qualidade



e geração de conhecimento por meio de pesquisas dos diversos tipos e os usuários devem ser proficientes com as ferramentas possibilitadas pela computação pacientes (DICK e STEEN, 1991; DICK; STEEN; DETMER, 1997 apud BRASIL, 2002, p. 621).

Logo, o que se tem atualmente no cenário de saúde brasileiro é:

o SIAB, entre outros SIS que deveriam fornecer informações para o estabelecimento de uma ação eminentemente planejadora e preventiva, do ponto de vista local, passa a ter um caráter predominantemente notificador, voltado ao faturamento da produção de serviços, não promovendo a articulação dos setores e, por consequência, excluindo a participação e o controle social, o que contraria os princípios do próprio SUS e dos programas a que ele está associado (BARBONI, 2006, p. 26).

Ainda segundo Barboni (2006, p.26):

[...] a concepção de PACS e do PSF obedece a uma lógica e a um idealismo louváveis, mas a forma com que o SIAB e os SIS se desenvolvem vão de encontro com as idéias do SUS. Afirmado assim que: é preciso desenvolver um SIS que viabilize: O planejamento estratégico a nível local com uma maior participação social na tomada de decisão; O controle gerencial que possibilite o uso eficiente e efetivo dos recursos com um maior controle social; O controle operacional voltado para a execução das tarefas essenciais ao funcionamento dos serviços públicos com impacto direto ou indireto na Saúde; Formação de uma base de conhecimento que fundamente a pesquisa epidemiológica de uma forma mais democrática.

Desenvolver um SIS que contemple a saúde como qualidade de vida e que traga resultados significativos no processo saúde-doença, faz com que seja necessário o rompimento da visão da saúde voltada aos antigos modelos assistenciais, buscando um olhar da saúde com vigilância. Assim como se faz necessário com que esta construção seja algo coletiva, participativa e aberta a mudanças que possibilitem cada vez mais a qualidade da atenção à saúde de forma Integral, Equânime, Universal e com um Controle Social efetivo.

Para tal desenvolvimento Barboni (2006) sugere o desenvolvimento de um Sistema de Informações Estratégicas Municipais (SIEM), totalmente aberto, gratuito e com qualidade, permitindo adaptações por qualquer pessoa ou Instituição que necessite, modificações estas previamente analisada por uma comissão interinstitucional. Segundo Moraes (1994) apud Barboni (2006) p.38:

Ao se ampliar o espectro de usuários/desenvolvedores, estará se criando uma massa crítica com novas propostas que dêem conta tanto de questões como compatibilização entre níveis de desagregação, atualização, chave-de-entrada única, etc., até as concernentes à concepção, conformação e modelamento dos respectivos SIS, constituindo assim um *lócus* possível de disputa entre saberes e interesses contraditórios.

Por fim, o que se pretende é fortalecer a rede de cooperação do SIEM, através do fornecimento de dados que possibilitem a construção do Prontuário Eletrônico da Família visando cumprir os princípios e diretrizes do SUS, corroborando com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8142/90). Levando a população um sistema que reproduza um modelo de vigilância constante a saúde. É fundamental o estabelecimento imediato de uma rede de cooperação técnico-científica de desenvolvimento dos SIS de forma aberta e mais participativa e investimentos permanentes na formação de recursos humanos, no nível municipal (BARBONI, 2006).

Mesmo com os SIS existentes há algum tempo continuam os problemas com integração dos mesmos, questões relacionadas ao sub-registro das informações. Com isso o SIEM vem com uma proposta diferenciada com o intuito de alcançar os objetivos preconizados pelo SUS (SILVA, 2004b). Sem o avanço no desenvolvimento dos SIS nesta perspectiva proposta fica difícil de atingir e cumprir os princípios fundamentais estabelecidos pelo SUS, distanciando cada vez mais a teoria da prática, onde se faz valer o velho modelo de atenção a saúde voltado para ações pontuais, de caráter demasiadamente curativista, hospitalocêntrico centrado na doença.

## 4 METODOLOGIA

O presente estudo foi caracterizado como revisão bibliográfica e análise documental, reflexiva e estratégica, onde foi feito um levantamento dos dados utilizados pelas Equipes de Saúde da Família objetivando compor uma proposta que subsidie o desenvolvimento do Prontuário Eletrônico da Família na Equipes de Saúde da Família de Feira de Santana-BA buscando desenvolver estratégias voltadas à prática das ações de saúde sob a ótica da Vigilância em Saúde.

Segundo Gil (1991), uma pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir da utilização de um material elaborado, sendo constituído por livros e artigos científicos, com contribuição de diversos autores sobre determinado assunto. E tiveram características de análise documental devido a todos os dados obtidos terem sido extraídos de documentos utilizados nas USF do município.

A pesquisa estratégica em saúde tem como objetivo promover o desenvolvimento e a difusão de tecnologias em Saúde Pública, utilizáveis no SUS, a partir do acúmulo de conhecimento gerado na pesquisa (BARBONI, 2006).

O que se procura dentro desta pesquisa não é apenas a coleta de dados e análise dos dados obtidos através dos referenciais teóricos, mas a possibilidade de que estes dados sejam utilizados para a construção de um sistema que contemple as reais necessidades não só da população, mas também do gerenciamento da saúde pública brasileira. Segundo Buss (2003, p.838) apud Barboni (2006, p. 05)

Não basta produzir a solução se não se entende o que obstaculiza a implementação da solução, pois a simples existência de uma solução encontrada pela academia para um sistema, um programa, uma organização, uma vigilância dessas, não é suficiente.

A coleta dos dados foi feita utilizando-se de um “check-list” contendo a relação de todos os documentos que devem ser utilizados pelas ESF, onde foram coletados documentos como a ficha A utilizada pelo ACS no momento da visita domiciliar para cadastramento das famílias; ficha B para grupos prioritários para monitoramento (Gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase; ficha C cartão da criança, ficha D que consta o registro de atividades do ACS, do Técnico de Enfermagem, do Enfermeiro e do Médico, a Declaração de Óbito (DO), e Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e a Ficha Clínica/Prontuário utilizada nas unidades de saúde de Feira de Santana.

Também foram utilizados como embasamento teórico do estudo os diversos relatórios como: SSA2 para acompanhamento e situação de saúde das famílias por área, o SSA4 acompanhamento e situação de saúde das famílias por município, o PMA2 para fornecer produção e marcadores de avaliação por área, o PMA4 para fornecer produção e marcadores de avaliação por município, o A1 consolidado do cadastramento familiar por microárea, o A2 consolidado do cadastramento familiar por área, o A3 consolidado do cadastramento familiar por segmento e o A4 sendo o consolidado do cadastramento familiar por município.

Estes materiais possibilitarão o fornecimento de dados para a construção de um PEF que se adéque não só as normas e rotinas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, como também contribuirá para a formação da rede proposta pelo SIEM, reorganizando os serviços de saúde de acordo com os princípios do SUS.

Os dados requeridos foram obtidos nas ESF da cidade de Feira de Santana-BA. Não foi delimitado o quantitativo de equipes utilizadas como fonte de coleta dos dados, tendo em vista que foram utilizados tantos quanto foram necessários, visando contemplar todos os programas de saúde estabelecidos pelo Programa Nacional da Atenção Básica para se obter os dados necessários para a construção do PEF.

Este mecanismo de coleta de dados é buscado em vista possibilitar a promoção do desenvolvimento e difusão de tecnologias em Saúde Pública, utilizáveis no SUS, a partir do acúmulo de conhecimento gerado na pesquisa estratégica (BARBONI, 2006).

A escolha pela pesquisa estratégica em saúde se deu por possibilitar atender a demanda determinada por uma série de problemas e temas significativos às necessidades de saúde da população. Todo o estudo teve um caráter estratégico-reflexivo buscando fornecer ferramentas para facilitar a construção do Prontuário Eletrônico da Família nas UBS do município de Feira de Santana-Ba.

O Prontuário Eletrônico pode ser definido de acordo com o *Institute of Medicine*:

“[...] o registro computadorizado de paciente é um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, *links* para bases de conhecimentos médicos, e outros auxílios” (COSTA, 2001).

A coleta dos dados foi realizada pelo próprio pesquisador-colaborador, na cidade de Feira de Santana-BA, por período de 03 meses.

Após a coleta de dados, o material obtido foi triado e analisado, na busca de organizá-lo e procurar explicá-los trazendo soluções que melhor se adequem a inclusão, modificação,

e/ou exclusão de dados que foram considerados como necessários para a construção do Prontuário Eletrônico da Família bem como nas políticas preconizadas pelo SUS. Fornecendo assim subsídios à tomada de decisões com vistas às necessidades de enfrentamento dos problemas de saúde (BARBONI, 2006).

Foram respeitados os princípios da ética, sigilo e respeito no momento da coleta dos dados nas USF sempre preservando o anonimato das unidades que foram utilizadas como base para a coleta.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Prontuário Eletrônico da Família ou, mais comumente chamado de prontuário clínico ou médico, é um objeto de fundamental importância, e crucial no atendimento à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade nos quais estão inseridos, devendo ter em seu conteúdo todas as informações necessárias para garantir a continuidade da promoção, proteção e assistência prestadas à comunidade.

O prontuário do paciente foi desenvolvido por médicos e enfermeiros para garantir que se lembrasse de forma sistemática dos fatos e eventos clínicos sobre cada indivíduo de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção de saúde poderiam também ter as mesmas informações (SLEE, SLEE e SCHMITH, 2000). Nas USF do município este prontuário, que está inserido dentro do prontuário da família, é subdividido em dados de diversos programas no qual o cliente e/ou família estão inseridos.

A lógica do atendimento prestado pelas USF não só do município de Feira de Santana-Ba como de grande parte do país se organiza através de Programas e serviços. Nas USF de Feira de Santana os Programas atendidos são: Atenção ao Pré-Natal e Nascimento; Acompanhamento, Crescimento e Desenvolvimento da Criança; Atenção à Saúde do Adolescente; Programa de Imunização; Planejamento Familiar; Programa de Combate ao Câncer de Colo Uterino; Programa de atenção à Hipertensão/Diabetes Mellitus; Programa de Controle da Tuberculose; Programa de Controle da Hanseníase, e de forma recente Saúde do Homem.

A organização das USF de Feira de Santana está de acordo com o estabelecido pela portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 que normatiza os Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF através do estabelecimento de normas e diretrizes para a implantação e funcionamento do programa, além de contribuir para a reorientação do modelo assistencial de vigilância em saúde. Todavia, o que se percebe na observação do conjunto destes dados pré-estabelecidos é que os mesmos acabam virando um conjunto de dados na maioria das vezes incompletos e que pouco se convertem em informações.

As informações registradas no prontuário da família devem subsidiar a continuidade e a constante verificação do estado evolutivo dos cuidados prestados ao eixo cliente/família/comunidade, buscando quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema apresentado, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas

diagnósticas e terapêuticas associadas, estado geral de saúde da comunidade, cruzamento de informações entre clientes da mesma família, entre famílias e comunidades. Em termos mais gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país, é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação (MASSAD et al, 2003).

Os dados trabalhados nas USF do município devem ser organizados de forma que as informações que neles são geradas possam ser agregadas e sistematizadas a fim de poder caracterizar o nível de saúde do cliente/família/comunidade e viabilizar o desenvolvimento de estratégias para a evolução dos modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde.

### 5.1 CADASTRO DAS FAMÍLIAS (FICHA A)

As famílias que são atendidas nas USF do município são obtidas através de um estabelecimento prévio da Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação Municipal da Atenção Básica a qual define o território de atuação da unidade e sua área de abrangência. Após tal definição e implantação das USF as famílias devem ser cadastradas nas unidades por intermédio dos ACS, os quais devem cadastrar todos os membros da família de cada residência atendida pela unidade.

Os dados requeridos na Ficha A (Anexo 01) são subdivididos em:

- ✓ **Dados gerais:** endereço completo da residência, unidade federativa (UF) inserida, município, tipo de moradia, área e microárea dentro do plano municipal da atenção básica, nº da família, data do cadastro.
- ✓ **Dados da família:** Nome de cada membro, data de nascimento, idade, sexo, se alfabetizado ou não, ocupação e sigla doença ou condição referida. Sendo que estes dados são subdivididos em grupo de 0 a 14 anos e grupo com 15 anos ou mais. As siglas das doenças ou condições referidas são previamente estabelecidas.
- ✓ **Situação da moradia e saneamento:** Tipo de casa – tijolo/adobe; taipa revestida/não revestida; madeira; material aproveitado; outro - especificar; nº de cômodos/peças; energia elétrica. Destino do lixo – coletado; queimado/enterrado; céu aberto. Tratamento da água no domicílio – filtração;

fervura; cloração; sem tratamento. Abastecimento de água – rede pública; poço ou nascente; outros. Destino de fezes e urina – sistema de esgoto (rede geral); fossa; céu aberto.

- ✓ **Outras informações:** Alguém da família possui Plano de Saúde? N° de pessoas cobertas por Plano de Saúde Nome do Plano de Saúde. Em caso de doença procura – hospital; unidade de saúde, benzedeira, farmácia, outros - especifica. Meios de comunicação que mais utiliza – rádio; televisão; outros - especificar. Participa de grupos comunitários – cooperativa; grupo religioso; associações, outros - especificar. Meios de transporte que mais utiliza – ônibus; caminhão; carro; carroça; outros – especificar.
- ✓ **Observações:** campo destinado a escrita subjetiva do ACS.

Todos os dados coletados pela Ficha A possibilitam a construção do perfil das famílias que são atendidas na USF. Com ela, é possível fazer um levantamento das características da população na área de abrangência do ACS, como o número de crianças e gestantes, peculiaridades de cada área/microárea, etc. É válido notar que no caso de cobertura total de um município, esta ficha se constitui numa fonte valiosa de informações fornecendo uma visão macro das características das famílias atendidas pelo município. Entretanto muitas informações nestas fichas não são alimentadas o que torna o sistema pobre em dados. Geralmente é priorizado pelos ACS o preenchimento do que chamo aqui de dados da família e observações, os demais passam sem informação. O que gera prejuízo no processo de construção de estratégias no plano assistencial da população atendida.

Os dados obtidos na ficha A do município pode ser implementado com campos como: n° do cadastro do usuário no SUS; numero do documento de registro geral (RG), cadastro de pessoa física (CPF); situação do imóvel (próprio, alugado, emprestado, outros); no campo das siglas de doenças e/ou condições referidas pode-se ampliar utilizando a nomenclatura do Cadastro Internacional de Doenças (CID) além de se unificar as nomenclaturas para as condições referidas possibilitando alimentar um sistema com um banco de dados rico e substancial destes dados para análises epidemiológicas.

A base inicial do processo de tomada de decisões não só no âmbito das USF, mas também na gestão dos sistemas de saúde tem como gênese as informações oriundas de fichas como estas. O preenchimento adequado destas fichas é condição *sine-qua-non* para se traçar estratégias efetivas e condizentes com a comunidade a qual está se trabalhando. O conjunto destes dados dá subsídio para a construção no futuro dos dados de identificação dentro do módulo do PEF do município de Feira de Santana - BA.



## 5.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante (BRASIL, 2000b). As informações e condutas sobre cada período vivenciado devem trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2000b).

Os programas de atenção ao Pré-Natal e Nascimento nas USF do município visam possibilitar a mulher para a maternidade, proporcionar informações educativas sobre o parto, cuidado ao recém-nascido; fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida e higiene pré-natal; orientar sobre a manutenção essencial de um bom estado nutricional; orientar sobre o uso de medicações que possam afetar o feto ou o parto ou medidas que possam prejudicar o feto; tratar das manifestações físicas próprias da gravidez; etc.

As mulheres previamente cadastradas na unidade de saúde da família grávidas são cadastradas através da **Ficha do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento** (Anexo 02).

Os dados requeridos neste cadastramento são subdivididos em:

- ✓ **Dados gerais:** nome da unidade de saúde; código da unidade no SIASUS; nome do município; código do município no IBGE; sigla da UF.
- ✓ **Identificação da gestante:** n° da gestante no SISPRENATAL, código da área e microárea; nome da gestante; data de nascimento; nome da mãe da gestante; endereço residencial (rua/avenida, n°, complemento, bairro, município, UF, CEP); n° cadastro SUS; CPF; certidão de nascimento ou casamento (nome do cartório, livro, folha); RG (n° e órgão emissor); carteira de trabalho (n°, série e UF); data da 1ª consulta de Pré-natal (dia/mês/ano); data da última menstruação (dia/mês/ano).
- ✓ **Outros:** assinatura e carimbo do responsável pela 1ª consulta de Pré-natal e código da atividade profissional do responsável pela 1ª consulta de Pré-natal (códigos pré-estabelecidos na ficha: 01-enfermeiro; 29-obstetrícia, 60-enfermeiro do PSF, 74-Medicina Geral Comunitária, 79-Enfermeiro obstetra,

22-Ginecologia, 59-Médico do PSF, 73-Ginecologia/Obstetrícia, 76-Enfermeiro do PACS e 84-Médico de qualquer especialidade).

O correto preenchimento de todos os campos da ficha de cadastramento da gestante faz com que seja garantido a correta inclusão da gestante no Sistema Nacional do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, assegurando a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento Pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania de acordo com o estabelecido em portaria do MS Portaria/GM nº 569, de 01/6/2000 (BRASIL, 2000c).

O número do SISPRENATAL é obtido junto a SMS do município o qual regula todos os cadastros das USF. Após a gestante ser cadastrada no SISPRENATAL, é aberto à **Ficha Clínica da Gestante ou Ficha Clínica** (Anexo 03) na qual consta dados comuns a ficha clínica de todos os clientes independente de faixa etária como:

- ✓ **Identificação:** nome da unidade de saúde; nº de registro do prontuário; nº cartão SUS; nome; sexo; data de nascimento; idade; estado civil; profissão; naturalidade; procedência; endereço.
- ✓ **Consulta:** queixa principal; breve história da doença atual.
- ✓ **Antecedentes:** médicos; familiares.
- ✓ **Interrogatório sistemático:** breve descrição do que se foi indagado.
- ✓ **Exames:** físico (pressão artéria em mmHg, pulso em bpm, temperatura em °C, frequência respiratória em incursões/min); impressão geral; segmentar; suspeita diagnóstica; exames solicitados; conduta terapêutica; evolução clínica ( detalhada através de breve descrição de achados clínicos, dados clínicos importantes, condutas traçadas, resultados de exames laboratoriais, intercorrências)
- ✓ **Validação:** cidade, data de realização da consulta e médico responsável.

Junto a esta ficha clínica de características globais, existe o que aqui denominamos de cartão espelho da gestante, tendo em vista que é uma ficha contendo os mesmo dados do cartão da gestante, este que fica com a mulher e deve acompanhá-la em todas as consultas, inclusive no parto.

No cartão da gestante (Anexo 04), constam dos dados de identificação geral como os da ficha clínica, além do nº junto ao SISPRENATAL , além de dados como:

- ✓ **Agendamentos de consulta:** data, horário, nome do profissional e sala.
- ✓ **Hospital/maternidade referência:** nome do local de referência para atendimento, além da USF.

- ✓ **Dados pessoais e clínicos:** n° do prontuário; idade em anos; alfabetizada ou não; estudos (nenhum, fundamental, médio, superior) e anos completos; estado civil/união (casada/estável, solteira/outros); cor informada por auto-declaração (branca, preta, parda, amarela, indígena).
- ✓ **Antecedentes - familiares:** gemelares; diabetes, hipertensão arterial, outros. **Pessoais:** infecção urinária; infertilidade; cardiopatia; diabetes; hipertensão arterial; cirurgia pélvica uterina; má formação; outros. **Obstétricos (n° de):** gestações; abortos; partos; nenhum ou mais de 03 partos; partos vaginais ou cesáreos; n° de nascidos vivos; quantos vivem; quantos morreram na primeira semana; quantos morreram após a primeira semana; n° de nascidos mortos. Data do término da última gestação. Amamentação (sim ou não). Algum RN pesou menos de 2.500g. Nascimento com maior peso (peso em gramas).
- ✓ **Gravidez atual:** peso anterior em Kg; estatura em metros; data da última menstruação (DUM); data provável do parto (DPP); dúvidas da data (sim ou não); antitetânica prévia (sim/não) ciclo atual (1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> mês de gestação); teve hospitalização na gravidez (sim/não) e n° de dias; grupo sanguíneo, Rh + ou - , sensibilidade (sim/não), transfusão sanguínea (sim/não) data da realização;
- ✓ **Exames:** exame clínico normal (sim/não); ex. das mamas normal (sim/não); ex. odontológico normal (sim/não); pélvis normal (sim/não); Papanicolau normal (sim/não); colposcopia normal (sim/não); ex. clínico cérvix (sim/não); VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory* – testagem de sífilis) (+/-) dia e mês; fuma (sim/não) n° de cigarros/dia.
- ✓ **Consultas:** n° da consulta e data da realização.
- ✓ **Evolução do Pré-natal por consulta:** Idade Gestacional (IG); peso (Kg); IMC; PA em mmHg; Edema na escala de (+ a 4+); altura uterina em (cm); apresentação do feto; presença ou não de batimento cardíacos fetais; presença ou não de movimentos fetais; assinatura do profissional.
- ✓ **Parto:** nome do hospital; menor de 17 anos ou maior de 42 anos, IG; tamanho fetal correspondente (sim/não); início do trabalho de parto (espontâneo/induzido); membranas (íntegras/rota) data da ruptura (hora/dia/mês); apresentação cefálica/pélvica/transvaginal; parto (expulsivo/fórceps/cesáreo/outro) hora/minuto/dia/mês/ano; nível de

atenção a saúde 3°/2°/1°/domiciliar/outro; episiotomia (sim/não); laceração (sim/não); dequitação espontânea (sim/não) placenta completa (sim/não); morte fetal (não/sim) momento (parto/gravidez/ignorado); parto - atendida por (médico/enfermeiro/técnico/parteiras/auxiliares de enfermagem/outros); neonato - atendida por (médico/enfermeiro/técnico/parteiras/auxiliares de enfermagem/outros); medicação no parto (analgésico, anestesia local, anestesia regional, anestesia geral, ocitocina, tranqüilizante, antibiótico, outros, nenhum).

- ✓ **Puerpério imediato:** horas ou dias pós-parto ou aborto; temperatura; pulso (batimentos por minuto); PA (máxima e mínima em mmHg); involução uterina; características dos líquidos; Vitamina A.
- ✓ **Patologias na gestação/parto/puerpério:** gravidez múltipla, hipertensão prévia, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, cardiopatia, diabetes, infecção urinária, outras infecções, parasitoses, ameaça de parto prematuro, desproporção cefálica/pélvica, hemorragia 1° trimestre, hemorragia 2° trimestre, hemorragia 3° trimestre, anemia crônica, ruptura prematura da membrana, infecção puerperal, outra, nenhuma.
- ✓ **Recém-nascido:** sexo (masculino/feminino); VDRL; (-/+); reanimação neonatal (sim/não); peso ao nascer em (g); menos de 2500g (marcar o campo); idade gestacional em semanas através de exame físico; menor que 37 semanas (marcar o campo); peso em relação a ID (adequado/pequeno/grande); RN em alojamento conjunto (sim/não); exame físico imediato (normal/anormal); estatura (cm); perímetro cefálico (cm); exame físico pré-alta (normal/anormal); exame neurológico (normal/anormal/duvidoso); patologias (membrana hialina, síndrome aspiratória, outras síndromes, apnéias, hemorragia, infecção, neurológica, hiperbilirrubinemia, afecções congênicas, outra, nenhuma); alta do RN (sadio, transferido, com patologia, óbito); idade na alta/transferência (n° de dias e horas) ou idade ao falecer (n° de dias e horas); alimentação (peito, misto, artificial).
- ✓ **Puérpera:** alta materna (sadia, transferida, com patologia); morte materna (gravidez, parto, puerpério); orientações/contracepção (condom, DIU, oral, outras, laqueadura de trompas, ritmo, nenhum).

Um pré-natal bem realizado é aquele onde se obtém uma adesão da gestante ao serviço através de qualidade do serviço prestado e humanização. Diminuir a barreira que existe entre o profissional de saúde e o cliente é uma tarefa que deve ser executada cotidianamente. É dever de todos os profissionais de saúde não só fornecer os serviços prestados com qualidade, mas também acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2006).

Esta atenção que é referida acima perpassa pelo correto preenchimento dos instrumentos que se convergem na construção do serviço de Pré-natal com qualidade. Possibilitar uma atenção qualificada e humanizada é também fornecer informações para que tais objetivos possam ser alcançados. Logo, se faz necessário que se obtenha um correto entendimento do que se é preenchido e se valorize as informações solicitadas por tais fichas.

O instrumento de acompanhamento da gestante poderá ser ampliado através de uma maior correlação com outros dados, como por exemplo, com as vacinas de hepatite tipo B e mais recentemente da *Influenza A* subtipo H1N1; cadastro de todos os exames que podem ser solicitados, de acordo com o que é preconizado pelo MS, em especial: glicemia em jejum/sumário de urina tipo I/sorologia para hepatite B/sorologia anti-HIV - estes devem preferencialmente ser repetidos próximo da 30ª semana gestacional; sorologia para toxoplasmose; além do protoparasitológico; colpocitologia oncótica; bacterioscopia da secreção vaginal; sorologia para rubéola; urocultura; eletroforese de hemoglobina; ultrasonografia obstétrica. Além destes exames, pode-se acrescentar na construção do PEF para as USF do município todos os exames oferecidos pela rede municipal de saúde para o correto andamento do programa.

Também deve existir dentro do PEF o cruzamento de dados que possibilitem a construção de acompanhamento gráfico do pré-natal contendo as seguintes composições: relação entre IMC e Semana Gestacional gerando informação a respeito da situação nutricional da gestante; relação entre a altura uterina e as semanas de amenorréia gerando um acompanhamento do desenvolvimento uterino. É válido ressaltar que a partir dos dados gerados nas consultas pré-natais inúmeros gráficos podem surgir do intercâmbio de dados de forma simples, dinâmica e precisa, ampliando a visão sobre o estado de saúde do binômio mãe-filho, possibilitando aumento de qualidade da assistência e até antevendo problemas de saúde de forma cada vez mais precoce.

O cartão da gestante é um instrumento de informação vital para a situação de saúde da gestante. Através dele os profissionais de saúde sobre quem é a gestante, seu histórico pessoal obstétrico e familiar da situação de saúde e patologias, dados da gravidez atual, esquema de

vacinação, resultados de exames laboratoriais, informações sobre o parto e o bebê. O que não só facilita no momento do atendimento, como possibilita intervenções de saúde mais eficazes e rápidas.

Existe no prontuário da gestante uma cópia contendo os mesmos dados do cartão da gestante o qual é denominado de cartão espelho, e este deve ser atualizado conforme o cartão que acompanha a cliente.

As gestantes a partir da 20ª semana até o 3º mês pós-parto, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde, devem ter a suplementação medicamentosa de ferro. As gestantes devem ser suplementadas com ácido fólico, pois esta vitamina tem papel importante na gênese da anemia, de acordo com a conduta estabelecida pela Área Técnica Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a). Conduta está que deverá ocorrer até o final da gestação, mulheres pós-parto ou pós-aborto deverá fazer suplementação com sulfato ferroso 60mg até o 3º mês pós-parto ou pós-aborto (BRASIL, 2005a).

Todas as mulheres até o 3º mês pós-parto devem ser suplementadas apenas com ferro, mesmo que por algum motivo estejam impossibilitadas de amamentar. A suplementação também é recomendada nos casos de abortos, com a mesma conduta para as mulheres no pós-parto (BRASIL, 2005a).

Este controle da suplementação de ferro ocorre tanto em mulheres gestantes, pós-parto ou pós aborto e crianças entre 4 e 24 meses e é feito através da Ficha de Acompanhamento Individual de Suplementação de Ferro, do Mapa de Acompanhamento do Fornecimento de Suplementos e do Consolidado Mensal do Acompanhamento do Fornecimento de Suplementos.

Na **Ficha de Acompanhamento Individual de Suplementação de Ferro** (Anexo 06), é necessário o preenchimento das seguintes informações:

- ✓ **Identificação:** criança, gestantes ou mulher até o 3º mês pós-aborto ou pós-aborto; nome.
- ✓ **Dispensação das medicações:** data; se xarope, comprimido de sulfato ferroso ou comprimido de ácido fólico. Neste tópico de Dispensação existem 09 campos iguais.

Junto ao acompanhamento individual deverá existir o **Mapa de Acompanhamento do Fornecimento de Suplementos** (Anexo 07), que objetiva acompanhar o fornecimento do suplemento de ferro para estes grupos atendidos pelo programa de acordo com o manual

operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, e deverá reunir os seguintes dados:

- ✓ **Identificação da unidade:** mês de referência; nome da unidade; responsável.
- ✓ **Tipo de beneficiário:** criança de 4 a 24 meses; gestante a partir da 20ª semana; mulher até o 3º mês pós-parto ou 3º mês pós-aborto.
- ✓ **Produto distribuído:** xarope de sulfato ferroso; comprimido de sulfato ferroso; comprimido de ácido fólico.
- ✓ **Controle de perdas:** frascos de sulfato ferroso/comprimidos de sulfato ferroso/comprimidos de ácido fólico (perdidos por: vencimento de validade, extravio, algum tipo de danificação, outro motivo).
- ✓ **Controle de entrega do suplemento:** nº de unidades de 1ª/2ª/3ª/4ª e 5ª entrega do suplemento (é pré-estabelecido numeração que vai de 01 até 132 que será marcado um “X” de acordo com a quantidade dispensada).

Após a elaboração do mapa de acompanhamento de fornecimento de fornecimento de suplementos é gerado mensalmente o **Consolidado do Acompanhamento do Fornecimento de Suplementos** (Anexo 08) que agrupa as seguintes informações:

- ✓ **Identificação da unidade:** mês de referência; nome da unidade; responsável.
- ✓ **Grupos atendidos:** *crianças de 4 a 24 meses* – relação entre tipo de suplemento e quantitativo de entregas (xarope se sulfato ferroso – e quantidade dispensada da 1ª a 5ª entrega; *gestantes a partir da 20ª semana* - relação entre tipo de suplemento e quantitativo de entregas) (xarope de sulfato ferroso, comprimidos de sulfato ferroso, comprimidos de ácido fólico - e quantidade dispensada da 1ª a 5ª entrega); *mulheres até o 3º mês pós-parto ou pós-aborto* - relação entre tipo de suplemento e quantitativo de entregas) (xarope de sulfato ferroso, comprimidos de sulfato ferroso, - e quantidade dispensada da 1ª a 3ª entrega);
- ✓ **Controle de perdas:** frascos de sulfato ferroso/comprimidos de sulfato ferroso/comprimidos de ácido fólico (perdidos por: vencimento de validade, extravio, algum tipo de danificação, outro motivo).

As faixas etárias e situações de saúde que necessitam lançar mão da suplementação de ferro são obtidas através de diversos estudos realizados, entretanto o que se percebe é que é

ainda urgente um controle rigoroso destes programas, em especial na ponta dos serviços, no caso do estudo em questão, se torna imprescindível que ocorra um bom fluxo de informações e não meros dados para que o programa tenha resultados satisfatórios.

Segundo Brasil, (2005a), a anemia por deficiência de ferro é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, sendo considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes. Afirma ainda que, estima-se uma média nacional de prevalência de anemia em torno de 30% entre as gestantes. Logo, se faz necessário perceber que o correto percurso não só deste programa, mas de diversos outros se dá através de um fluxo de informações bem elaboradas e completas.

Fornecer as informações completas, corretas e em tempo hábil previnem problemas complexos devido à deficiência de ferro prolongada, como por exemplo, o baixo peso ao nascer das crianças, à mortalidade materna e déficit cognitivo em crianças (BRASIL, 2005a).

Junto aos dados acima citados, durante a consulta de Pré-natal o profissional de saúde deverá preencher também a ficha denominada de **Folha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL** (Anexo 05) que solicita na sua estrutura os seguintes dados:

- ✓ **Dados gerais:** data; nome da USF; código da unidade no SIASUS; nome do município; código do município no IBGE; sigla da UF; código da UF no IBGE.
- ✓ **Dados da consulta:** n° da gestante no SISPRENATAL; profissional que realizou a consulta de pré-natal; se realizou exames de (grupo sanguíneo + Rh; VRDL; urina; glicemia; Hb; Ht; HIV); se já tomou as doses da vacina anti-tetânica de acordo com a dose (1ª dose, 2ª dose, reforço, imune) e profissional que realizou a consulta puerperal, quando for o caso. Nos campos de exames e vacina anti-tetânica é marcado apenas um “X” na opção correspondente, para os profissionais executantes das atividades deve-se colocar o código correspondente conforme a tabela de código de profissionais, conforme mencionado anteriormente no item - outros - da Ficha do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Através da folha de registros diários dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL, o fluxo de informações gerado possibilita uma melhor comunicação entre a unidade de saúde e a gestão nos seus três níveis (Municipal, Estadual e Federal). Entretanto, com a construção do PEF, não só os dados da ficha em questão, como todos os demais podem



existir em forma de relatórios que levem aos gestores uma visão completa e em tempo real da situação de saúde de cada unidade. O que acaba quebrando a restrição de informações que acompanha não só esta ficha como todas as outras, que por sua vez gera limites no campo de discussões a cerca das estratégias para a gestão dos serviços de saúde.

É preciso que os dados oriundos de fichas como as mencionadas acima levem a informações, que se tornem ferramentas para se conhecer as questões de vida da população/comunidade, os seus agravos, leve a construção de um planejamento em saúde baseado em números mais precisos, facilitando o processo de tomada de decisões e gerando resultados mais substanciais. Segundo Teixeira (1996), a informação em saúde é o produto de um conjunto de informações sociais, demográficas e epidemiológicas em saúde, produzidos por instituições públicas e privadas, utilizadas no conhecimento da realidade local, regional e nacional, no apoio ao planejamento e tomada de decisão no campo da saúde.

### 5.3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A política de saúde da criança no Brasil vem se ampliando, em especial após a criação do PACS/PSF. Após o surgimento destes programas em 1996, o Ministério da Saúde, Estados e Municípios vem potencializando medidas para normatizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, em especial, após o uso do cartão da criança.

Segundo Brasil, (2002b), hoje, mais de 4.600 municípios, são os ACS que pesam as crianças em visitas domiciliárias, registram o peso no cartão, desenham as curvas no gráfico, orientam as mães, reportam os achados à unidade de saúde, encaminhando os casos indicados pelo enfermeiro. Além disso, o cartão da criança é um instrumento rico em informações tanto para as mães, quanto para as unidades de saúde que tem um conjunto de informações que norteiam grande parte das condutas traçadas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Logo, a criança que passa a ser acompanhada na USF, depois de cadastrada junto com sua família pelo ACS, obtém a sua ficha individual de acompanhamento, este que é denominado de puericultura. Esta ficha possui grande parte das informações do cartão da criança. Logo, trabalharei com os dados obtidos no cartão da criança por ser mais completo e atender as necessidades de informações para a construção do PEF.

Os dados existentes na ficha da criança (Caderneta da Criança) são:

- ✓ **Identificação:** nome da unidade de saúde, nome da criança, sexo, data de nascimento, local do nascimento, nome da mãe, nome do pai, endereço, bairro, ponto de referência, CEP, telefone, cidade, estado, raça/cor - referida pelo responsável (branca/preta/amarela/parda/indígena), n° da DNV, n° do registro civil de nascimento, n° do cartão do SUS. Possui também um local para colocação da imagem das digitais do pé e do dedo da mão e um espaço reservado para alteração de endereço com a sua respectiva unidade básica de saúde de referência.
- ✓ **Sobre gravidez, parto e puerpério:** início do pré-natal (1°/2°/3° trimestre); n° de consultas no pré-natal; gravidez (simples ou múltipla); sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (em CID 10) - Z21 (não realizada/normal/alterada) período (1°/2°/3° trimestre), A53 (não realizada/normal/alterada) período (1°/2°/3° trimestre), B18 (não realizada/normal/alterada) período (1°/2°/3° trimestre), B58 (não realizada/normal/alterada) período (1°/2°/3° trimestre); sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (em CID-10) Z21 (não realizada/normal/alterada) e A53 (não realizada/normal/alterada); citar outros agravos de acordo com o CID-10; qual(is) conduta(s); qual(is) intercorrências clínicas da gravidez, parto e puerpério; imunização da vacina dupla adulto (esquema completo/incompleto/não realizou/sem informação); suplementação de ferro (sim/não realizou/sem informação); megadose de vitamina A no pós-parto imediato ainda na maternidade (sim/não/sem informação) sendo que, este tópico vale apenas para quem reside em áreas endêmicas: Nordeste e Minas Gerais (região norte do Estado, Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucuri); tipo de parto (normal/fórceps/cesáreo), motivo da indicação; local da realização do parto (hospital ou clínica/domicílio/casa de parto/outro); profissional que assistiu o recém-nascido (pediatra/enfermeiro(a)/parteira/outro).
- ✓ **Nascimento:** nascido às (hora/min/seg); dia (dia/mês/ano); peso ao nascer (g); comprimento ao nascer (cm); perímetro cefálico (cm); sexo (masculino/feminino); Apgar (1° minuto) n° de 0-10, (5° minuto) n° de 0-10; idade gestacional (semanas e dias); nome da mãe; peso na alta (g); data da alta (dia/mês/ano).

- ✓ **Triagem neonatal:** sinal de Ortolani (negativo/positivo) e conduta realizada; teste do reflexo vermelho (normal/alterado) e conduta realizada; teste do pezinho (não/sim), data, resultados para – fenilcetonúria (normal/alterado), hipotireoidismo (normal/alterado), anemia falciforme (normal/alterado); outros: triagem auditiva (não/sim) data (dia/mês/ano), testes realizados – PEATE (sim/não) EOA (sim/não) resultado ouvido direito (normal/alterado) ouvido esquerdo (normal/alterado) e conduta.

É interessante que os dados obtidos através das perguntas dos testes como o do pezinho e triagem auditiva possibilitem gerar formulários que solicitem estes testes casos não tenham sido realizados.

- ✓ **Alimentação na alta:** aleitamento materno; aleitamento misto; artificial.
- ✓ **Evolução clínica do cartão da criança:** espaço para anotações dos problemas que o bebê tiver apresentado ainda na maternidade (diagnósticos, resultados de exames, tratamentos realizados, condições de alta e recomendações ao profissional de saúde para acompanhamento da criança).
- ✓ **Evolução clínica da ficha individual de acompanhamento:** espaço reservado à anotação da evolução clínica completa da criança devendo conter exame físico completo; estado geral da criança; sono e repouso; tipo de alimentação; vacinas; resultados de exames; encaminhamentos; solicitações; aprazamento da consulta subsequente; data e profissional que realizou a consulta.

Através dos dados obtidos nas USF, com a vivência nas unidades e discussão com profissionais que desenvolvem a consulta de puericultura e na própria universidade, percebe-se que seria viável a inclusão na ficha, de dados que as tornam mais completas e facilitam a evolução da consulta de ACD. Entre os dados podemos acrescentar:

- ✓ **Queixa Principal:** breve descrição do motivo da vinda a unidade para consulta;
- ✓ **Idade atual da criança:** RN/lactente/ablactente;
- ✓ **Estado geral da criança:** breve descrição;
- ✓ **Condições de higiene da pele:** breve descrição;
- ✓ **Condições de higiene das mucosas:** (ocular, nasal, oral e pavilhão auricular) breve descrição;
- ✓ **Condições das fontanelas:** bregmática e lambdóide;

- ✓ **Teste de reflexos:** Moro, *Babinski*, Preenção, Sucção, Voracidade (não testado/presentes/ausentes/diminuídos);
- ✓ **Membros superiores:** simetria, mobilidade, motricidade;
- ✓ **Membros inferiores:** simetria, mobilidade, motricidade;
- ✓ **Tórax:** plano/simétrico, expansibilidade, ausculta pulmonar; ausculta cardíaca, bulhas cardíacas (sons);
- ✓ **Abdome:** globoso/cilíndrico/flácido/rígido, ruídos hidroaéreos (presentes/ausentes);
- ✓ **Órgãos genitais:** condições de higiene, integridade, crise pseudo pubertária (presente/ausente), funcionamento urinário (quantidade, aspecto, coloração, odor), funcionamento intestinal (quantidade, aspecto, coloração, odor);
- ✓ **Sono e repouso:** frequência, características, insônia (sim/não), fazer breve descrição;
- ✓ **Cartão Vacinal:** ver o item 5.6 imunização.
- ✓ **Orientações:** espaço para breve descrição das orientações fornecidas;
- ✓ **Encaminhamentos:** breve descrição do profissional e/ou programa para o qual foi encaminhado;
- ✓ **Exames:** exame solicitado (nome do exame, data da solicitação, motivo (breve descrição), resultado, data do resultado, conduta (breve descrição));
- ✓ **Outras solicitações:** breve descrição.
- ✓ **Agenda de consultas:** data da primeira consulta; data da última consulta atendida; data da próxima consulta; justificativas (em caso de falta).

Além destes dados é interessante que possa ser incluído dentro do PEF no módulo de Crescimento e Desenvolvimento da Criança a ficha de acompanhamento do desenvolvimento (Anexo 09) de acordo com o proposto pelo cartão da criança do MS, constando os seguintes dados:

- ✓ **Marcos do desenvolvimento até os 15 meses de idade:** reflexo de Moro postura – barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada; olha para a pessoa que a observa; dá mostras de prazer e desconforto; fixa e acompanha objetos em seu campo visual; colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente; arrulha e sorri espontaneamente; começa a diferenciar dia/noite; postura – passa da posição lateral para linha média; colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço;

emite sons (balbucia); conta com a ajuda de outra pessoa, mas não fica passiva; rola da posição supina para PRONA; levantada pelos braços, ajuda com o corpo; vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro; reconhece quando se dirigem a ela; senta-se sem apoio; segura e transfere objetos de uma mão para a outra; responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos; imita pequenos gestos ou brincadeiras; arrasta-se ou engatinha; pega objetos usando o polegar e o indicador; emprega pelo menos uma palavra com sentido; faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.). Para tais marcos deve-se usar, individualmente de acordo com a idade de 0 a 15 meses) a seguinte escala (P=presente/A=Ausente/NV=Não verificado);

- ✓ **Marcos do desenvolvimento entre 10/11/13/14/15/18/21 meses e entre 2 e 6 anos de idade :** anda sozinha, raramente cai; tira sozinha qualquer peça do vestuário; combina pelo menos 2 ou 3 palavras; distancia-se da mãe sem perdê-la de vista; leva os alimentos à boca com sua própria mão; corre e/ou sobre degraus baixos; aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente; diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu; veste-se com auxílio; fica sobre um pé, momentaneamente; usa frases; começa o controle esfinteriano; reconhece mais de duas cores; pula sobre um pé só; brinca com outras crianças; imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.); veste-se sozinha; pula alternadamente com um e outro pé; alterna momentos cooperativos com agressivos; capaz de expressar preferências e idéias próprias. Para tais marcos deve-se usar, individualmente de acordo com a idade de 10/11/13/14/15/18/21 meses e entre 2 e 6 anos) a seguinte escala (P=presente/A=Ausente/NV=Não verificado);

Através da inclusão da ficha proposta pelo MS, desde 1984, desde então, sendo diversas vezes revisada e ampliada, não por acaso, traz dados substanciais para nortear uma consulta de puericultura extremamente eficaz. Através desta ficha acima mencionada, problemas de desenvolvimento podem ser detectados mais precocemente, incluindo também alguns aspectos psíquicos que podem ser investigados. Logo, tal instrumento dá suporte à avaliação de indicadores do tipo: social, psíquico, psicomotor e maturativo.

Ainda dentro do módulo de Crescimento e Desenvolvimento da Criança existem gráficos que são imprescindíveis durante as consultas. De acordo com o proposto pelo MS,

referenciado por órgãos como o *National Center for Health Statistics* (NCHS) (BRASIL, 2007) e a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2007), utilizados nas USF e diferenciados de acordo com o sexo, estão:

- ✓ Gráfico de perímetro cefálico de 0 a 2 anos: relação entre perímetro cefálico e idade em meses (gráfico diferenciado de acordo com o sexo).
- ✓ Gráfico de peso x idade de 0 a 2 anos (relação entre peso em (kg) e idade em meses;
- ✓ Gráfico de altura x idade de 0 a 2 anos (relação entre altura em (cm) e idade em meses;
- ✓ Gráfico de peso x idade de 2 a 5 anos (relação entre peso (kg) e idade em meses;
- ✓ Gráfico de altura x idade de 2 a 5 anos (relação entre altura em (cm) e idade em meses;
- ✓ Gráfico de altura e peso x idade de 5 a 10 anos (relação entre altura em (cm) e peso (kg) x idade em meses.

Ao possibilitar toda esta informação nas diversas etapas que permeiam as consultas de ACD é possibilitada, a crianças, atenção sob os aspectos: biológico, social, afetivo e psíquico, respeitando o que rege o SUS. Adotando assim medidas eficazes para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2002b).

Devido, ao grande fluxo de informações que são solicitadas em cada consulta, observa-se nas USF que muitos pontos que deveriam ser abordados passam despercebidos, desconhecidos, ou negligenciados, gerando consultas pobres de resolutividade e ineficazes. Através de um PEF contemplando todos estes dados é possível que exista a sistematização das informações de forma a contemplar oportunamente tudo o que se deve abordar em cada marco do desenvolvimento da criança.

#### 5.4 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

O processo de adolecer é dinâmico e complexo. As transformações corporais, o surgimento de novas habilidades cognitivas e seu novo papel na sociedade são determinantes do questionamento de valores dos adultos que os cercam (GROSSMAN; RUZANY e

TAQUETTE, 2001). Logo, é preciso que a rede de saúde esteja organizada, preparada e capacitada para atender a demanda de adolescentes.

O que se percebe é quão difícil tem sido a adesão de adolescentes as USF, não só no município em estudo, mas uma realidade do país, como muitos estudos tem comprovado. A estratégia de adesão destes adolescentes aos serviços de saúde deve ter características singulares. A acolhida nos serviços deve ser cordial e compreensiva, para que se sintam valorizados e à vontade nos mesmos. Uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastar o adolescente, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço (GROSSMAN; RUZANY e TAQUETTE, 2001).

Durante a coleta de dados, os materiais encontrados a cerca da saúde dos adolescentes se restringiram a folhas de atendimento clínico igual às utilizadas pelos adultos. É necessário a formalização nas USF de informações mais particulares de tal público. É válido ressaltar que a pouca quantidade de dados específicos sobre os adolescentes obtidos nas unidades não significa a exclusão de atendimento dos mesmos nas USF.

O que se deseja através do estudo é contribuir no fornecimento de dados validados pelo MS em conjunto com as suas diversas secretarias sobre todas as políticas atendidas pela ESF. Logo, é sugerida por diversas literaturas a busca de dados durante as consultas com o adolescente como o proposto por GROSSMAN; RUZANY e TAQUETTE (2001):

- ✓ **Identificação:** nome, sexo, idade, endereço, escolaridade, n° do cartão SUS, motivo da vinda à unidade;
- ✓ **Anamnese:** o que mais gosta de fazer como lazer (citar), atividade física (sim/não) qual (citar), fumante (sim/não), consome bebida alcoólica (sim/não) qual (citar), doenças pregressas (citar nomes), usa drogas (sim/não) quais (cocaína/maconha/crack/outras-citar), início da vida sexual (idade); conhece sobre IST/HIV/AIDS, antecedentes patológicos familiares; alergias;
- ✓ **Queixa Principal:** breve descrição do motivo da vinda à unidade para consulta;
- ✓ **Dados antropométricos:** Peso (g), altura (cm), circunferência abdominal (cm).
- ✓ **Estado geral:** breve descrição;
- ✓ **Condições de higiene da pele:** breve descrição;
- ✓ **Condições de higiene das mucosas:**

- ✓ **Avaliação geral:** dentição (higiene, cárie dentária (sim/não), mucosas: ocular, nasal, oral e pavilhão auricular - breve descrição;  
Membros superiores e inferiores: simetria, mobilidade, motricidade;  
Tórax: plano/simétrico, expansibilidade, ausculta pulmonar; ausculta cardíaca, bulhas cardíacas (sons); Abdome: globoso/cilíndrico/flácido/rígido, ruídos hidroaéreos (presentes/ausentes);
- ✓ **Órgãos genitais:** condições de higiene, integridade, maturação sexual, estagiamento puberal (escala de *Tanner*) (breve observação);
- ✓ **Sono e repouso:** frequência, características, insônia (sim/não), fazer breve descrição;
- ✓ **Alimentação:** breve descrição.
- ✓ **Cartão Vacinal:** ver o item 5.6 imunização.
- ✓ **Orientações:** espaço para breve descrição das orientações fornecidas;
- ✓ **Encaminhamentos:** breve descrição do profissional e/ou programa para o qual foi encaminhado;
- ✓ **Exames:** exame solicitado (nome do exame, data da solicitação, motivo (breve descrição), resultado, data do resultado, conduta (breve descrição));
- ✓ **Outras solicitações:** breve descrição.
- ✓ **Agenda de consultas:** data da primeira consulta; data da última consulta atendida; data da próxima consulta; justificativas (em caso de falta).
- ✓ **Gráficos:** padrão NHCS (CDC, 2010).

A saúde dos adolescentes apresenta-se como um dos pontos mais vulneráveis em dados nas USF, necessitando de atenção especial. As sugestões de dados apresentadas acima tem em vista evitar o desenvolvimento de atividades distorcidas e fragmentadas para um público que é tão sensível e vulnerável. Logo, a implementação de tal módulo no PEF poderá contribuir sim para o desenvolvimento de um melhor trabalho com os adolescentes, facilitando a abordagem e auxílio do profissional com o adolescente sobre diversos problemas.



## 5.5 PLANEJAMENTO FAMILIAR

A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao Planejamento Familiar, deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, portanto, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais (BRASIL, 2002c).

Durante a coleta de dados foram obtidas na USF do município a **Ficha de Atendimento no Planejamento Familiar**, o **Mapa de registro Diário das Atividades de Planejamento Familiar** e o **Cartão Individual de Planejamento Familiar**. A ficha de atendimento (Anexo 10) é composta dos seguintes dados:

- ✓ **Identificação:** matrícula, registro geral, nome, documento, endereço, ponto de referência, profissão, grau de instrução, data de nascimento (dia/mês/ano), idade (anos e dias), estado civil;
- ✓ **História obstétrica:** n° de gestações, n° parto normal, n° partos fórceps, n° cesárea, n° prematuro, gravidez ectópica, n° nascidos mortos, n° nascidos vivos, n° abortos provocados, n° abortos espontâneos, n° filhos vivos, n° morte infantil, data do último filho, data da última curetagem, data do último aborto, idade da 1ª gestação, data da menarca, primeira relação sexual, n° de parceiros;
- ✓ **História clínica familiar/cliente:** hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, tubérculos, diabetes, câncer genital, outros tipos de câncer, anemia, hepatopatia, convulsão, psicopatia, ginecopatia;
- ✓ **História clínica cliente:** infecção urinária, IST, flebite, asma/alergia, enxaqueca, tabagista, hospital, preventivo, peso, PA;
- ✓ **Queixa e sinais de menstruação:** data da última menstruação, tipo, fluxo, cefaléia, nervosismo, cloasma, libido, orgasmo, náuseas, acne, outros, observações.

Os dados obtidos para a construção do módulo de Planejamento Familiar acabam contemplando um quantitativo de informações importantes para uma assistência a saúde qualificada. Sabe-se, portanto que uma primeira consulta rica de informações, e consistente irá possibilitar um planejamento familiar eficaz. Buscando assim garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na nossa carta magna de 1988 que é a Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos(as).

Por outro lado, também se constata que o programa se esquece do homem. Não foi encontrado nas USF material específico destinado ao cadastro do homem na unidade. O que se tem no dia-a-dia é a utilização da mesma ficha utilizada para as mulheres excluindo as perguntas de acordo com o sexo. Isto, por sua vez faz com que outras questões importantes sejam levantadas em relação à saúde do homem. O que se sugere no presente estudo é uma separação da ficha de cadastro específica por sexo, facilitando assim o desenvolvimento da assistência bem como personalizando os atendimentos. Dados como realização de vasectomia, ereção, impotência sexual, podem ser inclusos em vistas a atender possíveis asseios do público em discussão.

Além da ficha é utilizado durante os atendimentos nas unidades o Mapa de Registro Diário das Atividades de Planejamento Familiar (Anexo 11). Nele contam informações como:

- ✓ **Dados gerais:** data do atendimento, nome da USF, cadastro na unidade de saúde, grupo de atendimento (já preenchido como código 02 – Atenção à Saúde da Mulher), nome do profissional, matrícula do profissional, código da atividade profissional (médico clínico geral 15, ginecologista 22, ginecologista/obstetra 73, médico do PSF 59, médico de qualquer especialidade 84, médico geral comunitário 74, enfermeiro 01, enfermeiro do PSF 60, enfermeiro do PACS 76, assistente social 02, auxiliar de enfermagem 90, auxiliar de enfermagem do PSF 93, profissionais de saúde de nível médio 64, técnico de enfermagem 91, técnico de enfermagem do PSF 92;
- ✓ **Local do atendimento:** unidade de saúde/comunidade (assinalar com um “X”);
- ✓ **Atividade educativa em grupo:** nº total de participantes presentes;
- ✓ **Sexo:** masculino/feminino;
- ✓ **Idade:** em anos;
- ✓ **Tipo de atendimento:** novo/subseqüente;
- ✓ **Consulta/Atendimento sem entrega de método:** em caso de método comportamental não preencher o campo (assinalar com um “X”);
- ✓ **Cliente em uso de método comportamental:** aleitamento materno exclusivo/outro comportamental (assinalar com um “X”);
- ✓ **Entrega de método ou Inserção de DIU M (quantidade entregue/inserida):** pílulas (cartelas), preservativo (unidade), geléia

(tubo), tablete (unidade), DIU (unidade), diafragma (unidade), injetável mensal (ampola), injetável trimestral (ampola).

- ✓ **Nº do prontuário:** nº de cadastro.

Após o atendimento a mulher, homem ou o casal ganham um novo retorno de consulta de acordo com o período necessário. Este agendamento é realizado e fornecido ao cliente através do Cartão Individual de Planejamento Familiar (Anexo 12) que possui:

- ✓ **Identificação:** nome da unidade de saúde, nº registro geral, nº de matrícula, data, nome, endereço, documento, idade, sexo, observações.
- ✓ **Agendamentos:** data da próxima visita, método de escolha em uso., data e preventivo realizado.

A ampliação dos dados trabalhados nas USF no programa de Planejamento Familiar visa, não só elevar a qualidade do serviço, mas ampliar o acesso de homens e mulheres à informação e aos métodos de maneira completa, o que segundo Brasil (2002c) é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país.

## 5.6 IMUNIZAÇÃO

O programa de imunização é um dos mais belos oferecidos pelo SUS. Através deste programa os serviços de saúde lançam mão de um instrumento de prevenção de eficácia e eficiência indiscutível. Este foi sem dúvida um dos maiores avanços da medicina moderna, com o desenvolvimento de novas vacinas e o aperfeiçoamento das já existentes. Logo, as USF têm uma responsabilidade ainda maior em manter um programa de imunização que contribua para a prevenção das doenças, transformando radicalmente a morbidade e mortalidade no país, especial a das crianças.

Nas USF do município o programa de imunização tem um controle mais de perto no seu desenvolvimento. Os documentos utilizados nas salas de imunização das USF municipais são: **Calendário Básico de Vacinação da criança/adolescente/adulto e idoso, Ficha de Controle de Vacinação, Mapa Diário de Vacinação, Boletim Mensal de Doses Aplicadas, Movimento Mensal de Imunobiológicos, Controle de Temperatura, Formulário de Solicitação de Vacinas, Ficha de Investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinas,**

## Formulário para Avaliação de Imunobiológico sob suspeita, Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal.

O calendário básico de vacinação utilizado é o proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). De acordo com o estabelecido temos o calendário básico de vacinação, As vacinas são aplicadas de acordo com a idade, variando entre o número de doses e doenças a serem evitadas conforme demonstrado nas tabelas: da criança (tabela 01), do adolescente (tabela 02) e do adulto/idoso (tabela 03).

**Tabela 1 Calendário Básico de Vacinação da Criança**

Idade e intervalo entre as doses	Vacinas	Doses	Doenças evitadas
Ao nascer	BCG - ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3)	1ª dose	Diarreia por Rotavírus
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4)	2ª dose	Diarreia por Rotavírus
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Vacina contra febre amarela (5)	dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	dose única	Sarampo, rubéola e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 - 6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SRC (tríplice viral)	reforço	Sarampo, rubéola e caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

Fonte: PNI, 2010.

(1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

(2) O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

(3) É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

(4) É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

(5) A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

**Tabela 2 Calendário Básico de Vacinação do Adolescente**

Idade	Vacinas	Doses	Doenças evitadas
<b>De 11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde)</b>	Hepatite B	1ª dose	Contra Hepatite B
	dT (Dupla tipo adulto) (2)	1ª dose	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela (3)	Reforço	Contra Febre Amarela
	SCR (Tríplice viral) (4)	dose única	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
<b>1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B</b>	Hepatite B	2ª dose	contra Hepatite B
<b>6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B</b>	Hepatite B	3ª dose	contra Hepatite B
<b>2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano</b>	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
<b>4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano</b>	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
<b>a cada 10 anos, por toda a vida</b>	dT (Dupla tipo adulto) (5)	reforço	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela	reforço	Contra Febre Amarela

*Fonte: PNI, 2010.*

(1) Adolescente que não tiver comprovação de vacina anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.

(2) Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 5 anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

(3) Adolescente que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

(4) Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.

(5) Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

**Tabela 3 Calendário Básico de Vacinação do Adulto/Idoso**

Idade	Vacinas	Doses	Doenças evitadas
<b>A partir de 20 anos</b>	dT (Dupla tipo adulto)(1)	1ª dose	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela (2)	dose inicial	Contra Febre Amarela
	SCR (Tríplice viral) (3)	dose única	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
<b>2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano</b>	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
<b>4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano</b>	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
<b>a cada 10 anos, por toda a vida</b>	dT (Dupla tipo adulto) (4)	reforço	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela	reforço	Contra Febre Amarela
<b>60 anos ou mais</b>	Influenza (5)	dose anual	Contra Influenza ou Gripe
	Pneumococo (6)	dose única	Contra Pneumonia causada pelo pneumococo

**Fonte: PNI, 2010.**

(1) A partir dos 20 (vinte) anos, gestante, não gestante, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

(2) Adulto/idoso que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

(3) A vacina tríplice viral - SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 (trinta e nove) anos.

(4) Mulher grávida que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 05 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deverá ser antecipada para cinco anos após a última dose.

(5) A vacina contra Influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

(6) A vacina contra pneumococo é aplicada durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como casas geriátricas, hospitais, asilos e casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial.

Além das vacinas básicas, dentro do PEF poderá ser incluso também dados referentes a outras vacinas o que trará informações mais completas da situação vacinal do usuário. Entre as vacinas disponíveis, especialmente na rede particular estão a: Pneumocócica 10-valente, Pneumocócica 23-valente, *Influenza A H1N1*, HPV, contra a raiva, febre tifóide, cólera.

A possibilidade de inclusão do calendário vacinal dentro de um sistema informatizado, denominado de PEF possibilitará, entre outras coisas o correto aprazamento das vacinas, a diminuição de erros relativos ao preenchimento dos cartões vacinais ou até mesmo o não preenchimento, a sinalização dos usuários que estão com o seu calendário vacinal em atraso, e até mesmo a correta indicação da vacina de acordo com a faixa etária.

Dentro da Ficha de controle de vacinação (Anexo 13), também conhecido nas USF como cartão espelho estão inseridas as seguintes informações:

- ✓ **Identificação:** nome da unidade de saúde, data de nascimento, nome da criança/adolescente/adulto, nome do pai e mãe, endereço;
- ✓ **Situação vacinal:** vacina e dose aplicada (pólio, tetra, DTP, hepatite B, BCG, tríplice viral, febre amarela, meningocócica C, hepatite A, rotavírus, pneumocócica 7-valente, varicela, DT, e espaços reservados para inclusão de outras vacinas;
- ✓ **Observações:** campo destinado a descrição de efeitos adversos a vacinas, alergias, etc.

Além de algumas das facilidades que traz o PEF, podemos citar também a inclusão imediata nos cartões vacinais do nº de lote, profissional executante, informações sobre o imunobiológico. Informações que, às vezes, não são incluídas no preenchimento dos cartões e pode ocasionar em prejuízos para a saúde do usuário caso ele necessite de tais informações, como por exemplo, em situações onde ocorreu um evento adverso severo pós-vacina e não se tem nº de lote, ou até mesmo o cartão vacinal para que se realize uma investigação mais profunda.

No dia-a-dia das salas de imunização é exigido o preenchimento diário do Mapa Diário de Vacinação (Anexo 14), nele são solicitados os seguintes dados:

- ✓ **Identificação:** nº da diretoria regional, nome da unidade, código da unidade, nº da folha, data de abertura da folha, data de fechamento, nome do município, código do município, anotador responsável, enfermeiro responsável;
- ✓ **Vacinas:** nome da vacina, lote, data, faixa etária (> de 1 ano/1 ano/2 anos/ 3 anos / 4 anos / 5 a 6 anos/ 7 a 14 anos / 15 a 59 anos/ 60 e + anos), dose aplicada, nº doses por dose aplicadas e total da vacina aplicada. As vacinas inseridas no mapa são: BCG, hepatite B, pólio (oral), hemófilo b, DTP, sarampo, febre amarela, tríplice viral, raiva (cultivo celular), dupla viral, varicela, pneumococo, hepatite A, meningite B e C, Meningite A e C, dupla infantil, raiva (Fuenzalida-P), rubéola dupla adulto, DTP + Hib, febre tifóide, e campo destinado ao preenchimento de outros imunobiológicos.

Este mapa poderá ser gerado automaticamente após a construção do PEF, a partir da integração e co-relacionamento dos dados de vacinas diárias, cartão vacinal do usuário e estoque das vacinas, o que diminui favorece a prevenção contra erros e aperfeiçoa o serviço. Assim como contribuirá para fornecer os dados exigidos para o Boletim Mensal de doses

aplicadas (Anexo 16), este que poderá surgir a partir de simples relatórios também correlacionados que forneçam as seguintes informações:

- ✓ **Identificação:** mês, ano, código da unidade, nome da unidade, UF, regional, código do município, nome do município;
- ✓ **Rotina:** n° de doses da vacina de acordo com a dose e faixa etária e sua totalização:
  - **BCG:** –1ª dose e reforço, e faixa etária (menor de 1 a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a/7 a 14a/ 15 a 59a/ 60 a + anos);
  - **BCG comunicante (Hanseníase):** 1ª/2ª dose e faixa etária (igual a da BCG);
  - **Contra Hepatite B:** 1ª/2ª/3ª dose e faixa etária (menor de 1 a/1a/2a/3a/4a/5 a 10a/11 a 14a/ 15 a 19a/ 20 a 59a/60 a + anos);
  - **Contra Rotavírus Humano (oral):** 1ª/2ª dose e faixa etária (2m/3m/4m/5m);
  - **Contra Poliomielite (oral):** 1ª/2ª dose, 1º/2º reforço e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a/7 e + anos);
  - **Tetraivalente (DTP + Hib):** 1ª/2ª/3ª dose e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a);
  - **Tríplice viral:** 1ª/2ª dose e faixa etária (menor de 1 a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a/7 a 11a/ 50 a 59a/60 a + anos);
  - **Tríplice viral (mulheres em idade fértil):** 1ª/2ª dose e faixa etária (12a/13 a 14a/15 a 16a/17 a 19a/20 a 24a/25 a 29a/30 a 34a/35 a 39a/ 40 a 44a/ 45 a 49a);
  - **Tríplice viral (homens):** 1ª/2ª dose e faixa etária (igual a das mulheres em idade fértil);
  - **DTP:** 1ª/2ª/3ª dose, 1º/2º reforço e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a);
  - **Dupla adulto:** 1ª/2ª/3ª dose 1º reforço e faixa etária (7 a 11a/ 12 a 14a homens, gestantes, não-gestantes/15 a 19a homens, gestantes, não-gestantes/50 a 59a/60 e + anos);
  - **Contra Febre Amarela:** 1ª dose e reforço, e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a/5 a 9a/10 a 14a/15 a 59a/60 a + anos);



- **Contra Raiva (cultura de células):** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup> dose e faixa etária (menor de 1a/1 a 4a/5 a 8a/9 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos);
- **Dupla viral:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup> dose e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a/7 a 11a/50 a 59a/60 a + anos);
- **Dupla viral (mulher idade fértil)** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup> dose e faixa etária 12a/13 a 14a/15 a 16a/17 a 19a/20 a 24a/25 a 29a/30 a 34a/35 a 39a/40 a 44a/45 a 49a);
- **Dupla viral (homens):** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup> dose e faixa etária (igual a das mulheres em idade fértil).

#### Imunobiológicos Especiais

- **Inativa contra pólio:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> e 1<sup>o</sup>/2<sup>o</sup> reforço, e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a/7 a + anos);
- **DTP acelular:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> dose e 1<sup>o</sup>/2<sup>o</sup> reforço, e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a/5 a 6a);
- **Dupla Infantil:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> dose e 1<sup>o</sup>/2<sup>o</sup> reforço, e faixa etária (igual a da Dupla Infantil);
- **Pentavalente:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> dose e faixa etária (menor de 1a/1a/2a/3a/4a);
- **Pneumocócica conjugada 7-valente:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> dose e reforço, e faixa etária (menor de 1a/1 a 4a/5 a 9a/10 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos);
- **Contra Pneumococo 23 valente:** 1<sup>a</sup> dose e reforço, e faixa etária (2 a 4a/5 a 8a/9 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos);
- **Contra Influenza (gestante):** 1<sup>a</sup> dose e faixa etária (12a/13 a 14a/15 a 16a/17 a 19a/20 a 24<sup>a</sup>/25 a 29<sup>a</sup>/30 a 34a/35 a 39a/40 a 44a/345 a 49a);
- **Contra Varicela Zoster:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup> dose e faixa etária (menor de 1a/1 a 4a/5 a 8a/9 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos);
- **Contra Haemophilus Influenzae b:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> dose e faixa etária (menor de 1a/1 a 4a/5 a 8a/9 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos);
- **Contra Hepatite A:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup> dose e faixa etária (1 a 4a/5 a 8a/9 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos);

- **Contra Febre Tifóide:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> e reforço, e faixa etária (igual a da vacina contra hepatite A);
- **Meningocócica conjugada C:** 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup> e reforço, e faixa etária (igual a da vacina contra hepatite A);
- **Meningite A/C:** dose única e faixa etária (2 a 4a/5 a 8a/9 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos);
- **Outros imunobiológicos:** (espaço destinado ao registro de outros imunobiológicos).

#### Imunoglobulinas

- **Anti-hepatite B/Antitetânica/Anti-Rábica/Anti Varicela Zoster:** faixa etária (menor de 1a/1 a 4a/5 a 8a/9 a 12a/13 a 19a/20 a 59a/60 a + anos) e total de doses.

#### Soros

- **Antitetânico/ Antidiftérico/Anti-Rábico/ Anti Botulínico:** faixa etária (igual das imunoglobulinas) e total de doses.

#### Outros Soros (Peçonhentos)

- **Anti-Botrópico-Crotálico-BC/Anti-Botrópico-Laquéético-BL/ Anti-Botrópico-BO/Anti-Crotálico-CR/Anti-Elapídico-LP/Anti-Aracnídeo-AC/Anti-Escorpiônico-ES/Anti-Latrodectus-LT/Anti-Lonomia-LN/Anti-Lexecélico-LX** faixa etária (igual das imunoglobulinas) e total de doses.

- ✓ **Validação:** nome do responsável pelo preenchimento, data, assinatura e carimbo e nome do enfermeiro(a) responsável, data, assinatura e carimbo.

Os dados acima solicitados podem ser facilmente agrupados através de relatórios prévios que poderão ser obtidos no PEF com o cruzamento de todos os dados do módulo de imunização, o que certamente irá agilizar o serviço, diminuindo a quantidade de erros de preenchimento de uma ficha tão extensa e otimizará o tempo do profissional e do enfermeiro responsáveis por tal ficha.

Além do boletim mensal existe também o relatório de movimento mensal de imunobiológicos (Anexo 15) que contem informações mais relacionadas a estoque e controle de perdas. Neste relatório devem existir os seguintes dados:

- ✓ **Identificação:** n° da Diretoria Regional de Saúde, município, data (dia/mês/ano);

- ✓ **Estoque:** nome do imunobiológico, estoque anterior (saldo/validade/lote/laboratório produtor), entrada (n° de doses recebidas/validade/lote/laboratório produtor/saldo existente), saída (n° de doses aplicadas/doses inutilizadas/doses remanejadas/total de saída), estoque atual (saldo indisponível/saldo disponível) e pedido mensal (doses solicitadas).

Para a obtenção do saldo disponível deverá haver a soma do saldo anterior + n° de doses recebidas subtraídos da soma de doses aplicadas + inutilizadas + remanejadas e subtraídos do saldo indisponível.

- ✓ **Validação:** assinatura e data do: responsável, coordenador de imunização e coordenador da Vigilância Epidemiológica.

Outro instrumento de suma importância dentro do serviço de imunização das USF é a ficha de controle de temperatura (Anexo 17). Com a construção do PEF os gestores e supervisores do serviço poderão ter um instrumento de valiosa importância na supervisão das salas de imunização. Através do processo informatizado pode-se, por exemplo, ter informações sobre como anda o processo de controle de temperatura nas USF. Neste instrumento deve conter as seguintes informações:

- ✓ Identificação: n° da geladeira
- ✓ **Tabela de controle:** relação entre período do dia (manhã/tarde), especificação da temperatura em (máxima, mínima, momento em °C) e dia da aferição, falhas (dia, hora, temperatura aferida, dias parados), temperatura registrada no meio ambiente (dia, período (manha/tarde));
- ✓ **Observações:** breve relato sobre problemas, realização da limpeza, conduta frente às falhas de energia, condições de temperatura do equipamento, justificativa de não ter sido verificada e anotada a temperatura (esquecimento, falta de pessoal treinado, etc.), ou qualquer outra informação pertinente;
- ✓ **Validação:** nome do responsável pelo preenchimento, carimbo/assinatura e data.

Poderá ser incluído também no formulário dados como: o modelo da geladeira, marca, referência, n° de controle de patrimônio, o que conseqüentemente auxiliará num controle de qualidade mais rigoroso dos imunobiológicos.

Para a solicitação de pedido de vacinas da USF para a Rede de Frio do município é necessário o preenchimento do Formulário de Solicitação de Vacinas para o Posto (Anexo

20). Nele encontra-se discriminado todo o material de consumo necessário para o funcionamento diário da sala de vacinas. Na solicitação constam os seguintes dados:

- ✓ **Identificação:** nome da unidade e data;
- ✓ **Vacinas:** todas as vacinas do calendário básico, saldo de cada uma, quantidade solicitada;
- ✓ **Seringas e agulhas:** especificação de acordo com a vacina a ser utilizada na aplicação e quantidade solicitada (1ml 13x4,5/3ml 25x7/3ml 13x4,5/3ml 25x7);
- ✓ **Materiais:** materiais e quantidades solicitadas (cartão da criança (masculino/feminino)/mapa diário/boletim mensal de doses aplicadas de vacinas/formulário de movimento mensal de imunobiológicos/ formulário de controle de temperatura de geladeira/ formulário de inutilização mensal de imunobiológicos/formulário de solicitação de vacinas/formulário de devolução de vacinas/saco para cartão da criança/cartão de controle de vacinas/saco para gelo;
- ✓ **Observações:** campo destinado ao registro de outros materiais necessários não inclusos na lista.

Dentro ainda dos documentos utilizados no serviço de imunização está também a Ficha de investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinas (Anexo 18), esta que é de caráter obrigatório, de acordo com o que preconiza o PNI do MS. As razões para se investigar eventos adversos pós-vacina, segundo o Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde –ENSP/FIOCRUZ (2008) são de:

- ✓ Confirmar o diagnóstico notificado ou propor outros diagnósticos possíveis e clarificar o resultado do incidente ou incidentes médicos;
- ✓ Identificar as especificações da vacina usada para imunizar o paciente ou pacientes;
- ✓ Examinar os aspectos operacionais do programa. Mesmo se um evento parece ser induzido pela vacina ou concomitante (coincidente), os erros programáticos podem ter aumentado sua severidade (gravidade);
- ✓ Para determinar quando um evento notificado foi um simples incidente (ocorrência) ou um conglomerado, onde a vacinação suspeita foi dada e que vacinas foram usadas;

- ✓ Para determinar quando pessoas não vacinadas estão experimentando os mesmos incidentes (ocorrências) médicos.

Logo, na ficha de investigação dos eventos adversos pós-vacinas deverão conter:

- ✓ **Identificação do paciente:** UF, regional, município, unidade de saúde de notificação, data da notificação, nome do paciente, data de nascimento, idade (anos/meses/dias), sexo (masculino/feminino), responsável, endereço completo, bairro ou localidade, ponto de referência, telefone para contato, unidade de saúde onde aplicou a vacina;
- ✓ **Dados da vacina:** nome, dose, data de aplicação, laboratório, lote;
- ✓ **Evento:** código do evento (02-abcesso quente/03-abcesso frio/23-artralgia/39-ataxia/57-atrofia no local de aplicação/50-cefaléia/54-cefaléia e vômito/28-choque anafilático – descrição: urticária, edema de face, laringoespasma com hipotensão ou choque/12-convulsão afebril/11-convulsão febril/52-dificuldade de deambular/29-dor, rubor e calor/35-encefalite/36-encefalopatia/9-enduração/13-episódio hipotônico hiporresponsivo – descrição: palidez ou cianose perioral, hipotonia “flacidez” e diminuição de respostas e estímulos/17-exantema/10-febre maior ou igual a 39,5°C/58-granuloma/56-letericia/41-lesões generalizadas/06-linfadenomegalia maior que 03 cm não supurada/05-linfadenomegalia maior que 03 cm supurada/08- linfadenomegalia supurada/22-Meningite asséptica/53-mialgia/42-mielite/14-nódulo/97-óbito/46-orquite/49-osteomielite/16-outras paralisias/47-outros eventos/43-pancreatite/37-pancefalite esclerosante subaguda/26-paralisia de membros inferiores/55-paresia/15-parestesia/21-parotidite/38-poliomielite associada à vacina/48- polirradiculite/18-púrpura/ 27-quelóide/32-reação de *Arthus*/51-reação de hipersensibilidade após 2h – descrição: urticária localizada ou disseminada, edema de face, laringoespasma/20-reação de hipersensibilidade até 2h – descrição: urticária localizada ou disseminada, edema de face, laringoespasma/31-síndrome de *Uillain-Barré*/40-síndrome de reação sistemática precoce/04-úlceras maiores que 01cm/24-visceralização), tempo decorrido, fechamento do caso (cura sem seqüela/cura com seqüela/óbito/ignorado), evolução do caso (confirmado/apenas associação temporal/pendente/descartado), conduta

frente a esquema vacinal (mantido esquema/contra-indicação da vacina/troca do esquema vacinal);

- ✓ **Atendimento médico:** sim/não, data de entrada, data de saída, local (posto de saúde/emergência/enfermaria/UTI), tempo de hospitalização (dias/horas/minutos);
- ✓ **Resumo clínico e observações:** breve descrição;
- ✓ **Dados do investigador:** nome, função, local de trabalho, data de investigação, telefone, assinatura e carimbo.

Além da investigação dos eventos adversos pós-vacinas existe também o formulário para avaliar imunobiológicos sob suspeita, não só para realizar um bloqueio rápido do material, mas para evitar precocemente agravos a saúde das pessoas que poderão fazer uso destas vacinas. Para a realização de tal investigação é preenchido as seguintes solicitações:

- ✓ **Identificação:** instituição solicitante, município, DIRES, data da solicitação da avaliação, telefone de contato, fax, email;
- ✓ **Local de ocorrência:** a ocorrência foi em instância (local/município/regional/estadual),
- ✓ **Tipos de aferidores existentes no local da ocorrência:** termógrafo/termômetro de momento, máxima e mínima digital/termômetro de momento, máxima e mínima analógico/termômetro linear/outros - breve descrição;
- ✓ **Identificação dos imunobiológicos que estão sob suspeita:** nome, data de recebimento, apresentação, laboratório, lote, prazo de validade, quantidade de doses;
- ✓ **Tipo de equipamento:** geladeira doméstica/geladeira comercial/câmara de conservação de imunobiológicos/câmara frigorífica (central)/freezer;
- ✓ **Dados da alteração:** leitura do termômetro – última leitura antes da ocorrência (data/hora/temperatura no momento/temperatura máxima °C/temperatura mínima °C), na alteração da temperatura (mesmos dados solicitados para aferição antes da leitura);
- ✓ **Histórico da ocorrência:** breve descrição;
- ✓ **Condutas adotadas:** breve descrição;
- ✓ **Alterações de temperatura anteriores do produto:** o produto já sofreu outras alterações de temperatura anteriores fora da faixa ideal recomendada (sim/não); Caso resposta positiva, especificar a leitura do

termômetro – última leitura antes da ocorrência (data/hora/temperatura no momento/temperatura máxima °C/temperatura mínima °C), na alteração da temperatura (mesmos dados solicitados para aferição antes da leitura);

- ✓ **Observações:** breve descrição;
- ✓ **Validação:** data e assinatura.

Outro tipo de investigação que poderá ocorrer é a de invaginação intestinal. Invaginação é uma forma de obstrução intestinal, em que um segmento do intestino penetra em outro segmento. É mais freqüente em crianças entre 4 e 9 meses de idade, sendo a causa mais comum de emergência abdominal na faixa etária menor de 2 anos (BRASIL, 2005b). Sendo que a preocupação referente à invaginação é proveniente da situação ocorrida anteriormente com outro tipo de vacina contra rotavírus, de uso oral, tetravalente, por reagrupamento de rotavírus símio-humano (BRASIL, 2005b). Daí a grande importância da notificação. Logo os dados requeridos para a realização da investigação de invaginação intestinal (Anexo 19) são:

- ✓ **Dados da fonte notificadora:** estado, regional, município, unidade de saúde, n° no CNES, n° do prontuário, data da notificação, data de início da investigação;
- ✓ **Informações pessoais:** nome, sexo, data de nascimento, nome do responsável, etnia (branca/negra/amarela/parda/indígena), endereço, cidade, estado, telefone;
- ✓ **Informações do nascimento:** idade gestacional ao nascer, peso ao nascer (g), estatura (cm), peso ao diagnóstico (g), estatura;
- ✓ **Histórico alimentar:** aleitamento materno exclusivo (sim/não) se resposta não, listar alimentos introduzidos na dieta;
- ✓ **Informações clínicas:** data da 1ª dose, data da 2ª dose, data de início dos sintomas, vômitos (sim/não) se resposta for sim – biliosos (sim/não), dor abdominal (sim/não), eliminação de sangue pelo reto (sim/não), eliminação de fezes com sangue - geléia de morango – (sim/não), letargia (sim/não), palidez (sim/não), hipotensão (sim/não), choque (sim/não), presença de sangue ao toque retal (sim/não), presença de massa abdominal (sim/não), presença de massa retal (sim/não), distensão abdominal (sim/não), atendimento médico (sim/não/ignorado) e data do atendimento, ficou em observação (sim/não/ignorado) data da observação e quantidade de horas, hospitalização mais de 24h (sim/não/ignorado) e data da

- internação, enfermaria (sim/não/ignorado) e data da entrada e saída, UTI (sim/não/ignorado) e data da entrada e saída, fez uso de alguma medicação durante o atendimento (sim/não/ignorado), se fez uso de medicamento (qual – breve descrição), foi realizado procedimento cirúrgico (sim/não/ignorado) se resposta positiva data do procedimento e tipo de cirurgia (breve descrição);
- ✓ **Exames por imagem:** tipo (Rx simples de abdome/enema opaco/ultrasonografia/histopatologia (depois da cirurgia)/outros (especificar)), realização (sim/não/ignorado), data do exame, resultados relevantes;
  - ✓ **Informações vacinais antecedentes:** vacina aplicada, data da aplicação, dose (1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup>/3<sup>a</sup>/1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup> ref.), local de aplicação, laboratório, lote. Neste tópico devem ser colocadas vacinas recebidas no mesmo dia que a Vacinal Oral de Rotavírus Humano (VORH), exceto Vacina contra Poliomielite Oral (Sabin);
  - ✓ **Dados da unidade de saúde/sala de vacina:** estado, regional de saúde, município, unidade de saúde, n<sup>o</sup> CNES;
  - ✓ **Antecedentes:** a criança apresentava alguma das condições gastrintestinais predisponentes descritas a seguir: malformação congênita do intestino – duplicação, má rotação, gastroquise (sim/não/ignorado), cirurgia intrabdominal prévia (sim/não/ignorado), pólipos intestinal (sim/não/ignorado), divertículo de *Meckel* (sim/não/ignorado), malformação vascular (sim/não/ignorado), fibrose cística (sim/não/ignorado), doença de *Hirschsprung* (sim/não/ignorado), outro (sim/não/ignorado), invaginação prévia (sim/não) se resposta positiva descrever, alguma doença com acompanhamento médico – cardíaca, pulmonar, neurológica, reumática, alergia, outras (sim/não) e especificar a doença;
  - ✓ **Resolução (tratamento) da invaginação intestinal:** incruenta (por enema orientado por Rx/Ultrason) cirúrgica (sem ressecção/com ressecção);
  - ✓ **Informações em caso de óbito:** data, necropsia (sim/não/ignorado), resultado da necropsia (breve descrição), causa básica do óbito (breve descrição de acordo com a DO);
  - ✓ **Validação:** nome do investigador, função, telefone, assinatura.



A estrutura dos dados utilizados pelo serviço de imunização da USF do município se apresenta de forma bastante complexa e demonstram que tais dados devem ser correlacionados de forma a se construir um PEF que consiga articular de forma simples e rápida todos os dados acima mencionados. É importante lembrar que a complexidade de informações do serviço de imunização é um fator complicador para a forma atual de funcionamento das USF, o grande volume de fichas podem gerar perda de documentos, sub-notificação, preenchimento incompleto do que é solicitado, entre outros, o que acaba colaborando no incentivo a construção do PEF, uma vez que já se percebe na prática a segurança, eficiência e eficácia da TI em favor da saúde.

Através da análise dos dados se percebe que muitas das informações se forem reunidas através da proposta do PEF poderá gerar redução do quantitativo de informações que se repetem em diversos documentos, maior adesão dos profissionais a condutas de execução dos serviços de forma sistemática e correta, fluxo de informações concretas para o processo de tomada de decisão por parte dos gestores da saúde, e contribuir para o fortalecimento do modelo de vigilância em saúde, fortalecendo e fazendo valer o que estabelece o SUS.

## 5.7 PROGRAMA DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer de colo uterino é uma doença lenta, com um interregno aproximado de 10 anos, entre a lesão precursora e o câncer (RICHART e BARRON, 1969 apud BRASIL, 1999). Logo, quanto mais cedo se dá a intervenção maior à chance de sobrevida e menor o e o tempo custo do tratamento.

As USF por se inserir dentro da Política Nacional da Atenção Básica integram também o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino que se constitui numa das vertentes de atuação do Ministério da Saúde na área de atenção à Saúde da Mulher. Todavia, o reconhecimento de que, nas últimas décadas, não se observou nenhuma redução do seu índice de mortalidade, alertou para a necessidade de uma estratégia de aplicação imediata que tivesse como impacto uma redução significativa no índice de mortalidade (BRASIL, 1999).

A política de atenção a saúde da mulher no município é gerida pelo Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher – PAISM, que objetiva atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas.

Nas USF de Feira de Santana o programa de Combate ao Câncer de Colo Uterino funciona com documentos como: a **Ficha Clínica** da mulher, a **Requisição do Exame Citopatológico**, e o **Formulário Nominal de Exames Citopatológicos**.

A ficha clínica da usuária é a ficha padrão da unidade de saúde denominada de Ficha Clínica, já citada no item 5.2 Atenção ao Pré-Natal e Nascimento, onde foram inseridas sugestões. Já a Requisição do Exame Citopatológico (Anexo 21) é composta por:

- ✓ **Identificação:** UF, CNES da unidade de saúde, unidade de saúde, município, n° do prontuário;
- ✓ **Informações pessoais:** nome completo, nome da mãe, apelido da mulher, n° do RG, órgão emissor, UF, CPF, data de nascimento, idade em anos, n° cartão SUS, logradouro, n°, complemento, bairro, município, UF, CEP, telefone, ponto de referência, escolaridade (analfabeta/1° grau incompleto/2° grau completo/3° grau completo);
- ✓ **Anamnese:** fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez (sim – ano de realização do ultimo exame/não/não sabe), usa DIU (sim/não/não sabe), está grávida (sim/não/não sabe), usa pílula anticoncepcional (sim/não/não sabe), usa hormônio/remédio para tratar a menopausa (sim/não/não sabe), já fez tratamento por radioterapia (sim/não/não sabe), data da última menstruação/regra (dia, mês e ano/não sabe ou não lembra), tem ou teve algum sangramento após relações sexuais (sim/não, não sabe, não se lembra), tem ou teve algum sangramento após a menopausa – não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal (sim/não, não sabe, não está na menopausa);
- ✓ **Exame Clínico:** inspeção do colo (normal/ausente – anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente/alterado/colo não visualizado), sinais sugestivos de IST (sim/não);
- ✓ **Validação:** data da coleta, nome do profissional.

As requisições do exame citopatológico nas USF são encaminhadas a SMS municipal, junto com o material que foi coletado junto com a Relação Nominal de Exames Citopatológicos (Anexo 22) coletados, está relação constam:

- ✓ **Identificação:** nome da unidade, responsável;
- ✓ **Amostras coletadas:** n° da lâmina, nome do paciente, idade e data da coleta.

A relação nominal acima poderá ser facilmente incrementada com informações como n° do cartão SUS, e numeração gerada de forma automática pelo sistema para colocação na lâmina de coleta de material.

É válido ressaltar que o preenchimento errado de tais fichas pode implicar na não realização dos exames devido a não identificação da mulher, logo todas as informações mencionadas devem ter seu preenchimento com caráter obrigatório dentro do sistema, garantindo a realização dos exames.

## 5.8 PROGRAMA DE ATENÇÃO À HIPERTENSÃO/DIABETES MELLITUS

Segundo o MS (2002d), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional (BRASIL, 2002d).

Dentro deste contexto, as USF se inserem na rede de promoção, prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, através do Plano de Reorganização da Atenção a estes agravos. A sua articulação dentro da rede objetiva vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de promoção, proteção, capacitação profissional e reorganização dos serviços. Nesta lógica o programa de HIPERDIA tem em sua estrutura a **Ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético**, a **Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético**, a **Ficha Clínica**, e a **Ficha de Rastreamento de Pé Diabético**.

Para que o usuário seja inserido dentro do programa de HIPERDIA é necessário o seu cadastro através da ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético (Anexo 23) composta por:

- ✓ **Identificação da Unidade:** nome da unidade de saúde, código no SAI/SUS e número do prontuário;
- ✓ **Identificação do usuário:** nome, data de nascimento, sexo (masculino/feminino), nome da mãe, nome do pai, raça/cor (utilizar os códigos): 01-branca/02-preta/03-amarela/04-parda/05-indígena), escolaridade (utilizar os códigos: 01-não sabe ler ou escrever/02-alfabetizado/03-fundamental incompleto (1° grau incompleto)/04-

- fundamental completo (1º grau completo)/05-médio incompleto (2º grau incompleto)/06-médio completo (2º grau completo)/07-superior incompleto/08-superior completo/09-especialização ou residência/10-mestrado/11-doutorado, nacionalidade (brasileira/estrangeira), país de origem, data da naturalização, nº portaria, UF município de nascimento/nome do município de nascimento/ situação familiar/conjugal (utilizar os códigos): 01-convive c/ companheira(o) e filho(s)/02-convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filhos/03-convive com companheira(o), filhos e/ou outros familiares/04-convive com familiares, sem companheira(o)/05-convive com outras(s) pessoa(s), sem laços consaguíneos e/ou conjugais/06-vive só, nº cartão SUS;
- ✓ **Documentos gerais:** nº título de eleitos zona e série, nº carteira de trabalho série UF e data de emissão, nº CPF, nº PIS/PASEP e data de emissão;
  - ✓ **Documentos obrigatórios:** nº identidade complemento órgão emissor (utilizar os códigos): 10SSP/41-Ministério da Aeronáutica/42-Ministério do Exército/43-Ministério da Marinha/44-Polícia Federal/60-Carteira de Identidade Clássica/61-Conselho Regional de Administração/62-Conselho Regional de Assistente Social/63-Conselho Reg. De Biblioteconomia/64-Cons. Reg. De Contabilidade/65-Cons. Reg. De Corretores de Imóveis/66-Cons. Reg. De Enfermagem/67-Cons. Reg. De Engenharia, Arquitetura e Agronomia/68-Cons. Reg. De Estatística/69-Cons. Reg. de Farmácia/70-Cons. Reg. De Fisioterapia e Terapia Ocupacional/71-Cons. Reg. de Med. Veterinária/73-Cons. Reg. de Músicos do Brasil/74—Cons. Reg. De Nutrição/75-Cons. Reg. de Odontologia/76-Cons. Reg. de Profissionais de Relações Públicas/78-Cons. Reg. De Representantes Comerciais/80-Cons. Reg. De Advogados do Brasil/81-Outros Emissores/82-Documento Estrangeiro, UF e data de emissão do documento, certidão (utilizar os códigos): 01-nascimento/02-casamento/03-separação/divórcio, tipo de acordo com o código, nome do cartório, livro, folha, termo e data de emissão;
  - ✓ **Endereço:** tipo de logradouro, nome, nº, complemento, bairro, CEP, telefone;

- ✓ **Dados clínicos do paciente:** valor da pressão arterial sistólica (mmHg), valor da pressão diastólica em (mmHg), cintura (cm), peso (kg), altura (cm), valor da glicemia capilar (mg/dl) realizada jejum/pós prandial, fatores de risco e doenças concomitantes (sim/não): antecedentes familiares cardiovasculares/diabetes tipo 1/diabetes tipo 2/tabagismo/sedentarismo/sobrepeso ou obesidade/hipertensão arterial, presença de complicações (sim/não): infarto agudo miocárdio/outras coronariopatias/acidente vascular cerebral (AVC)/pé diabético/amputação por diabetes/doença renal.

Os dados de pressão arterial, peso e altura são de preenchimento obrigatório.

- ✓ **Tratamento:** não medicamentoso/medicamentoso – medicamento e quantidade de comprimidos/dia: hidroclortiazida 25mg (1/2, 1), propranolol 40mg (1/2, 1, 2, 3, 4, 5, 6), captopril 25mg (1/2, 1, 2, 3, 4, 5, 6), glibenclamida 5mg (1/2, 1, 2, 3, 4), metformina 850mg (1/2, 1, 2, 3, 4, 5), insulina: unidade/dia (valor), outros (sim/não) citar;
- ✓ **Validação:** data da consulta e assinatura do responsável pelo atendimento.

Dentro desta ficha de cadastro pede-se incluir um banco de dados das medicações para pacientes portadores de hipertensão e diabetes de acordo com o dicionário de especialidades farmacêuticas validado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia/Hipertensão e de Endocrinologia/Diabetes.

Após a realização do cadastro o portador de diabetes e/ou hipertensão arterial é acompanhado no programa e suas informações são alimentadas dentro do prontuário, denominado nas USF do município de Ficha Clínica, conforme mencionada no item 5.2 Atenção ao Pré-Natal e Nascimento. Também o acompanhamento do HIPEDIA é feito através da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou diabético (Anexo 24), que contem as seguintes informações:

- ✓ **Identificação geral:** nome do estabelecimento assistencial de saúde, código SAI/SUS ou CNES;
- ✓ **Identificação do paciente:** n° do cartão SUS, em caso de não possuir colocar o nome completo do usuário, data de nascimento (DD/MM/AAAA);  
Campos de Preenchimento obrigatório
- ✓ **Patologia:** diabetes/hipertensão

- ✓ **Exames por consulta:** valor: peso (kg)/altura (cm)/cintura (cm)/pressão arterial sistólica e diastólica (mmHg)/glicemia capilar ou plasmática, pós prandial ou jejum (marcar P – pós prandial e J – jejum);
- ✓ **Intercorrências desde a última consulta referida pelo paciente (marcar “X”):** não existe complicações relatadas/angina/infarto agudo do miocárdio (IAM)/AVC/pé diabético/amputação/doença renal/retinopatia (fundo de olho alterado e/ou cegueira);  
Campos de Preenchimento obrigatório
- ✓ **Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes:** não medicamentoso (marcar “X”), n° de comprimidos/dia (1/2,1,2,3,4,5 ou 6): hidroclorotiazida 25mg/propranolol 40mg/captopril 25mg/glibenclamida 5mg/metformina 850mg, insulina NPH (unidade/dia), outros medicamentos (marcar “X”);
- ✓ **Resultado de exames:** marcar “X” – Hb glicosada/creatinina sérica/colesterol total/eletrocardiograma (ECG)/triglicérides/urina tipo 1/microalbuminemia.

Existe também um formulário que visa rastrear precocemente um dos grandes problemas que pode ser ocasionado pelo diabetes mellitus que é conhecido como pé diabético. A alteração tecidual provocada pelo diabetes leva a alterações graves nas veias, artérias, tecidos linfáticos, ossos, articulações, pele, etc. Este comprometimento tecidual acaba se intensificando pelos frequentes traumas e vulnerabilidade a infecções em decorrência da diabetes, o que por sua vez provoca o problema do pé diabético. Logo, o formulário para Rastreamento do Pé Diabético (Anexo 25) visa combater tal problema. Nele constam informações como:

- ✓ **Identificação:** nome, n° de registro, data de atendimento;
- ✓ **Fatores de risco:** unhas encravadas/fissuras/rachaduras/bolhas /micoses/calos/deformidades/amputação não traumática/amputação traumática/machucados/insensibilidade dos pés/edema/plexos varicosos/coloração hiperpigmentado/hematoma/lesões cutâneas/ machucados;
- ✓ **Pé neuropático:** hipertrofia dos pequenos músculos dorsais/pele seca, rachaduras/pé “quente”/calos/distensão venosa em martelo/proeminência dos metatarsos/acentuação do arco/alterações articulares (charcot)/necrobiose;

- ✓ **Pé isquêmico:** pele fina, brilhante/palidez a elevação/pé “frio”/ausência de pulsos (tíbias posteriores, pediosos)/ausência de pêlos/clauidicação intermitente/cianose nos artelhos/unhas atrofiadas;
- ✓ **Feridas:** lesão em (data)/necrose em (data)/granulação/crosta/cicatrização/desbridamento cirúrgico/desbridamento mecânico/queimadura/ cianose;
- ✓ **Sensibilidade:** normal/diminuída/aumentada/pontos pressão/abrasão;
- ✓ **Encaminhamentos:** neurologista/angiologista.

O ficha de rastreamento do pé diabético pode ser implementada com um cadastro de todas as especialidades médicas, no item Feridas pode-se incluir dados como: tamanho da lesão, uso de medicamentos ou não, localização, causas (breve descrição), além de se incluir um mapa do da região do pé discriminando os locais para a realização do teste de sensibilidade conforme sugerido no próprio formulário.

Além disto, o sistema poderá ganhar proporções relevantes na prevenção de tal agravo, onde poderá existir uma análise dos dados a partir dos dados preenchidos quanto o grau de risco de o usuário vir a desenvolver a patologia, está análise poderá ser expressa através da soma de informações do formulário gerando, por exemplo, um gráfico de classificação de risco.

## 5.9 PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Segundo dados do MS (2002e) o Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Estima-se uma prevalência de 50 milhões de infectados com cerca de 111.000 casos novos e 6.000 óbitos, ocorrendo anualmente. Nesta perspectiva, tem-se implantado nas USF do município o Programa de Controle da Tuberculose visando diminuir a incidência e prevalência deste agravo a saúde. As USF dão suporte ao Centro de Referência Municipal do Município, este fornece toda a logística no tratamento das pessoas portadoras de tuberculose (BRASIL, 2002e).

Já as USF acabam exercendo a função de detecção, apoio aos pacientes no fornecimento de medicações, monitoramento dos pacientes e/ou família em tratamento através do tratamento supervisionado, e atividades de prevenção. Através disto é dever das USF do município, conforme percebido a notificação, acompanhamento, e resolução dos casos de tuberculose.

Além da **Ficha Clínica** (Anexo 03) do usuário, dentro do programa de tuberculose existe a ficha de notificação do agravo, de caráter obrigatório (será trabalhada no item Fichas de Notificação), e a **Ficha B de Tuberculose** (Anexo 26). Nela, a unidade tem o acompanhamento mensal do paciente cadastrado no programa. Através desta ficha, a USF deve manter mensalmente atualizadas informações que serão preciosas para um bom prognóstico do tratamento.

A Ficha B-Tuberculose tem como dados:

- ✓ **Identificação geral:** ano, município, segmento, unidade, área, microárea, nome do ACS;
- ✓ **Identificação do paciente:** nome, endereço, sexo, idade;
- ✓ **Acompanhamento de Tuberculose:** mês de referência (Janeiro a Dezembro) e ação desenvolvida (data da visita do ACS/toma medicação diária/reações indesejáveis/data da última consulta/exame de escarro/comunicantes examinados/menos de 5 anos com BCG);
- ✓ **Outras informações:** nº de comunicantes, nº de comunicantes menores de 5 anos.

Pode-se lançar mão do cruzamento de informações no módulo do Programa do Controle de Tuberculose dentro do PEF que possibilite gerar informações sobre a taxa de incidência, taxa de incidência de bacilíferos, taxa de mortalidade por tuberculose, taxa de resistência adquirida e multirresistência por bairro, área e microárea, a partir do cruzamento de dados da ficha A, por exemplo, onde traçar um perfil social, econômico e até epidemiológico da população no que tange as questões deste agravo à saúde. Fornecendo assim instrumentos que norteiam o processo decisório para as USF quanto às estratégias a serem traçadas no aprimoramento dos programas fornecidos a comunidade.

## 5.10 PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório. Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos devido a sua alta infectividade, no entanto poucos adoecem, pois possui uma baixa patogenicidade.



As USF têm grande responsabilidade no monitoramento e controle desta doença, principalmente por ser o setor da saúde mais próximo da população. Estudos demonstram que o domicílio é tido como importante espaço de transmissão da doença, o que leva a perceber quanto às unidades de saúde devem estar cada vez mais próximos da comunidade, no seu papel de antever o problema e trazer soluções. Através da parceria ACS e a USF a detecção precoce de ambientes de risco faz com que uma patologia tão discriminante como é a hanseníase seja evitada.

Assim como o Programa de Controle da Tuberculose, o Programa de Controle da Hanseníase no município de Feira de Santana trabalha com a parceria entre o Centro Municipal de Referência para Hanseníase e as USF, ambos devem se complementar de forma a fornecer um atendimento integral ao usuário do serviço. Nesta lógica as unidades de saúde municipal usam como fichas de acompanhamento do paciente: a **Ficha Clínica** (Anexo 03) do usuário, a Ficha de Notificação Compulsória (será trabalhada no item Fichas de Notificação) – de caráter obrigatório, e a **Ficha B – Hanseníase** (Anexo 27) para o acompanhamento das pessoas com Hanseníase.

A Ficha B – Hanseníase fornece informações sobre a pessoa cadastrada na USF que está sendo acompanhada pela unidade e pelo centro de referência simultaneamente. Nela os seguintes dados são requeridos:

- ✓ **Identificação geral:** ano, município, segmento, unidade, área, microárea, nome do ACS;
- ✓ **Identificação do paciente:** nome, endereço, sexo, idade;
- ✓ **Acompanhamento de Tuberculose:** mês de referência (Janeiro a Dezembro) e ação desenvolvida (data da visita do ACS/toma medicação diária/data da última dose supervisionada/faz auto-cuidados/data da última consulta/comunicantes que receberam BCG);
- ✓ **Outras informações:** n° de comunicantes.

Outras informações relevantes e que podem ser somadas aos dados da Ficha-B de Hanseníase são as informações dos outros membros da família, vizinhos, microárea e a área onde estão inseridos estes pacientes, uma vez que o monitoramento dos contatos, principalmente, intradomiciliares destes pacientes. O monitoramento sistemático e contínuo é uma excelente arma de combate e detecção precoce da doença tendo em vista que o período médio de incubação da doença é de 5 anos. Através do PEF pode existir um monitoramento efetivo dos contatos do paciente por um longo período de forma muito simples, utilizando os dados destes pacientes buscando informações que remetam a detecção precoce da doença,

dados estes que podem ser agrupados em relatórios de acompanhamento de comunicantes de pacientes de hanseníase.

É importante lembrar o quanto a Hanseníase é estigmatizada, o que faz com que muitas vezes o paciente não procure o serviço de saúde com medo de sofrer preconceito, logo, atividades de rastreamento, educação em saúde e conhecimento da comunidade atendida na unidade é extremamente necessária no enfrentamento não só desta doença, como de inúmeras outras.

A comunicação entre os dados da família, da área e microárea que o paciente está inserido, das condições sócio-econômicas, do grau de escolaridade são informações que poderão se somar junto ao que se pretende construir com o PEF na busca de encontrar soluções condizentes com a realidade da pessoa/família/comunidade atendida, quebrando a lógica da criação de estratégias que em alguns momentos são distorcidas da realidade percebida na comunidade.

O que se pretende é trazer estes dados já existentes para um sistema informatizado, baseado na tecnologia da informação para a saúde, onde se obtenha em tempo real a verdadeira dimensão do atendimento dos programas em cada USF do município, favorecendo principalmente a comunidade, na tentativa de se dissipar a lógica ainda existente do modelo biomédico voltado para a saúde-doença.

## 5.11 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Os agravos inusitados à saúde como óbitos de origem desconhecida, doenças de caráter epidemiológico, doenças e agravos de notificação compulsória devem ser notificados ao Serviço de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e outras autoridades competentes. É preciso que os profissionais de saúde enxerguem a importância da notificação em vista adotar medidas de intervenção pertinentes.

Nas USF de Feira de Santana todos os profissionais são orientados a realizar a notificação compulsória, baseado no que consta a **Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória**.

A Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (Anexo 29) consta de:

- ✓ Carbúnculo ou Antraz;

- ✓ Cólera;
- ✓ Coqueluche;
- ✓ Dengue;
- ✓ Difteria;
- ✓ Doença de *Creutzfeldt – Jacob*;
- ✓ Doenças de Chagas (casos agudos);
- ✓ Doença Meningocócica e outras Meningites;
- ✓ Esquistossomose (em área não endêmica);
- ✓ Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- ✓ Febre Amarela;
- ✓ Febre do Nilo Ocidental;
- ✓ Febre Maculosa;
- ✓ Febre Tifóide;
- ✓ Hanseníase;
- ✓ Hantavirose;
- ✓ Hepatites Virais;
- ✓ Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
- ✓ Influenza humana por novo subtipo (pandêmico);
- ✓ Leishmaniose Tegumentar Americana;
- ✓ Leishmaniose Visceral;
- ✓ Leptospirose;
- ✓ Malária;
- ✓ Meningite por *Haemophilus influenzae*;
- ✓ Peste;
- ✓ Poliomielite;
- ✓ Paralisia Flácida Aguda;
- ✓ Raiva Humana;
- ✓ Rubéola;
- ✓ Síndrome da Rubéola Congênita;
- ✓ Sarampo;
- ✓ Sífilis Congênita;
- ✓ Sífilis em gestante;
- ✓ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS;

- ✓ Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda;
- ✓ Síndrome Respiratória Aguda Grave;
- ✓ Tétano;
- ✓ Tularemia;
- ✓ Tuberculose;
- ✓ Varíola;

#### Doenças e Agravos de notificação imediata

##### I. Caso suspeito ou confirmado de:

- ✓ Botulismo;
- ✓ Carbúnculo ou Antraz;
- ✓ Cólera;
- ✓ Febre Amarela;
- ✓ Febre do Nilo Ocidental;
- ✓ Hantavirose;
- ✓ Influenza humana por novo subtipo (pandêmico);
- ✓ Peste;
- ✓ Poliomielite;
- ✓ Raiva Humana;
- ✓ Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior;
- ✓ Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda;
- ✓ Síndrome Respiratória Aguda Grave;
- ✓ Varíola;
- ✓ Tularemia;

##### II. Caso confirmado de:

- ✓ Tétano Neonatal;

##### III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

- ✓ Agravos inusitados;
- ✓ Difteria;
- ✓ Doença de Chagas Aguda;
- ✓ Doença Meningocócica;
- ✓ Influenza Humana;

IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:

- ✓ Epizootias em primatas não humanos;
- ✓ Outras epizootias de importância epidemiológica;

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

- ✓ Botulismo;
- ✓ Carbúnculo ou Antraz;
- ✓ Cólera;
- ✓ Febre Amarela;
- ✓ Febre do Nilo Ocidental;
- ✓ Hantavirose;
- ✓ Influenza humana por novo subtipo (pandêmico);
- ✓ Peste;
- ✓ Poliomielite;
- ✓ Raiva Humana;
- ✓ Sarampo;
- ✓ Síndrome Respiratória Aguda Grave;
- ✓ Varíola;
- ✓ Tularemia;

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- ✓ Agravos inusitados;
- ✓ Doença de Chagas Aguda;
- ✓ Difteria;
- ✓ Doença Meningocócica;
- ✓ Influenza Humana.

Pode-se incluir também de forma recente a *Influenza A - H1N1*, que desde o ano de 2009, vem preocupando as autoridades sanitárias de todo o mundo, considerada no final do ano de 2009 como uma pandemia.

Estabelecida a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, nas USF do município o profissional de saúde seja ele, enfermeiro, médico, odontólogo ou técnico de enfermagem inicia o processo de notificação ou investigação através da Ficha de Notificação Compulsória que pode variar no seu escopo de acordo com o agravo, situação ou

doença a ser notificada e/ou investigada. A **Ficha de Notificação** (Anexo 28), estabelecida pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e utilizada pelas unidades de saúde municipal tem em seu escopo básico os seguintes dados:

- ✓ **Dados gerais:** n° da notificação, 1-tipo de notificação (negativa/individual/surto), 2- data da notificação, 3-município da notificação e código IBGE, 4-nome da unidade de saúde e código;
- ✓ **Notificação individual:** 5-agravo/doença e código CID-10, 6-data dos primeiros sintomas, 7-nome do paciente, 8-data de nascimento, 9-ou idade em (01-hora/02-dia/03-mês/04-ano), 10-sexo, 11-raça/cor(01-branca/02-preta/03-amarela/04-parda/05-indígena/09-ignorado), 12-escolaridade (0-analfabeto/01-1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental/02-4ª série completa do ensino fundamental/03-5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental /04-ensino fundamental completo/05-ensino médio incompleto/06-ensino médio completo/07-educação superior incompleta/08- educação superior completa/09-ignorado/10-não se aplica, 13-n° do cartão, 14-nome da mãe;
- ✓ **Notificação de surto:** 15-agravo ou doença e código CID-10, 16-data dos primeiros sintomas dos primeiros casos suspeitos, 17-n° de casos suspeitos, 18-local inicial da ocorrência do surto (01-casos restritos a uma mesma família/02-casos restritos a uma escola ou creche/03-casos restritos a um hospital/04-casos restritos a outra instituição (alojamento, asilo, trabalho)/05-casos dispersos no bairro/06-casos dispersos pelo município/07-casos dispersos em mais de um município/08-outros;
- ✓ **Dados de residência:** 19-logradouro (rua, avenida...) e código, 20-número, 21-complemento (aptº., casa), 22-ponto de referência, 23-UF, 24-município de residência e código (IBGE), 25-bairro, 26-CEP, 27-telefone, 28-zona (01-urbana/02-rural/03-urbana e rural/09-ignorado), 29-país (se residente fora do Brasil) e código;
- ✓ **Investigador:** 83-município ou unidade de saúde, 84-código da unidade de saúde, 85-nome, 86-função, 87-assinatura.

Para as notificações específicas de acordo com o agravo ou doença são utilizados nas USF do município de Feira de Santana os mesmos impressos disponibilizados pelo MS através do SINAN disponíveis através do SINAN NET / SINAN on line.

Durante a coleta de dados, foi percebido através do diálogo com os profissionais e a análise de documentos o quanto é necessário que se crie através do PEF a obrigatoriedade na execução e preenchimento das Fichas de Notificação Compulsória. Esta obrigatoriedade pode ser facilmente resolvida através da construção de todos os campos de preenchimento obrigatório, quando necessário, bem como a realização obrigatória da notificação, quando algum agravo ou doença listado acima seja detectado pelo sistema nas fichas dos pacientes.

## 5.12 DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Na rotina das USF do município além de todas as fichas e documentos mencionados anteriormente, também são necessários para o desenvolvimento das atividades diárias documentos e informações que contêm informações como: Guia de solicitação de exames e procedimentos, Receituário, Ficha de referência e contra-referência, formulário de requisição de material, formulário de requisição de medicamentos, ofício e agenda de atendimento médico e de enfermagem.

A **Guia de solicitação de exames e procedimentos** (Anexo 30) é utilizada pelos serviços médico, enfermagem e odontologia das USF para a solicitação de exames e procedimentos na rede de saúde do SUS. Nesta guia constam:

- ✓ **Dados de identificação:** nome do paciente, data de nascimento, nº documento de identidade, nº do registro de nascimento, nome da mãe, endereço do paciente, CPF, motivo da solicitação;
- ✓ **Exames:** nome do exame e código (preenchimento não obrigatório, sendo que a rede de serviços ainda não possui uma padronização quanto aos códigos);
- ✓ **Dados complementares:** nome do profissional solicitante e data, data da autorização para realização do exame ou procedimento, senha da central de marcação de consultas (fornecido pela Central Municipal de Regulação -CMR), nome da unidade solicitante e código, unidade prestadora e código, data e horário da realização do(s) exame(s), assinatura e carimbo do prestador, assinatura do usuário ou responsável ou marca da digital do polegar direito.

Através da construção do PEF, a guia de solicitação de exames pode servir de suporte na resolução de uma grande deficiência do serviço das USF, que de acordo com o percebido nas práticas vivenciadas, são as marcações de exames. Através do PEF os exames poderão ser solicitados e marcados em tempo real de acordo com as vagas disponíveis junto a CMR, evitando o grande desgaste que ocorre diariamente nas USF quando se necessita de tal serviço.

O **Receituário** também é utilizado pelos serviços médico, enfermagem e odontologia das USF, podendo ser o receituário bloco azul e o branco. O receituário branco é simples, contém espaço para a prescrição de medicamentos e/ou condutas, além do nome do profissional, código junto ao conselho de classe e nº de controle do receituário. No receituário bloco azul (Anexo 31) é utilizado na prescrição de medicamentos/substância de uso controlado e supervisionado, e nele constam informações com:

- ✓ **Dados gerais:** UF, nº de controle do impresso, identificação do emitente, data, nome do paciente, endereço;
- ✓ **Prescrição:** nome do medicamento ou substância, quantidade e forma farmacêutica, dose por unidade posológica, posologia, assinatura do emitente;
- ✓ **Identificação do comprador:** nome, endereço, telefone, nº do RG e órgão emissor;
- ✓ **Fornecedor:** carimbo, nome do vendedor e data.

Estas informações oriundas da prescrição através da guia azul poderão ser muito bem controladas através do PEF por intermédio do cadastro de todas as guias emitidas, as quais ficaram armazenadas num banco de dados do SIS da rede das USF. Banco de dados este, que poderá ser acessadas por quem dele necessitar das informações aumentando o rigor e controle de todos os medicamentos e substâncias prescritas nas USF.

Outra ficha bastante utilizada nas USF do município são as **Fichas de Referência e Contra-Referência**, nelas os usuários que necessitam de serviços que não possuem nas USF, não tem no período ou são realizados por outro nível de complexidade são encaminhados de forma organizada através das referências e contra-referências.

Nestas fichas devem constar as seguintes informações:

- ✓ **Referência:** nº do prontuário do referenciado, USF de origem, Unidade ou Serviço Referenciado, nome do usuário, idade, sexo, história clínica, história diagnóstica, data, nome, assinatura e carimbo do médico;



- ✓ **Contra-Referência:** nome do usuário, unidade ou serviço referenciado, unidade contra-referenciada, nome da clínica especializada, diagnóstico, conduta terapêutica, sugestões, data de retorno do paciente a clínica especializada (dia/mês/ano) a clínica especializada, data, nome, assinatura e carimbo do médico.

Através da integração do PEF com outros serviços e níveis de atenção à saúde um dos maiores problemas enfrentados atualmente pelas USF e frequentemente relatado pelos profissionais de saúde que dela faz parte poderá ser resolvido que é a falta da contra-referência. O que tem se percebido é que quase nunca os usuários não retornam contra-referenciados, deixando a USF sem informações. Com a integração das informações através do PEF as informações tanto da unidade que referenciou quanto da contra-referência poderão ser acessadas por ambas sem prejuízo de informações dentro do PEP que se apresentará de forma única para todos os setores. Mantendo o prontuário do paciente atualizado e completo, independentemente do local onde ele foi atendido.

Complementarmente aos documentos utilizados nas USF estão alguns que são de caráter operacional, entre eles está o **Formulário de Requisição de Material** (Anexo 32), nele as unidades solicitam matérias para o Almoxarifado Central das Unidades Básicas de Saúde. No formulário deverá conter as informações como:

- ✓ **Identificação:** almoxarifado, data, unidade requisitante, tipo de material (consumo);
- ✓ **Descrição:** nome do material para uso geral e de escritório, código, quantidade solicitada e quantidade atendida.

O uso deste formulário poderá ser feito com a integração do estoque de materiais de uso geral e de escritório com o Almoxarifado Central da SMS através do PEF, sendo um processo simplificado, ágil e de fácil controle.

No dia-a-dia das USF do município, também é necessário o uso do **Formulário de Requisição de Medicamentos**, este que é de fundamental importância nas USF, sendo utilizados para pedido de medicamentos para os usuários da unidade e geralmente são solicitados quinzenalmente junto a Farmácia Central do Município.

Neste formulário são necessários informações como:

- ✓ **Identificação:** nome da unidade, código CNES, data da solicitação;
- ✓ **Descrição:** nome dos medicamentos disponíveis na rede básica, código, quantidade solicitada, quantidade atendida.

Pode-se ainda incluir neste formulário o nome de todos os medicamentos de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), além de se estabelecer uma relação entre o estoque da farmácia das USF e a Farmácia Central, facilitando assim a reposição, controle e disponibilidade dos medicamentos em todas as unidades. O que por sua vez acarretará na melhor distribuição dos medicamentos na rede, controle de validade e distribuição de acordo com o consumo através de informações reais em tempo real, além do controle na circulação destes medicamentos.

As informações enviadas para os mais diversos setores da SMS, e outros órgãos se dão por meio de **Ofícios**. Nas USF municipal não existe uma padronização destes ofícios, todavia as informações que constam são: nome da USF, data, n° do ofício, setor/órgão/nome de destino, assunto, breve descrição do que trata o documento, nome assinatura e carimbo do profissional. Os ofícios são instrumentos de comunicação entre a USF e outros setores, além de se constituírem como prova de gestão, gerência, assistência, entre outros.

Além destes documentos, existe também a **Agenda de Atendimentos dos Serviços Médico e de Enfermagem da Unidade**. Nesta agenda constam dos seguintes dados:

- ✓ Serviço atendido: Planejamento Familiar/Acompanhamento, Crescimento e Desenvolvimento da Criança/ Adolescente/ Pré-Natal/ Ginecologia/ HIPERDIA/ Tuberculose/ Hanseníase;
- ✓ Data da consulta;
- ✓ Nome do usuário, n° da família;
- ✓ Profissional executante

Todos os documentos acima citados têm como objetivo organizar o funcionamento das unidades. O que se percebeu através da coleta de dados é que, com a implantação do PEF todas estas informações poderão ser facilmente obtidas através de módulos integrados não só dentro das USF, mas o que pode ser muito importante: a integração com a rede de saúde como um todo, facilitando não só a qualidade dos serviços prestados pelo SUS, mas ajudando o dia-a-dia dos profissionais de saúde que executam tais serviços.

### 5.13 RELATÓRIOS PARA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS USF

Todos os serviços prestados pelas USF do município são repassados para o MS por intermédio das coordenações Municipal e Estadual da Atenção Básica. Estas informações são

geradas através dos relatórios obtidos nas unidades. Dentre os relatórios obtidos na coleta de dados temos: **Ficha D – Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações; A2 – Consolidado Anual das Famílias Cadastradas por Área; A3 – Consolidado Anual das Famílias Cadastradas por Segmento Territorial; SSA2 – Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe; PMA2 – Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação.**

Na Ficha D – Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações (Anexo 33), são requeridos as seguintes informações:

- ✓ **Identificação:** ano, município, segmento, unidade, área, microárea, código do profissional, mês;
- ✓ **Consulta Médica:** n° de consultas por dia de acordo com o n° de residentes no município (menor que 1/1-4/5-9/10-14/15-19/20-39/40-49/50-59/60 e mais) e total geral por n° de residentes e por n° de dias;
- ✓ **Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro:** n° de consultas por dia de acordo com o n° de (puericultura/pré-natal/prevenção do câncer cérvico-uterino/IST/AIDS/Diabetes/Hipertensão Arterial/Hanseníase/Tuberculose);
- ✓ **Solicitação Médica de Exames Complementares:** n° de consultas por dia de acordo com (patologia clínica/radiodiagnóstico/citopatológico cérvico-vaginal/ultrassonografia obstétrica/outros);
- ✓ **Encaminhamentos:** n° de encaminhamentos por dia de acordo com (atendimento especializado/internação hospitalar/urgência e/ou emergência);
- ✓ **Internação Domiciliar:** n° de consultas por dia;
- ✓ **Procedimentos:** n° de procedimentos por dia de acordo com (atendimento específico para AT/visita de inspeção sanitária/atendimento individual por profissional de nível superior/curativos/inalações/injeções/retiradas de pontos/terapia da reidratação oral/sutura/atendimento grupo – educação em saúde/procedimentos coletivos I (PC I)/reuniões/visitas domiciliar);
- ✓ **Notificações:** ACS - n° de notificações por dia de acordo com (menor de 2 anos que tiveram diarreia/menor de 2 anos que tiveram diarreia e usaram terapia de reidratação oral/menor de 2 anos que tiveram infecção respiratória aguda; Medico - n° de notificações por dia de acordo com (pneumonia em menor de 5 anos/valvulopatias reumáticas em pessoas de 5

a 14 anos/acidente vascular cerebral/infarto agudo do miocárdio/ doença hipertensiva específica da gravidez (forma grave); Enfermeiro – doença hemolítica perinatal/fratura de colo de fêmur em maior de 50 anos/meningite tuberculosa em menor de 5 anos/hanseníase com incapacidade II e III/citologia Oncótica NIC III (carcinoma *in situ*);

- ✓ **Hospitalizações:** data, nome, endereço, sexo, idade, causa e nome do hospital;
- ✓ **Óbitos:** data, nome, endereço, sexo, idade, causa.

A Ficha D acima, é um instrumento que fornece dados referentes a produção dos serviços oferecidos na unidade, além de propiciar ferramentas para a gestão do serviço, fornecendo dados acerca dos serviços mais solicitados, atividades pouco realizadas. Pode se obter também uma boa comunicação com relação aos indicadores de saúde da população, relatando a eficácia e eficiência dos atendimentos prestados pelas unidades.

Através dos **Relatórios A2** (Anexo 34) e **A3** (Anexo 35) da para se obter informações no que diz respeito a que são as famílias cadastradas na unidade de acordo com a área, segmento territorial, situação da moradia, faixa etária, e as demais informações já apresentadas na Ficha A – Cadastro da Família. Logo, o que de melhor o PEF poderá oferecer com relação a tais relatórios é a rapidez e segurança dos dados obtidos para tais relatórios, o que hoje demanda muito tempo da equipe na consolidação dos dados. A simples junção destas informações através da busca no banco de dados do sistema poderá fazer com que o tempo despendido na confecção destes dados seja utilizado na implementação e/ou implantação de novas ações.

O **SSA2 – Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe** (Anexo 36) traz a junção de dados interessantes e relevantes na análise da situação de saúde de acordo com os grupos de crianças, gestantes, adultos, além de dados sobre hospitalizações e óbitos.

A estrutura do SSA2 se apresenta da seguinte forma:

- ✓ **Identificação:** mês, ano, nome do município, código (IBGE), segmento, unidade, área;
- ✓ **Grupos:** N° de Crianças – sua relação entre microárea e: *nascidos vivos no mês*: RN pesados ao nascer, RN pesados ao nascer e com peso menor que 2500g; *de 0 a 3 meses e 29 dias*: aleitamento exclusivo, aleitamento misto; *de 0 a 11 meses e 29 dias*: com as vacinas em dia, pesadas, desnutridas; *de 12 a 23 meses e 29 dias*: com as vacinas em dia, pesadas, desnutridas;

*menores de 2 anos:* que tiveram diarreia, que tiveram diarreia e usaram TRO, que tiveram infecção respiratória aguda. N° de Gestantes – sua relação entre microárea e: cadastradas, acompanhadas, com vacina em dia, fez consulta de pré-natal no mês, com pré-natal iniciado no 1° Trimestre, menor de 20 anos cadastradas. N° de Diabéticos/Hipertensos/Pessoas com Tuberculose/Pessoas com Hanseníase - sua relação entre microárea e cadastrados e acompanhados;

- ✓ **Hospitalizações:** n° de (menores de 5 anos por pneumonia, menores de 5 anos por desidratação, por abuso de álcool, por complicações do Diabetes, por outras causas, internações em hospital psiquiátrico) e microárea;
- ✓ **Óbitos:** n° de (*menores de 28 dias por/ De 28 dias a 11 meses e 29 dias / Menores de 1 ano* – diarreia, infecção respiratória aguda, outras causas e microárea. N° de *mulheres de 10 a 49 anos* – de 10 a 14 anos/de 15 a 49 anos e microárea. Outros óbitos e totais por microárea. N° de adolescentes (10-19 anos) por violência;
- ✓ **Total de famílias cadastradas:** por microárea;
- ✓ **Total de visitas domiciliares:** por ACS.

Os dados apresentados não só neste relatório, como também nos demais são interessantes e fazem observações importantes, contudo, com o advento da utilização dos SIS o PEF poderá fornecer um quantitativo de dados superior ao existente, não restringindo, portanto a análise dos dados através destes relatórios.

Formando este complexo de formulários que consolidam as informações nas USF, está também o **PMA2 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação** (Anexo 37). Nele conta os dados extraídos da Ficha D dados como:

- ✓ **Identificação:** mês, ano, nome do município, código (IBGE), segmento, unidade, área;
- ✓ **Atividades/Produção:** médico, enfermeiro, ACS, solicitações, encaminhamentos, procedimentos realizados;
- ✓ **Marcadores;**
- ✓ **Visitas domiciliares:** médico, enfermeiro, outros profissionais de nível superior, profissionais de nível médio e ACS.

Este relatório produz informações a respeito das atividades executadas no mês por cada membro da equipe. As informações contidas nele geram folhas de produtividade de cada funcionário, pagamento e/ou suspensão de valores de acordo com atividades exercidas, entre

outros. Pouco funciona como instrumento de avaliação de desempenho, cotidianamente é utilizado como instrumento de fiscalização e punição.

Por fim, os dados coletados se apresentam distribuídos de forma a alimentar e nortear a construção do PEF para o município de Feira de Santana-BA. As informações acima descritas foram modificadas de acordo com a necessidade do município em estudo, o que nada interferiu na sua análise, pois foi percebido que todas as modificações em comparação com o que preconiza os princípios e diretrizes do MS estavam em consonância.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo sobre quais seriam os dados necessários para que se possa construir o PEF para o município de Feira de Santana, foram obtidos dados essenciais para o desenvolvimento da ferramenta aqui denominada de Prontuário Eletrônico da Família.

A coleta de dados foi rica em detalhes e informações que irão facilitar na condução de melhores estratégias de combinação de dados. Sempre almejando a transformação de todos estes dados em fontes ricas de informação. O que até o momento é percebido como um entrave nas USF, pois conforme exposto em toda a discussão dos resultados, o volume de informações trabalhadas nas USF é imenso.

A busca pela compreensão dos dados aqui trabalhados, os tornando mais claros e compreensivos, é o que se desejou através do presente estudo. Pois, além da grande dificuldade na obtenção de todo este conjunto de dados, ficou notório a constatação não só por intermédio desta pesquisa, como através da análise de outros estudos, onde se constata o quanto é complexo e passivo de erros a forma pela qual o fluxo de informações é norteado na atenção básica do país.

Entre os dados obtidos, muitos se encontravam com informações que necessitam melhor serem trabalhadas para que possam de fato gerar ações em prol de facilitar a condução e aprimoramento do modelo de vigilância em saúde.

O que se percebeu durante toda a análise documental e revisão de literaturas é que a utilização da Tecnologia da Informação em Saúde na construção do PEF trará melhorias significativas para o cenário da saúde que atualmente deixa a desejar. Através da análise dos dados se percebe que a implantação de um sistema como o PEF dentro da lógica de um Sistema de Informações Estratégicas Municipais (SIEM) proposto por Barboni (2006) trará, por exemplo: a legibilidade e organização dos dados, a sua padronização, a inclusão de todos os dados relevantes, a melhor seleção de informação e menor quantidade de perdas, bem como um maior rigor no controle, fluxo e auditoria dos dados trabalhados.

O estudo se propôs a trabalhar na lógica da pesquisa estratégica dentro das prerrogativas do SUS, logo, todos os dados lançados devem levar ao cumprimento e respeito aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social, descentralização, hierarquização e regionalização.

Fundamentado na observação e análise de todos os documentos, o que se percebe no conjunto da estrutura que está inserida as USF é que o volume de dados nelas trabalhados gera a fragmentação dos processos de trabalho dos serviços de saúde e a não conversão dos dados e informações, e por sua vez em ações reais e concretas.

Com os dados apresentados, percebe-se que é totalmente viável e necessária a construção do PEF em vistas aos inúmeros benefícios e vantagens que trará em substituição do sistema de informações vigente. A estruturação das USF através do PEF irá de fato ajudar também na melhoria dos serviços prestados pelo SIAB, SIM, SINASC, SINAN, a medida que irá alimentá-los com informações bem trabalhadas e estruturadas.

Contudo, o que se percebe é que enxergar politicamente o sistema de fluxo de informações em saúde na atenção básica atual como deficiente, é sem dúvidas, um grande entrave no progresso do SUS e no desenvolvimento do PEF. A capacidade tecnológica, o conhecimento das tecnologias e o custo de implantação do que se propõe no estudo não é mais uma barreira para o mundo atual, tendo em vista que investimentos muito maiores ocorrem em sistemas como os atuais sem resolutividade satisfatória.

A atenção primária em saúde é um processo de longa duração, e não episódico, o que requer um contínuo e atualizado fluxo de dados e informações. Estas por sua vez, no contexto atual da saúde nas USF estão extremamente prejudicadas. O que leva realmente a exigir por parte dos gestores do SUS, no mínimo, uma reflexão sobre a temática.

Por conseguinte, é possível que a proposta inicial do estudo tenha sido alcançada uma vez que foi possibilitada a organização de uma complexa rede de dados que poderá dar subsídios a formulação, estruturação e implantação do Prontuário Eletrônico da Família para as USF do município de Feira de Santana, o qual por sua vez poderá integrar a rede SIEM, contribuindo para o sucesso do que hoje é considerado o melhor sistema de saúde do mundo: o SUS.



## REFERÊNCIAS

ALVES, D. **Sistemas de Informação em Saúde**: Curso introdutório, agosto/Novembro 2007. 45f. Notas de aula. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, 2007.

ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. et al (organizadores). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: ed. Vez; v. III. 2001. 268p.

BARBONI, A.R. **Centro de Referência de Informação em Saúde: um passo essencial para a consolidação do SUS**. Feira de Santana – Bahia, 2000.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informações Estratégicas Municipais – SIEM**: o desafio da construção participativa de um sistema de informações epidemiologicamente sustentado. Feira de Santana-Bahia, 2006.

BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de Informação em Saúde: A Percepção e a Avaliação dos Profissionais envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto / SP**. 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BEAL, A. **Gestão estratégica da informação**: como transformar a informação e a tecnologia da informação em fatores de crescimento e de alto desempenho nas organizações. 2ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

BRANCO, M. A. F. Sistema de informação em saúde ao nível local. **Cad. Saúde Pública**. 12 (2): 267-270. 1996.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Lei Orgânica da Saúde 8.080/90**. Brasília: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Programa Comunidade Solidária. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Manual. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Núcleo de Coordenação Nacional. **Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino**: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, 316-9, junho. 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-Natal e Puerpério**. Brasília: 2000b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Portaria GM/MS n.º 569 de 01/06/00. Brasília, 2000c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002a. 726p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília: 2002d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Doenças Endêmicas, Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília:2002e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica - **Revista de Saúde Pública**, 3 (1): 113-125, jan.- mar. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Imunizações. **Manual de Eventos Adversos pós-vacina**. Brasília:2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Imunização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: < <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em 04 de junho. 2010.

BUSS, P. M. Inovação tecnológica em saúde na Fundação Oswaldo Cruz. **História, Ciência, Saúde: Manguinhos**. vol.10 supl. 2. 836-842. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2003.

CDC. Centers For Disease Control and Prevention and National Center For Health Statistics. Growth charts revision update. Hyaltsville: 2010. Disponível em:<<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/gcrevision.htm>>. Acessado em: 10 junho 2010.

CHAMBERS, C. et al. Microcomputer-generated reminders, improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines J Fam Pract, n. 29, p. 273-80, 1989. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

CHIESA, A. M. A Promoção da Saúde Como Eixo Estruturante do Trabalho de Enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev. Nursing**. 64:40-46. 2003.

COSTA, G. A. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas de Word Wide Web e da Engenharia de Software. São Paulo: UNICAMP, 2001

DALMATI, F.C. **Informatização dos Registros das Medidas de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde em Núcleos de Saúde da Família**. 2008. Disponível em: <[http://www.ffclrp.usp.br/dfm/tcc/2008/Monografia\\_Carla\\_Dalmati.pdf](http://www.ffclrp.usp.br/dfm/tcc/2008/Monografia_Carla_Dalmati.pdf)> Acessado em jun. 2009.

DICK, R.; STEEN, E. The Computer-Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care. Washington, DC: National Academy Press; 1991. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 272p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas. 1991. p. 48-50.

GROSSMAN, E.; RUZANY, M. .; TAQUETTE, S. T. **A consulta do adolescente e jovem**. In: Ruzany, M. H.; Grossman, E.; organizadores. A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LIMA, M. V. A Informática Médica na Atenção Primária, In: Duncan, BB; Schmidt, MI; Giugliani, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.107-114.

MASSAD, E. et al.. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. 214p.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F., ARAÚJO, E. C. et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: Mendes E. V., organizador. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. p.159-185

MORAES, I. H. S de. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABASCO, 1994.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (*Im*) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

ORTOLANI, L. F. B. **A Tecnologia da informação na administração pública**. [Paraná]: CELEPAR, 1995. Disponível em: <[www.seges.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=803](http://www.seges.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=803)> Acessado em 20 jul. 2009.

PAIM, J. S. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Assoc. Saúde Pública**, Piauí, vol. 1, n. 2, p.120-132, 1998.

RICHART, R. M; BARRON, B.A. A follow-up study of patients with cervical dysplasia. **Am J Obstet Gynecol**. vol 105, p.386–393, 1969.

ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N., PAIM, J. S. Modelo de Atenção e Vigilância em Saúde. In: **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-71

SILVA, A. C. S. **Avaliação do PACS em uma área de abrangência de Feira de Santana, 2004**. Feira de Santana – Bahia; 2004a. Disponível em:<<http://www.uefs.br/cris/downloads/publicacoes/Relat%F3rio%20Final%20-%20Andr%20E9ia%20Carla%20dos%20Santos%20Silva.PDF>>. Acessado em: jun. 2009.

\_\_\_\_\_. **Proposta De Desenvolvimento De Um Sistema De Informação para o PACS/PSF no Município de Feira De Santana-BA**. Feira de Santana; 2004b. Disponível em:<<http://www.uefs.br/cris/downloads/publicacoes/Monografia%20-%20Andr%20E9ia%20Carla%20dos%20Santos%20Silva.pdf>> Acessado em: jun 2009.

SLEE, V.; SLEE, D.; SCHMIDT, H.J. **The endangered medical record – ensuring its integrity in the age of informatics**, Saint Paul, Minnesota, Tringa Press, 2000.

TAKAHASHI, T. **Sociedade da Informação no Brasil: livro verde**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000. Disponível em: <<http://www.socinfo.org.br>>. Acessado em jul. 2009.

TEIXEIRA, R. R. **Informação e comunicação em saúde**. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Saúde do adulto: Programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

TURNER, B.; DAY, S.; BORENSTEIN, B. A controlled trail to improve delivery of preventive care: Physician or patient reminders? **J Gen Intern Med**, n. 4, p. 403 – 9, 1989. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WURMAN, R. S. **Ansiedade de informação:** como transformar informação em compreensão. Trad. Virgílio Freire. São Paulo: Cultura editores associados, 1991.

# APÊNDICE

**APÊNDICE A - CHECK-LIST COLETA DE DADOS**

<b>ORDEM</b>	<b>ITEM</b>	✓
<b>1.</b>	<b>CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS</b>	
1.1	FICHA “A” CADASTRO DA FAMÍLIA	
1.2	CARTÃO DA FAMÍLIA	
<b>2.</b>	<b>PROGRAMA DE PRÉ-NATAL E NASCIMENTO</b>	
2.1	FICHA “B” CADASTRO DA GESTANTE	
2.2	FICHA DE REGISTROS DIÁRIOS DOS ATENDIMENTOS	
2.3	CARTÃO DA GESTANTE	
<b>3.</b>	<b>PROGRAMA DE HIPERTENSÃO</b>	
3.1	FICHA “B” CADASTRO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO	
3.2	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO	
<b>4.</b>	<b>PROGRAMA DE DIABETES</b>	
4.1	FICHA “B” CADASTRO DE PORTADORES DE DIABETES	
4.2	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DIABÉTICO	
4.4	RASTREAMENTO PÉ DIABÉTICO	
<b>5.</b>	<b>PROGRAMA DE TUBERCULOSE</b>	
5.1	FICHA “B” CADASTRO DE PORTADORES DE TUBERCULOSE	
5.2	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PORTADOR DE TUBERCULOSE	
<b>6.</b>	<b>PROGRAMA DE HANSENÍASE</b>	
6.1	FICHA “B” CADASTRO DE PORTADORES DE HANSENÍASE	
6.2	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PORTADOR DE HANSENÍASE	
<b>7.</b>	<b>PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA</b>	
7.1	FICHA “C” CADASTRO DA CRIANÇA	
7.2	CADERNETA DA CRIANÇA	
7.3	FICHA PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO	
<b>8.</b>	<b>PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO</b>	
8.1	FICHA DE CADASTRO/CARTÃO ESPELHO	
8.2	MAPA DIÁRIO	
8.3	MAPA MENSAL	
8.4	MAPA CONTROLE DE TEMPERATURA	
8.5	BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS	
8.6	FICHA NOTIFICAÇÃO EVENTOS ADVERSOS	
8.7	FORMULÁRIO P/ AVALIAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS SOB SUSPEITA	
8.8	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL	
<b>9.</b>	<b>PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>	
9.1	FICHA DE CADASTRO	
9.2	MAPA DE REGISTRO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR	
9.3	CARTÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR	
<b>10.</b>	<b>PROGRAMA DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO</b>	
10.1	FICHA CLÍNICA	
10.2	REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO	
10.3	RELAÇÃO DIÁRIA DE EXAMES COLETADOS	
<b>11.</b>	<b>GERAL</b>	

11.1	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES	
11.2	RECEITUÁRIO GUIA BRANCA	
11.3	RECEITUÁRIO GUIA AZUL	
11.4	FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	
11.5	FICHA DE REQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE LIMPEZA E ESCRITÓRIO	
11.6	MODELO DE OFÍCIO	
11.7	FICHA DE REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	
11.8	FICHA A1 – CONSOLIDADO DO CADASTRAMENTO FAMILIAR POR MICROÁREA	
11.9	FICHA A2 - CONSOLIDADO DO CADASTRAMENTO FAMILIAR POR ÁREA	
11.10	FICHA A3 - CONSOLIDADO DO CADASTRAMENTO FAMILIAR POR SEGMENTO	
11.11	SSA2 – ACOMPANHAMENTO E SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS POR ÁREA	
11.12	PMA2 – PRODUÇÃO E MARCADORES DE AVALIAÇÃO POR ÁREA	
11.13	FICHA D – REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES	
11.14	FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	
11.15	FICHA DE AGENDAMENTO DE ATENDIMENTO	
11.16	FICHA CLÍNICA	



# **ANEXOS**



## ANEXO 1 - FICHA A CADASTRO DA FAMÍLIA (VERSO)

<i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>			
<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>DME - Distúrbio Mental</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>	
<i>CHA - Chagas</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>MAL - Malária</i>	
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>		

## SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde   _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	

## OBSERVAÇÕES

## ANEXO 2 - FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE



## MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO  
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

## FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	2. Código do Estabelec. no CNES
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

## IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestação no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF
	Código da Área      Microárea

9. Nome da Gestante	10. Data de nascimento	
	/ /	
11. Nome da Mãe da Gestante	12. Raça/Cor	
13. Endereço Residencial		
Número	Complemento	Bairro
Município	CEP	Telefone



## Preencher com apenas um dos seguintes documentos

14. Nº do Cartão SUS	15. Nº do CPF	
16. Certidão de Nascimento [ ] ou Casamento [ ]		
Nome do Cartório	Livro	Folha
17. Identidade		
Número	Órgão Emissor	
18. Carteira de Trabalho		
Número	Estado	UF
19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal	20. Data da Última Menstruação	
/ /	/ /	
21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	22. Código Brasileiro Ocupacional (CBO) do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	

• Preencher no campo 22 o CBO do profissional responsável pela primeira consulta, conforme tabela:  
223595 - Enfermeira;      223116 - Médico do PSF/Comunitário;      223545 - Enfermeira Obstetra;  
223115 - Clínica Geral;      2235C1 - Enfermeira do PSF;  
223132 - Ginecologia/Obstetrícia;      2235C2 - Enfermeira do PACS;

• No campo 12 a raça/cor, conforme tabela:  
1 - Branca;      4 - Parda;  
2 - Preta;      5 - Indígena;  
3 - Amarela;

## ANEXO 3 - FICHA CLÍNICA/PRONTUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA	 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde										
	UNIDADE DE SAÚDE:											
<b>FICHA CLÍNICA / PRONTUÁRIO</b>												
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº DO CARTÃO SUS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>										
NOME _____ REGISTRO Nº _____ SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ IDADE ____ ESTADO CIVIL _____ PROFISSÃO _____ NATURALIDADE _____ PROCEDÊNCIA _____ ENDEREÇO _____												
<b>CONSULTA</b>												
QUEIXA PRINCIPAL _____ HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL _____ _____ _____ _____ _____ _____												
Caso haja necessidade de registro de relato mais detalhado e longo, usar o verso desta folha												
<b>ANTECEDENTES</b>												
MÉDICOS _____												
FAMILIARES _____												
_____												
<b>INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO</b>												
_____												
_____												
<b>EXAMES</b>												
FÍSICO T.A. _____ X _____ - PULSO _____ TEMPERATURA _____ FREQ. RESP.: _____												
IMPRESSION GERAL _____												
SEGMENTAR _____												
_____												
_____												
SUSPEITA DIAGNÓSTICA _____												
EXAMES SOLICITADOS _____												
_____												
CONDUTA TERAPÊUTICA _____												
_____												
FEIRA DE SANTANA, ____/____/____		_____ MÉDICO										



## ANEXO 4 - CARTÃO DA GESTANTE

### Cartão da Gestante

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Cadastro no SIS - pré-natal: \_\_\_\_\_

### Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: \_\_\_\_\_

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao centro de Saúde ou ao hospital.

**Ministério da Saúde**

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

MC

Semana de Gestação

BP - baixo peso    A - adequado    S - sobrepeso    O - obesidade

Gráfico de curva altura uterina gestacional

ALTURA UTERINA

SEMANAS DE GESTAÇÃO

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO/RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HbSAg					
Toxoplasmose					
Combs indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico - registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data					
IG DUM					
IG USG					
Peso fetal					
Paciente					
Líquido					
Outros					

ANEXO 4 - CARTÃO DA GESTANTE (VERSO)

IDADE ANOS MENOR DE 15 <input type="checkbox"/> MAIOR DE 35 <input type="checkbox"/>		Nº DE PRONTUÁRIO				ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ESTUDOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> SUPERIOR		ANOS COMPLETOS		ESTADO CIVIL/UNIÃO <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> OUTRO			
<b>ANTECEDENTES</b> FAMILIARES GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PESSOAIS INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO INFERTILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CIRUG. PÉLV. UTERINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		OBSTÉTRICOS (Anotar o número de) GESTAÇÕES <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> VAGINAIS <input type="checkbox"/> CESAÁREAS <input type="checkbox"/> NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/>				VIVEM <input type="checkbox"/> MORRERAM 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> MORRERAM APOÓS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/>		DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO MÊS ANO		ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500g <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		AMAMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>GRAVIDEZ ATUAL</b> PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> Kg. ESTATURA <input type="checkbox"/> DUM. DIA MÊS ANO		DÚVIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ANTITÉTICA PRÉVIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ATUAL 1ª 2ª 3ª MÊS GESTAÇÃO		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIAS		GRUPO Rh SENSIB. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		TRANSF. DIA MÊS ANO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EX. ODONTOLÓGICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PÉLVIS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PAPANICOLAU NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLPOSCOPIA NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CONSULTA Nº 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		DATA		VDRL <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		DIA MÊS		FUMA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Nº DE CIGARROS AO DIA					
IG SEMANAS PESO (Kg) I M C PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+a 4+) <input type="checkbox"/> ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO BCF / MOV. FETAL ASS. DO PROFISSIONAL															
<b>PARTO</b> HOSPITAL: <input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. IDADE GESTACIONAL MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/>		TAMANHO FETAL CORRESPONDE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		INÍCIO TP <input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/> IND.		MEMBRANAS <input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.		DATA RUPTURA HORA DIA MÊS		<input type="checkbox"/> CEF. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV. <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES. <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES. <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3º TRIMES. <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPER. <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO <input type="checkbox"/> NENHUMA			
NÍVEL DE ATENÇÃO <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> DOMIC. <input type="checkbox"/> OUTRO		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM MOMENTO PARTO <input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> IGNO.		ATENDIDA POR: MÉDIC. ENF./ PAR. AUX. EMPÍR. OUTROS		PARTO <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/>		MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM			
<b>RECÉM NASCIDO</b> SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + APGAR MINUTO 1º 5º 6 OU MENOS <input type="checkbox"/>		REANIMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PESO AO NASCER <input type="checkbox"/> g MENOS DE 2.500g <input type="checkbox"/>		IDADE POR EXAME FÍSICO Sem. MENOR DE 37 SEMANAS <input type="checkbox"/>		PESO/IG <input type="checkbox"/> ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQUENO <input type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		EX. FÍSICO IMEDIATO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		HORA OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO TEMPERATURA PULSO (BATIMENTO/MINUTO) PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MIN. (mm Hg) INVÓL. UTERINA CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS VITAMINA A			
ESTATURA <input type="checkbox"/> cm PER. CEF. <input type="checkbox"/> cm		EX. FÍSICO PRÉ-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		EX. NEUROL. <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> HIPERBILI. <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> A. CONG.		ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SADIA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> CIPATOLOGIA		MORTE MATERNA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO <input type="checkbox"/>		ORIENT./CONTRACEÇÃO <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA TRO. <input type="checkbox"/> FITMO <input type="checkbox"/> NENHUM			
RN ALOJ./CONJ. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ALTA DO RN <input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/PATOL. <input type="checkbox"/> ÓBITO		IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS		IDADE AO FALECER <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS		ALIMENTAÇÃO PEITO <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC. <input type="checkbox"/>		ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SADIA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> CIPATOLOGIA		MORTE MATERNA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO <input type="checkbox"/>			





# ANEXO 5 - FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

## FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1. Nome da Unidade de Saúde			2. Código da Unidade no SIASUS		
3. Nome do Município			4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

Nº	Nº da Gestante no SISPRENATAL	Consulta de Pré-Natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina Ant-tetânica				Consulta Puerperal
										1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune	
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento

\* Preencher as quadriculas "Consultas de Pré-Natal" e "Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela:

01 - Enfermeiro;  
22 - Ginecologia;  
29 - Obstetria;

59 - Médico do PSF;  
60 - Enfermeiro do PSF;  
73 - Ginecologia/Obstetria;

74 - Medicina Geral Comunitária;  
76 - Enfermeiro do PACS;  
79 - Enfermeiro Obstetra;

84 - Médico (qualquer especialidade)

\* No caso dos exames, assinalar com um "X" quando o resultado do exame foi analisado pelo médico ou enfermeiro que realizou a consulta naquele dia  
\* No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com um "x" de acordo com a data de realização da vacina.

## ANEXO 6 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO



Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde  
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

### FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

SAÚDE DE FERRO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO		
Ficha de Acompanhamento Individual		
<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Gestante	<input type="checkbox"/> Mulher até o 3º mês pós-parto (até o 3º mês pós-aborto)
Nome: _____		
Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico	Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico	Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico
Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico	Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico	Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico
Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico	Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico	Data: _____ <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Comprimido de sulfato ferroso <input type="checkbox"/> Comprimido de ácido fólico

## ANEXO 7 - MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS



Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde  
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

Mês de Referência: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_

### MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

**Tipo de Beneficiário:**

( ) Crianças de 4 a 24 meses

( ) Gestantes a partir da 20ª semana

( ) Mulheres até o 3º mês pós-parto (e até 3º mês pós-aborto)

**Produto distribuído:**

( ) Xarope de sulfato ferroso

( ) Comprimido de sulfato ferroso

( ) Comprimido de ácido fólico

	Controle de perdas			
	Perdidos por vencimento de validade	Perdidos por extravio	Perdidos por algum tipo de danificação	Outro motivo
Frascos de sulfato ferroso				
Comprimidos de sulfato ferroso				
Comprimidos de ácido fólico				

1ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

2ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

3ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

4ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

5ª Entrega do suplemento

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132

1. Este mapa tem como objetivo acompanhar o fornecimento do suplemento de ferro para crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto, de acordo com o manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.
  2. A distribuição dos suplementos deverá ocorrer da seguinte forma: para crianças – 1 frasco de sulfato ferroso com 60ml a cada 3 meses; para gestantes 30 comprimidos de sulfato ferroso e de ácido fólico a cada mês; e para a mulher até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto – 30 comprimidos de sulfato ferroso a cada mês.
  3. O preenchimento das colunas acima deve representar a vez em que a pessoa está recebendo o suplemento, ou seja, deve registrar apenas o número de pessoas atendidas.
  4. Para o correto preenchimento deste mapa, faz-se necessária inicialmente a seleção do tipo de beneficiário e do tipo de produto de que se pretende efetuar o acompanhamento.
  5. No controle de perdas deverão ser registrados os quantitativos dos produtos perdidos por vencimento de validade, por extravio, por algum tipo de danificação ou por outro motivo.
- Obs.: A reposição dos suplementos quebrados pelas pessoas não deve ser registrada com uma nova entrega. Nesta situação, entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa partícipe do PMSF e registre este quantitativo de suplementos repostos no item "perdidos por algum tipo de danificação" do Controle de Perdas.

## ANEXO 8 - CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS



Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde  
Programa Nacional de Suplementação de Ferro

### CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

Mês de Referência: _____
Município/UF: _____
Responsável: _____

1) Crianças de 4 a 24 meses:

Tipo de Suplemento	Quantitativos de entregas				
	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					

2) Gestantes a partir da 20ª semana:

Tipo de Suplemento	Quantitativos de entregas				
	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso					
Comprimidos de sulfato ferroso					
Comprimidos de ácido fólico					

3) Mulheres até o 3º mês pós-parto (e até o 3º mês pós-aborto)

Tipo de suplemento	Quantitativos de entregas		
	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega
Xarope de sulfato ferroso			
Comprimidos de sulfato ferroso			












Tipos de suplementos	Controle de perdas			
	Perdas por vencimento de validade	Perdas por extravio	Perdas por algum tipo de danificação	Outro motivo
Xarope de sulfato ferroso				
Comprimidos de sulfato ferroso				
Comprimidos de ácido fólico				

Notas:

1. Este formulário servirá como instrumento de apoio para consolidar as informações de todas as unidades de saúde e/ou PSF do município e enviá-las ao nível estadual e federal.
2. Para a obtenção dos quantitativos de entregas e produtos perdidos, devem-se consolidar todos os registros dos mapas de acompanhamento do fornecimento de suplementos.
3. No controle de perdas deverão ser registrados os quantitativos dos produtos perdidos por vencimento de validade, por extravio, por algum tipo de danificação ou por outro motivo.

Obs.: A reposição dos suplementos quebrados pelas pessoas não deve ser registrada com uma nova entrega. Nesta situação, entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa participante do PNSF e registre este quantitativo de suplementos repostos no item "perdidos por algum tipo de danificação" do Controle de Perdas.

## ANEXO 9 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento														
Registro:					Nome:									
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)													
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada													
	Olha para a pessoa que a observa													
	Dá mostras de prazer e desconforto													
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual													
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente													
	Arrulha e sorri espontaneamente													
	Começa a diferenciar dia/noite													
	Postura: passa da posição lateral para linha média													
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço													
	Emite sons - Balbucia													
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva													
	Rola da posição supina para prona													
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo													
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro													
	Reconhece quando se dirigem a ela													
	Senta-se sem apoio													
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra													
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos													
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras													
	Arrasta-se ou engatinha													
	Pega objetos usando o polegar e o indicador													
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido													
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)													
	<b>Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)</b>	Idade (meses)						Idade (anos)						
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6	
	Anda sozinha, raramente cai													
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário													
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras													
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista													
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão													
	Corre e/ou sobe degraus baixos													
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente													
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu													
	Veste-se com auxílio													
	Fica sobre um pé, momentaneamente													
	Usa frases													
	Começa o controle esfincteriano													
	Reconhece mais de duas cores													
	Pula sobre um pé só													
	Brinca com outras crianças													
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)													
	Veste-se sozinha													
	Pula alternadamente com um e outro pé													
	Alterna momentos cooperativos com agressivos													
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias													

- Período em que 90% das crianças adquirem o marco  
 Presentes até o 4º mês

P= presente; A= ausente; NV = não verificado  
 Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

## ANEXO 10 - FICHA DE ATENDIMENTO PLANEJAMENTO FAMILIAR



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE FEIRA DE SANTANA**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO PLANEJAMENTO FAMILIAR

MATRÍCULA \_\_\_\_\_ REGISTRO GERAL \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_ DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
PONTO DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_ GRAU DE INSTRUÇÃO \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HISTÓRIA OBSTÉTRICA**

1) GESTA \_\_\_\_\_ 10) AB. PROV. \_\_\_\_\_  
2) PARA \_\_\_\_\_ 11) AB. ESP. \_\_\_\_\_  
3) P. NORMAL \_\_\_\_\_ 12) FL. VIVOS \_\_\_\_\_  
4) P. FÓRCEOS \_\_\_\_\_ 13) MORTE INFANTIL \_\_\_\_\_  
5) CESÁRIA \_\_\_\_\_ 14) DUF \_\_\_\_\_  
6) PREMAT \_\_\_\_\_ 15) DUC \_\_\_\_\_  
7) GRAV. ECT. \_\_\_\_\_ 16) DUA \_\_\_\_\_  
8) N. MORTO \_\_\_\_\_ 17) ID. 1ª GEST \_\_\_\_\_  
9) N. NOVO \_\_\_\_\_ 18) MENARCA \_\_\_\_\_  
19) 1 RELAÇÃO SEXUAL \_\_\_\_\_  
20) Nº DE PARCEIROS \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA DA CONTRACEPÇÃO**

MÉTODO ATUAL \_\_\_\_\_ TEMPO DE USO: \_\_\_\_\_  
MÉTODOS ANTERIORES E TEMPO DE USO: \_\_\_\_\_  
DESEJO USAR: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA DA CLÍNICA**

FAM	CLIENTE	CLIENTE
21) HAS _____	_____	32) INF. URINÁRIA _____
22) CARDIOPATIA _____	_____	33) D.S.T. _____
23) TUBÉRCULOS _____	_____	34) FLEBITE _____
24) DIABETES _____	_____	35) ASMA/ALERGIA _____
25) CA. GENITA _____	_____	36) ENXAQUECA _____
26) CA. OUTROS _____	_____	37) TABAGISTA _____
27) ANEMIA _____	_____	38) HOSPITAL _____
28) HEPATOPATIA _____	_____	39) PREVENTIVO _____
29) CONVULSÃO _____	_____	40) PESO _____
30) PSICOPATIA _____	_____	41) PA _____
31) GINECOPATIA _____	_____	

**QUEIXA E SINAIS DE MENSTRUACÃO**

1) DUM \_\_\_\_\_ 7) LIBIDO \_\_\_\_\_  
2) TIPO \_\_\_\_\_ 8) ORGASMO \_\_\_\_\_  
3) FLUXO \_\_\_\_\_ 9) NÁUSEAS \_\_\_\_\_  
4) CEFALÉIA \_\_\_\_\_ 10) ACNE \_\_\_\_\_  
5) NERVOSISMO \_\_\_\_\_ 11) OUTROS \_\_\_\_\_  
6) CLOASMA \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

## ANEXO 11 - MAPA DE REGISTRO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR



**SMS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>MAPA DE REGISTRO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>													01 DATA DO ATENDIMENTO					
02 NOME DA UNIDADE DE SAÚDE													Dia <input type="text"/> Mês <input type="text"/> Ano <input type="text"/>					
05 NOME DO PROFISSIONAL													03 CADASTRO DA UNIDADE DE SAÚDE			04 GRUPO DE ATENDIMENTO		
													<input type="text"/>			<b>02 - ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER</b>		
													06 MATRÍCULA DO PROFISSIONAL			07 ATIVIDADE PROFISSIONAL		
													<input type="text"/>			<input type="text"/>		
08 N°	09 Local do Atendimento		10 Atividade Educativa em Grupo  ANOTE O N° TOTAL DE PARTICIPANTES (não preencher os demais campos da linha)	11 Sexo (F/M)	12 Idade (em anos)	13 Tipo do Atendimento		14 Consulta/ Atendimento sem entrega de método  (caso o cliente utilize método comportamental não preencha este campo)	15 Cliente em uso de método comportamental		16 Entrega de método ou Inserção de DIU M(quantidade entregue/inserida)							17 N° do prontuário
	Unidade de Saúde	Comunidade				Novo	Subsequente		LAM	Outro Comportamental	Pílulas (cartelas)	Preservativo (unidade)	Geléia (tubo)	Tablete (unidade)	DIU (unidade)	Diafragma (unidade)	Injetável mensal (ampola)	
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Registrar todas as atividades realizadas no dia, mesmo aquelas onde não tenha havido fornecimento de métodos anticoncepcionais.

MOD - 0048

## ANEXO 11 - MAPA DE REGISTRO DIÁRIO DAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR (VERSO)

### Sistema de Informação para Gerenciamento de Serviços de Planejamento Familiar - SISPF

#### Mapa para registro diário das atividades de planejamento familiar

#### Instruções para preenchimento

- DATA DO ATENDIMENTO:** registre o dia, mês e ano em que os atendimentos foram realizados.
- NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:** refere-se à identificação da Unidade de Saúde (US). Utilize o mesmo nome que consta no sistema de cadastro de estabelecimentos de saúde do Estado da Bahia. Abreviaturas devem ser evitadas para não comprometer a identificação da US.
- CADASTRO DA US:** refere-se ao número que identifica a US entre as demais unidades de saúde do Estado da Bahia, de acordo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (utilize uma casela para cada número).
- GRUPO DE ATENDIMENTO:** refere-se ao grupo populacional, de acordo o SIASUS, no qual está inserida a assistência em planejamento familiar, no caso Grupo 02 – Atenção à Saúde da Mulher, ainda que o planejamento familiar não esteja restrito apenas ao sexo feminino. Campo já preenchido.
- NOME DO PROFISSIONAL:** identifica o profissional de saúde que realizou os atendimentos constantes do mapa diário. Preencha com letra legível, evitando abreviaturas.
- MATRÍCULA DO PROFISSIONAL:** refere-se ao número (cadastro/matricula) que identifica o profissional no sistema de saúde. Registre de forma legível, para evitar enganos.
- ATIVIDADE PROFISSIONAL:** preencha de acordo com a tabela abaixo, cujos códigos são oriundos do SIASUS:

ATIVIDADE PROFISSIONAL	CÓDIGO	ATIVIDADE PROFISSIONAL	CÓDIGO	ATIVIDADE PROFISSIONAL	CÓDIGO
Médico Clínico Geral	15	Medico Geral Comunitário	74	Auxiliar de Enfermagem	90
Ginecologista	22	Enfermeiro	01	Auxiliar de Enfermagem do PSF	93
Ginecologista/Obstetra	73	Enfermeiro do PSF	60	Profissionais de Saúde de Nível Médio	64
Médico do PSF	59	Enfermeiro do PACS	76	Técnico de Enfermagem	91
Médico de Qualquer Especialidade	84	Assistente Social	02	Técnico de Enfermagem do PSF	92

- Nº:** refere-se ao número de ardem dos atendimentos diários. Campo já preenchido.
- LOCAL DE ATENDIMENTO:** refere-se à localização geográfica onde o atendimento foi realizado: se no interior da US ou se na comunidade/domicílio. Assinale com (X) a coluna correspondente.
- ATIVIDADE EDUCATIVA:** refere-se a quantidade de pessoas presentes em uma atividade educativa realizada em grupo. Cada grupo deverá ser registrado em uma linha, anotando-se apenas o número total de participantes. ATENÇÃO: ao preencher este campo não utilize os demais da mesma linha. Para registrar outros procedimentos, utilize a linha seguinte.
- SEXO:** registre F para mulheres e M para homens.
- IDADE:** registre a idade, em anos, de cada pessoa atendida individualmente.
- TIPO DE ATENDIMENTO:** considere "atendimento novo" aquele usuário que está sendo atendido pela primeira vez no serviço de Planejamento Familiar da US, mesmo que já tenha recebido atendimento anterior na US por outros motivos. Considere como "atendimento subsequente" os usuários que estão retornando ao serviço de Planejamento Familiar da US para reabastecimento de métodos, orientações atendimento de intercorrências, etc. Assinale com um (X) a coluna correspondente.
- CONSULTA/ATENDIMENTO SEM ENTREGA DE MÉTODO:** campo destinado para o registro de qualquer consulta/atendimento onde não tenha havido entrega de métodos, exceto quando o cliente é usuário de método comportamental, pois este será registrado na coluna específica. Assinale com um (X) esta coluna quando o cliente não receber qualquer método neste atendimento e não seja usuário de método comportamental. ATENÇÃO: ao preencher este campo não utilize os demais da mesma linha.
- CLIENTE EM USO DE MÉTODO COMPORTAMENTAL:** assinale com um (X) o tipo de método comportamental que o cliente optou por utilizar. A coluna "Outro Comportamental" refere-se a tabelinha, temperatura basal, muco cervical, e mesmo o coito interrompido.
- ENTREGA DE MÉTODO OU INSERÇÃO DE DIU:** anote a quantidade de cada método entregue ao cliente durante o atendimento, de acordo com a unidade de medida especificada em cada coluna correspondente. No caso do DIU, anote apenas se houver a inserção do dispositivo, naquele atendimento.
- Nº DO PRONTUÁRIO:** refere-se ao número do prontuário do cliente na US. É um campo opcional, que, neste caso, auxilia o gerenciamento local do sistema, embora não passe por processamento automatizado.

**ATENÇÃO: PREENCHA SEMPRE OS CAMPOS COM LETRA LEGÍVEL PARA QUE SEJA POSSÍVEL O PROCESSAMENTO DOS DADOS.**




## ANEXO 12 - CARTÃO ACOMPANHAMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

SAIBA ONDE ENCONTRAR ESTE SERVIÇO  
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

PAISM  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA</b>		
ESTADO DA BAHIA <b>PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>		
UNIDADE DE SAÚDE		
Nº REGISTRO GERAL	Nº DE MATRÍCULA	DATA
NOME		
ENDEREÇO		
DOCUMENTO	IDADE	SEXO
OBSERVAÇÕES		

**ANEXO 12 - CARTÃO ACOMPANHAMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR (VERSO)**

PRÓXIMA VISITA			
DATA	MÉTODO	DATA	MÉTODO

PRÓXIMA VISITA			
DATA	MÉTODO	DATA	MÉTODO

DATA	PREVENTIVO REALIZADO

**ANEXO 13 - FICHA DE CONTROLE DE VACINAÇÃO**

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>FICHA DE CONTROLE DE VACINAÇÃO</b>
---	--

01. UNIDADE DE SAÚDE	02. DATA NASCIMENTO
----------------------	---------------------

03. NOME DA CRIANÇA/ADULTO
04. NOME DO PAI E MÃE
05. ENDEREÇO

VACINA DOSE	PÓLIO	TETRA	HEPATITE B	BCG	FEBRE AMARELA	MENIGO C	HEPATITE A	ROTAVÍRUS	PNEUMO 7	VARICELA
1ª										
2ª										
3ª				TRÍPLICE VIRAL						
1º REFORÇO		DTP								
2º REFORÇO		DTP								

**ANEXO 13 - FICHA DE CONTROLE DE VACINAÇÃO (VERSO)**

<b>OBSERVAÇÕES</b>
--------------------

VACINA DOSE	DT	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS
1ª										
2ª										
3ª										
1º REFORÇO										
2º REFORÇO										





# ANEXO 15 - MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA  
2ª DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA, VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE  
REDE DE FRIO



**2ª DRES**

## MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS

DIRES: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

IMUNOBIOLOGICOS	APRESENTAÇÃO	ESTOQUE ANTERIOR			ENTRADA				SAIDA				ESTOQUE ATUAL		PEDIDO MENSAL DOSES SOLICITADAS	
		SALDO (A)	VALIDADE	LOTE	LABORATÓRIO PRODUTOR	Nº DOSES RECEBIDAS (B)	VALIDADE	LOTE	LABORATÓRIO PRODUTOR	SALDO EXISTENTE (A+B)	Nº DOSES APLICADAS (C)	DOSES UTILIZADAS (D)	DOSES REMANEJADAS (E)	TOTAL SAIDA (C+D+E)		SALDO INDISPONIVEL
BCG																
BCG																
POLIOMIELITE																
POLIOMIELITE																
HEPATITE B																
HEPATITE B																
TETRAVALENTE																
ROTAVIRUS																
F. AMARELA																
F. AMARELA																
TRIPLICE VIRAL																
TRIPLICE VIRAL																
DUPLA ADULTO																
INFLUENZA(gripe)																
A. R. HUMANA																
DUPLA INFANTIL																
H. INFLUENZA B																
A. R. CANINA																
SÓRO A. RÁBICO																
TRIPLICE(D.T.P.)																
SÓRO A. TETANICO																
P.P.D.																

\*Saldo Disponível = (A+B) - (C+D+E) - Saldo Indisponível

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
COORDENADOR DE IMUNIZAÇÃO

\_\_\_\_\_  
COORDENADOR DA VIEP

## ANEXO 16 - BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS (01 DE 05)

SI - API VERSÃO 9.8

## BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS

IDENTIFICAÇÃO			
MÊS	ANO	CODIGO DA UNIDADE	NOME DA UNIDADE
UF	REGIONAL	CODIGO DO MUNICIPIO	NOME DO MUNICIPIO

## ROTINA

## BCG

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 9 ANOS	7 a 14 ANOS	15 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª										
2ª Rev.										

## BCG - COMUNICANTE (Hanseníase)

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 9 ANOS	7 a 14 ANOS	15 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª										
2ª										

## CONTRA HEPATITE B

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 10 ANOS	11 a 14 ANOS	15 a 16 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª											
2ª											
3ª											
4ª											

## CONTRA ROTAVÍRUS HUMANO (ORAL)

SOMENTE PARA GRUPOS ESPECIAIS

DOSE	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	TOTAL
1ª					
2ª					

## CONTRA POLIOMIELITE (ORAL)

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 9 ANOS	7 e + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								
3ª								
REF 1								
REF 2								

## TETRAVALENTE (DTP + Hib)

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 9 ANOS	TOTAL
1ª							
2ª							
3ª							

## TRÍPLICE VIRAL (CONTRA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA)

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 9 ANOS	7 a 11 ANOS	10 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª										
2ª										

Somente registrar em &lt; 1 ano em caso de bloqueio

## TRÍPLICE VIRAL - MULHERES EM IDADE FÉRTIL (CONTRA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA)

DOSE	12 ANOS	13 a 14 ANOS	15 a 16 ANOS	17 a 19 ANOS	20 a 24 ANOS	25 a 29 ANOS	30 a 34 ANOS	35 a 39 ANOS	40 a 44 ANOS	45 a 49 ANOS	TOTAL
1ª											
2ª											

## TRÍPLICE VIRAL - HOMENS (CONTRA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA)

DOSE	12 ANOS	13 a 14 ANOS	15 a 16 ANOS	17 a 19 ANOS	20 a 24 ANOS	25 a 29 ANOS	30 a 34 ANOS	35 a 39 ANOS	40 a 44 ANOS	45 a 49 ANOS	TOTAL
1ª											
2ª											



## ANEXO 16 - BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS (02 DE 05)

**DTP (CONTRA DIFTERIA, TÉTANO E COQUELUCHE)**

DOSE	MEHOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 e 6 ANOS	TOTAL
1ª							
2ª							
3ª							
REF 1							
REF 2							

**DUPLA ADULTO (CONTRA DIFTERIA E TÉTANO)**

DOSE	7 a 11 ANOS	12 a 14 ANOS			15 a 49 ANOS			50 e 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
		HOMENS	GESTANTES	NÃO-GESTANTES	HOMENS	GESTANTES	NÃO-GESTANTES			
1ª										
2ª										
3ª										
REF 1										

**CONTRA FEBRE AMARELA**

DOSE	MEHOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 9 ANOS	10 a 14 ANOS	15 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª										
REF 1										

**CONTRA RAIVA (CULTURA DE CÉLULAS)**

DOSE	MEHOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 9 ANOS	10 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL

\*REGISTRAR O Nº DE DOSES APLICADAS

**DUPLA VIRAL (CONTRA SARAMPO E RUBÉOLA)**

DOSE	MEHOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 6 ANOS	7 a 11 ANOS	12 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª										
2ª										

**DUPLA VIRAL- MULHER IDADE FÉRTIL (CONTRA SARAMPO E RUBÉOLA)**

DOSE	12 ANOS	13 a 14 ANOS	15 a 16 ANOS	17 a 19 ANOS	20 a 24 ANOS	25 a 29 ANOS	30 a 34 ANOS	35 a 39 ANOS	40 a 44 ANOS	45 a 49 ANOS	TOTAL
1ª											
2ª											

**DUPLA VIRAL- HOMENS (CONTRA SARAMPO E RUBÉOLA)**

DOSE	12 ANOS	13 a 14 ANOS	15 a 16 ANOS	17 a 19 ANOS	20 a 24 ANOS	25 a 29 ANOS	30 a 34 ANOS	35 a 39 ANOS	40 a 44 ANOS	45 a 49 ANOS	TOTAL
1ª											
2ª											

**IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS****INATIVA CONTRA PÓLIO**

DOSE	MEHOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 e 6 ANOS	7 e + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								
3ª								
REF 1								
REF 2								

**DTP ACELULAR (CONTRA DIFTERIA, TÉTANO E COQUELUCHE)**

DOSE	MEHOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 6 ANOS	TOTAL
1ª							
2ª							
3ª							
REF 1							
REF 2							

## ANEXO 16 - BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS (03 DE 05)

**DUPLA INFANTIL (CONTRA DIFTERIA E TÉTANO)**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 e + ANOS	TOTAL
1ª							
2ª							
3ª							
REF 1							
REF 2							

**PENTAVALENTE (DTP + Hib + Hepatite B)**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	TOTAL
1ª						
2ª						
3ª						

**PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 7V**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	10 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								
3ª								
REF 1								

**CONTRA PNEUMOCOCO 23**

DOSE	2 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª							
REF							

**CONTRA INFLUENZA (GRIPE)**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 a 2 ANOS	3 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								

**CONTRA INFLUENZA GESTANTE**

DOSE	12 ANOS	13 a 14 ANOS	15 a 16 ANOS	17 a 19 ANOS	20 a 24 ANOS	25 a 29 ANOS	30 a 34 ANOS	35 a 39 ANOS	40 a 44 ANOS	45 e 49 ANOS	TOTAL
1ª											

**CONTRA VARICELA ZOSTER**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								

**CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE b**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 a 6 ANOS	7 a 17 ANOS	18 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª											
2ª											
3ª											

**CONTRA HEPATITE A**

DOSE	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	10 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª							
2ª							

**CONTRA FEBRE TIFÓIDE**

DOSE	2 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 e + ANOS	TOTAL
1ª							
2ª							
3ª							
REF							

**ANEXO 16 - BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS (04 DE 05)**

**MENINGOCÓCICA CONJUGADA C**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 a + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								
3ª								
REF								

**CONTRA MENINGITE A/C**

DOSE	2 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 a + ANOS	TOTAL
ÚNICA							

**OUTROS IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (QUADRO 1)**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 a + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								
3ª								
REF								

**OUTROS IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (QUADRO 2)**

DOSE	MENOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 a + ANOS	TOTAL
1ª								
2ª								
3ª								
REF								

**IMUNOGLOBULINAS**

	MENOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 a + ANOS	TOTAL
ANTI-HEPATITE B								
ANTITETANICA								
ANTI-RABICA								
ANTI VARICELA ZOSTER								

**SOROS**

	MENOR DE 1 ANO	1 a 4 ANOS	5 a 8 ANOS	9 a 12 ANOS	13 a 19 ANOS	20 a 59 ANOS	60 a + ANOS	TOTAL
ANTITETANICO								
ANTIDIETERICO								
ANTI-RABICO								
ANTI BOTULINICO								

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (NOME)		ENFERMEIRA(O) RESPONSÁVEL (NOME)	
_____/_____/_____ DATA		_____/_____/_____ DATA	
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

**ANEXO 16 - BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS (05 DE 05)**

**OUTROS SOROS (PEÇONHENTOS)**

	MEHOR DE 1	1 A 4 ANOS	5 A 8 ANOS	9 A 12 ANOS	13 A 19 ANOS	20 A 59 ANOS	60 E + ANOS	TOTAL
Anti-Botrópico-Crotálico - BC								
Anti-Botrópico-Laquélico - BL								
Anti-Botrópico - BO								
Anti-Crotálico - CR								
Anti-Elapídico - LP								
Anti-Aracnídeo - AC								
Anti-Escorpiônico - ES								
Anti-Latrodectus - LT								
Anti-Lonomia - LN								
Anti-Lexecélico - LX								

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (NOME)	ENFERMEIRA(O) RESPONSÁVEL (NOME)
_____/_____/_____ DATA	_____/_____/_____ DATA
_____ ASSINATURA E CARIMBO	_____ ASSINATURA E CARIMBO

## ANEXO 17 - CONTROLE DE TEMPERATURA



SECRETARIA DA SAÚDE



### CONTROLE DE TEMPERATURA

DIA	MÊS	ANO	REDE FRIO 2ª DIRES	REGIONAL	ESTADO - BAHIA
-----	-----	-----	--------------------	----------	----------------

Especificações da temperatura		Dia do Mês																														
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
manhã	Máxima																															
	Mínima																															
	Momento																															
tarde	Máxima																															
	Mínima																															
	Momento																															
falha	Hora																															
	Temperatura																															
	Dias Parado																															

Especificações da temperatura		Dia do Mês																														
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
manhã	Máxima																															
	Mínima																															
	Momento																															
tarde	Máxima																															
	Mínima																															
	Momento																															
falha	Hora																															
	Temperatura																															
	Dias Parado																															

Melo Ambiente	M																														
	T																														

**Atenção:**

- 1) Este impresso deve ser preenchido completamente com letra legível.
- 2) Fixar este impresso no lado externo do equipamento.
- 3) Verificar e registrar a temperatura de manhã (7:00h) e a tarde (17:00h).
- 4) Especificar os sábados, domingos e feriados.
- 5) No espaço OBSERVAÇÕES deve ser anotado:
  - a) Limpeza - data onde foram mantidos os imunobiológicos durante a limpeza, qual a temperatura no momento em que as vacinas foram recolocadas no equipamento.
  - b) Conduta frente as falhas de energia, condições de temperatura do equipamento, se foi feito reparo, perda de imunobiológico etc.
  - c) Justificativa de não ter sido verificada e anotada a temperatura: esquecimento, falta de pessoal treinado, etc.
  - d) Qualquer outra observação que seja pertinente.

**OBSERVAÇÕES:**

---



---



---



---



---

Responsável pelo preenchimento:

---

Carimbo / assinatura

---

Data

# ANEXO 18 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAS

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES**  
**2ª DIRES - VIEP/IMUNIZAÇÃO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE										
UF:	REGIONAL:	MUNICÍPIO:	U.S. DE NOTIFICAÇÃO:			DATA DE NOTIFICAÇÃO:				
NOME DO PACIENTE: _____										
DATA DE NASCIMENTO:    /    /			IDADE:    ANOS    MESES    DIAS			SEXO:    ( ) MASCULINO    ( ) FEMININO				
RESPONSÁVEL: _____										
ENDEREÇO COMPLETO: _____										
BAIRRO OU LOCALIDADE:				PONTO DE REFERÊNCIA			TELEFONE PARA CONTATO:			
UNIDADE DE SAÚDE ONDE APLICOU A VACINA:										
IMUNOS	DOSE	DATA DE APLICAÇÃO	LABORATÓRIO	LOTE	EVENTO (Código no verso)	TEMPO DECORRIDO	FECHAMENTO DO CASO	EVOLUÇÃO DO CASO	CONDUTA FRENTE AO ESQUEMA VACINAL	
							<input type="checkbox"/> Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Apenas associação temporal <input type="checkbox"/> Pendente <input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Mantido esquema <input type="checkbox"/> Contra-indicação da vacina <input type="checkbox"/> Troca do esquema vacinal	
							<input type="checkbox"/> Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Apenas associação temporal <input type="checkbox"/> Pendente <input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Mantido esquema <input type="checkbox"/> Contra-indicação da vacina <input type="checkbox"/> Troca do esquema vacinal	
							<input type="checkbox"/> Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Apenas associação temporal <input type="checkbox"/> Pendente <input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Mantido esquema <input type="checkbox"/> Contra-indicação da vacina <input type="checkbox"/> Troca do esquema vacinal	
							<input type="checkbox"/> Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Apenas associação temporal <input type="checkbox"/> Pendente <input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Mantido esquema <input type="checkbox"/> Contra-indicação da vacina <input type="checkbox"/> Troca do esquema vacinal	
							<input type="checkbox"/> Cura sem sequelas <input type="checkbox"/> Cura com sequelas <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Apenas associação temporal <input type="checkbox"/> Pendente <input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Mantido esquema <input type="checkbox"/> Contra-indicação da vacina <input type="checkbox"/> Troca do esquema vacinal	
ATENDIMENTO MÉDICO										
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DATA DE ENTRADA:    /    /			<input type="checkbox"/> POSTO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA		<input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UTI		TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO: DIAS    HORAS    MINUTOS	
RESUMO CLÍNICO E OBSERVAÇÕES										
_____ _____ _____ _____										
DADOS DO INVESTIGADOR										
NOME DO INVESTIGADOR: _____					DATA DE INVESTIGAÇÃO:    /    /					
FUNÇÃO: _____			LOCAL DE TRABALHO: _____			TELEFONE: _____				
_____ ASSINATURA DO INVESTIGADOR / CARIMBO										

ANEXO 18 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAS (VERSO)

TABELA DE EVENTOS ADVERSOS		
CÓDIGO	NOME DO EVENTO ADVERSO	DESCRIÇÃO
3	Abcesso frio	
2	Abcesso quente	
23	Artralgia	
39	Ataxia	
57	Atrofia no local de aplicação	
50	Cafaléia	
54	Cafaléia e vômito	
28	Choque anafilático	Urticária, edema de face, laringoespasma com hipotensão ou choque
12	Convulsão afebril	
11	Convulsão febril	
52	Dificuldade de deambular	
29	Dor, rubor e calor	
35	Encefalite	
36	Encefalopatia	
9	Enduração	
13	Episódio Hipotônico Hiporresponsivo	Palidez ou cianose perioral, hipotonia ("flacidez") e diminuição de resposta a estímulos
17	Exantema	
10	Febre maior ou igual a 39,5°C	
58	Granuloma	
56	Icterícia	
41	Lesões generalizadas	
6	Linfadenomegalia maior que 03 cm não supurada	
5	Linfadenomegalia maior que 03 cm supurada	
7	Linfadenomegalia não supurada	
8	Linfadenomegalia supurada	
22	Menngite asséptica	
53	Mialgia	
42	Mielite	
14	Nódulo	
97	Óbito	
46	Orquite	
49	Osteomielite	
16	Outras paralisias	
47	Outros eventos	
43	Pancreatite	
37	Panencefalite esclerosante subaguda	
26	Paralisia de membros inferiores	
55	Paresia	
15	Parestesia	
21	Parotidite	
38	Poliomielite associada a vacina	
48	Polirradiculite	
18	Púrpura	
27	Quelóide	
32	Reação de Arthus	
51	Reação de hipersensibilidade após 2h	Urticaria localizada ou disseminada, edema de face, laringoespasma
20	Reação de hipersensibilidade até 2h	Urticaria localizada ou disseminada, edema de face, laringoespasma
31	Síndrome de uillain-Barré	
40	Síndrome de reação sistématica precoce	
4	Úlcera maior que 01 cm	
24	Visceralização	

## ANEXO 19 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO INVAGINAÇÃO INTESTINAL (01 DE 04)

Ministério da Saúde  
 Secretaria de Vigilância em Saúde  
 Departamento de Vigilância Epidemiológica  
 Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

## Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal

Dados da Fonte Notificadora		
Estado:	Regional:	Município:
Unidade de Saúde: _____		Nº CNES*: _____
		Nº do Prontuário: _____
Data de Notificação: ____/____/____		Data de início da investigação: ____/____/____
Informações Pessoais		
Nome completo: _____		
Nome do responsável: _____		
Data de nascimento: ____/____/____		Sexo: masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/>
Etnia: Caucasiana (branca) <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>		
Endereço: _____		
Cidade: _____ Estado: ____		Telefone para contato: ( ) _____
Informações do Nascimento		
Idade gestacional ao nascer: _____ semanas		Peso ao nascer (gramas) _____
		Estatura _____
		Peso ao diagnóstico (gramas) _____
		Estatura: _____



## ANEXO 19 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO INVAGINAÇÃO INTESTINAL (02 DE 04)

<b>Histórico Alimentar</b>			
<b>Aleitamento materno exclusivo:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Se não, listar alimentos introduzidos na dieta: _____ _____ _____	
<b>Informações Clínicas</b>			
Data da 1ª dose: ___/___/___		Data da 2ª dose: ___/___/___	
Data de Início dos Sintomas: ___/___/___			
<b>Vômitos:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>Se vômitos, biliosos?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		<b>Dor Abdominal:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Eliminação de sangue pelo reto:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		<b>Eliminação de fezes com sangue (geléia de morango):</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Letargia:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		<b>Palidez:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Hipotensão:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>Choque:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		<b>Presença de sangue ao toque retal:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Presença de massa abdominal:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		<b>Presença de massa retal:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Distensão abdominal:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
<b>Atendimento Médico?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		Data do atendimento: ___/___/___	
<b>Ficou em observação?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>Data da Observação:</b> ___/___/___	<b>Quantas Horas?</b>
<b>Hospitalização (+ 24h)?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>Data Internação:</b> ___/___/___	
<b>Enfermaria:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>Data Entrada:</b> ___/___/___	<b>Data Saída:</b> ___/___/___
<b>UTI:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>Data Entrada:</b> ___/___/___	<b>Data Saída:</b> ___/___/___
<b>Fez uso de alguma medicação durante o atendimento?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
Se Sim, qual?			
<b>Foi realizado procedimento cirúrgico?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>Data do procedimento:</b> ___/___/___	
Tipo de cirurgia:			
<b>Exames por imagem</b>			
Tipo	Realização	Data do Exame	Resultados Relevantes
Rx Simples de Abdome	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
Enema Opaco	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
Ultra-Sonografia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
Histopatologia (depois da cirurgia)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		
Outros (Especifique)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>		

## ANEXO 19 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO INVAGINAÇÃO INTESTINAL (03 DE 04)

Informações Vacinais Antecedentes						
Apenas vacinas recebidas no mesmo dia que a Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH), exceto Vacina contra Poliomielite Oral (Sabin).						
Vacina aplicada	Data da aplicação	Dose (1ª, 2ª, 3ª, 1º ou 2º ref.)	Local de aplicação	Via de aplicação	Laboratório	Lote
<b>Dados da Unidade de Saúde/Sala de Vacina</b>						
Estado:	Regional de Saúde: _____		Município: _____			
Unidade de Saúde: _____						
Nº CNES*: _____						
<b>Antecedentes</b>						
A criança apresentava alguma das condições gastrointestinais predisponentes descritas abaixo?						
Malformação congênita do intestino (duplicação, má rotação, gastroquise): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Cirurgia intrabdominal prévia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
Pólipo intestinal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Divertículo de Meckel: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
Malformação vascular: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Fibrose cística: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
Doença de Hirschsprung: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			Outro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
Invaginação prévia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
Se sim, descrever: _____						
Alguma doença com acompanhamento médico (cardíaca, pulmonar, neurológica, reumática, alergia, outras)						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado						
Especificar a doença: _____						
<b>Resolução (tratamento) da invaginação intestinal</b>						
Incruenta: por enema orientado por Rx <input type="checkbox"/> Ultra-som <input type="checkbox"/>						
Cirúrgica: sem ressecção <input type="checkbox"/> com ressecção <input type="checkbox"/>						
<b>Informações em Caso de Óbito</b>						
Data do óbito: ____/____/____			Necrópsia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
Resultado da necrópsia: _____						
Causa básica do óbito (Declaração de Óbito): _____						
<b>Dados do Investigador</b>						
Nome: _____				Função: _____		
Telefone de contato do investigador: _____				Ass: _____		

**ANEXO 19 - FICHA DE INVESTIGAÇÃO INVAGINAÇÃO INTESTINAL (04 DE 04)**

Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Informações para o preenchimento da Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal

Nota: O presente informativo presta-se a esclarecer dúvidas quanto ao preenchimento de campos críticos da Ficha de Investigação de Invaginação Intestinal.

Dados da Fonte Notificadora: Auto-explicativo

Informações Pessoais: Auto-explicativo

Informações do nascimento:

Idade gestacional ao nascer: Preencher este campo considerando semanas de vida da criança, Peso ao nascer e estatura, (registrados no nascimento); peso ao diagnóstico e estatura (registrados no momento da consulta médica) preenchidos, respectivamente, em gramas e centímetros

Histórico Alimentar: Auto-explicativo

Informações Clínicas: Auto-explicativo

Exames por Imagem: Informações obtidas por meio de relatório ou prontuário médico

Informações Vacinais Antecedentes: Listar na tabela a(s) vacina(s) recebida(s) no mesmo dia da administração da VORH, observando-se: qual vacina foi aplicada, a data da aplicação, qual dose recebida (1ª, 2ª, 3ª ou reforço), local da aplicação ( vasto lateral da coxa, deltóide), via de administração (subcutânea, intramuscular), nome do laboratório fabricante e o lote de cada vacina

Observação: Registrar apenas vacinas recebidas no mesmo dia que a Vacina Oral de Rotavirus Humano (VORH), exceto a Vacina contra Poliomielite Oral (Sabin).

Dados da Unidade de Saúde: Auto-explicativo

## ANEXO 20 - SOLICITAÇÃO DE VACINAS PARA OS POSTOS



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE FEIRA DE SANTANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÃO



**REDE DE FRIO**  
**SOLICITAÇÃO DE VACINAS PARA OS POSTOS**

UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VACINAS	SALDO DE VACINAS	QUANTIDADE DE VACINA	SERINGAS E AGULHAS	QUANTIDADE DE AGULHAS
BCG			1ML 13X4,5	
Hepatite B			3ML 25X7	
Dupla Viral			3ML 13X4,5	
Tríplice Viral			3ML 13X4,5	
DT (Adulto)			3ML 25X7	
DT (Infantil)			3ML 25X7	
DPT			3ML 25X7	
F. Amarela			3ML 13X4,5	
Sabin				
VORH				
Hib. Titer			3ML 25X7	
Vaxigrip			1ML 13X4,5	
Ant. Rab. Humana			3ML 25X7	
Rubéola Macovalente			3ML 25X7	
Anti-sarampo			3ML 13X4,5	
Ant. Rab. Animal			3ML 25X7	

MATERIAL	QUANTIDADE
CARTÃO DA CRIANÇA MASC. FEM	
MAPA DIÁRIO	
BOLETIM MENSAL DE DOSES APLICADAS DE VACINAS	
MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS	
CONTROLE DE TEMPERATURA DE GELADEIRA	
INUTILIZAÇÃO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS	
SOLICITAÇÃO DE VACINAS	
DEVOLUÇÃO DE VACINAS	
SACO PARA CARTÃO DA CRIANÇA	
CARTÃO CONTROLE DE VACINA	
SACO PARA GELO	

OBS.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO 21 - REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO (01 DE 02)**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA MUNICIPAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO**

**REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO**

UF  CNES da Unidade de Saúde   
 Unidade de Saúde   
 Município  Prontuário

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Nome Completo da Mulher   
 Nome Completo da Mãe   
 Identidade  Apellido da Mulher   
 Órgão Emissor  UF  CNPF (CPF)   
 Data de Nascimento  /  /  Idade  Cartão SUS   
 Dados Residenciais  
 Logradouro   
 Número  Complemento   
 Bairro  UF   
 Município   
 CEP  DDD  Telefone   
 Ponto de Referência   
 ESCOLARIDADE:  Analfabeta  1º Grau Incompleto  1º Grau Completo  2º Grau Completo  3º Grau Completo

**DADOS DA ANAMNESE**

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?  
 Sim. Quando fez o último exame? ano   
 Não  Não sabe

2. Usa DIU?  Sim  Não  Não sabe  
 3. Está grávida?  Sim  Não  Não sabe  
 4. Usa pílula anticoncepcional?  Sim  Não  Não sabe  
 5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?  Sim  Não  Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?  Sim  Não  Não sabe  
 7. Data da última menstruação / regra:  /  /   Não sabe / Não lembra  
 8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra  
 9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

**EXAME CLÍNICO**

10. Inspeção do colo  
 Normal  
 Ausente (anomalias congênicas ou retirada cirurgicamente)  
 Alterado  
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  Não

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

Data da coleta  /  /  Coletor

## ANEXO 21 - REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO (02 DE 02)

### IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório	Número do Exame
Nome do Laboratório	Recebido em:

### RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO UTERO

<p>Tipo da amostra: <input type="checkbox"/> Convencional    <input type="checkbox"/> Em meio líquido</p> <p><b>AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA</b></p> <p><b>AMOSTRA REJEITADA POR:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário</p> <p><input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório; especificar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outras causas; especificar: _____</p> <p><b>EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Escamoso</p> <p><input type="checkbox"/> Glandular</p> <p><input type="checkbox"/> Metaplásico</p>	<p><b>ADEQUABILIDADE DO MATERIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Satisfatória</p> <p>Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:</p> <p><input type="checkbox"/> Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> Piócitos em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> contaminantes esternos em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço</p> <p><input type="checkbox"/> outros (especificar): _____</p>
--	---

#### DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

**ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**

Inflamação

Metaplasia escamosa imatura

Reparação

Atrofia com inflamação

Radiação

Outros; especificar: \_\_\_\_\_

#### MICROBIOLOGIA

*Lactobacillus sp*

Cocos

Sugestivo de *Chlamydia sp*

*Actinomyces sp*

*Candida sp*

*Trichomonas vaginalis*

Efeito citopático compatível com vírus do grupo *Herpes*

Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*)

Outros bacilos

Outros; especificar: \_\_\_\_\_

#### CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:  Possivelmente não neoplásicos

Não se pode afastar lesão de alto grau

Glandulares:  Possivelmente não neoplásicos

Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:  Possivelmente não neoplásicos

Não se pode afastar lesão de alto grau

#### ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)

Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)

Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão

Carcinoma epidermóide invasor

#### ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:  Cervical

Endometrial

Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_

PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Data da liberação	Responsável pelo resultado
-------------------	----------------------------

CNPJ (CPF)

\_\_\_\_\_

## ANEXO 22 - RELAÇÃO NOMINAL DO EXAME CITOPATOLÓGICO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## RELAÇÃO NOMINAL DE EXAMES DE CITOPATOLÓGICOS

UNIDADE –
RESPONSÁVEL –

Nº	Nº DA LAMINA	NOME DA PACIENTE	IDADE	DATA DE COLETA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				

## ANEXO 23 - CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO



**MS – HIPERDIA**  
 PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO  
 À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

**1.ª Via: Enviar para digitação**  
**CADASTRO DO HIPERTENSO  
 E/OU DIABÉTICO**

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>					
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai		
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		País de Origem	Data Naturalização
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>					
Título de Eleitor	Número		Zona	Série	
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão
CPF	Número		PIS/PASEP	Número	
<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)</b>					
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro
	Folha		Termo		Data de Emissão
<b>ENDEREÇO (*)</b>					
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento
Bairro	CEP		DDD	Telefone	
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>					
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)		Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial		
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações	
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio	
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias	
Diabetes Tipo 2				AVC	
Tabagismo				Pé diabético	
Sedentarismo				Amputação por diabetes	
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal	
Hipertensão Arterial					
<b>TRATAMENTO</b>					
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>					
<b>Medicamentoso</b>					
				<b>Unidades/dia</b>	
<b>Comprimidos/dia</b>					
<b>Tipo</b>	1/2	1	2	3	4
Hidroclorotiazida 25mg					
Propranolol 40mg					
Captopril 25mg					
Glibenclamida 5mg					
Metformina 850 mg					
				<b>Insulina</b>	
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)			

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai, data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.



## ANEXO 23 - CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO (VERSO)

### VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

#### Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS >/=180 ou PAD >/= 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

**Diabetes Tipo 1** – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

**Diabetes Tipo 2** – aparece geralmente após os 40 anos de idade, freqüentemente em pessoas que têm excesso de peso.

**Tabagismo** - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

**Sedentarismo** – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

**Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:**

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	>/= 40,0	Muito grave

#### TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio Incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro



## ANEXO 25 - RASTREAMENTO PÉ DIABÉTICO



Centro de Referência ao Diabético - 2003

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

### Rastreamento Pé Diabético

#### Fatores de Risco

- Unhas encravadas
- Fissuras
- Rachaduras
- Bolhas
- Micoses
- Calos
- Deformidades
- Amputação não traumática
- Amputação Traumática
- Machucados
- Insensibilidade dos pés
- Edema
- Plexos varicosos
- Coloração hiperpigmentado
- Hematoma
- Lesões cutâneas
- Machucados

#### Pé Neuropático

- Hipertrofia dos pequenos músculos dorsais
- Pele seca / rachaduras
- Pé "quente"
- Calos
- Distensão venosa em decúbito dorsal
- Dedos em garra / dedos em martelo
- Proeminência dos metatarsos
- Acentuação do arco
- Alterações articulares (charcot)
- Necrobiose

#### Pé Isquêmico

- Pele fina / brilhante
- Palidez a elevação
- Pé "frio"
- Ausência de pulsos (tíbias posteriores / pediosos)
- Rupor postural
- Ausência de pêlos
- Claudicação intermitente
- Cianose nos artelhos
- Unhas atrofiadas

#### Feridas

- Lesão em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Necrose em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Granulação
- Crosta
- Cicatrização
- Desbridamento cirúrgico
- Desbridamento mecânico
- Queimadura
- Cianose

#### Sensibilidade

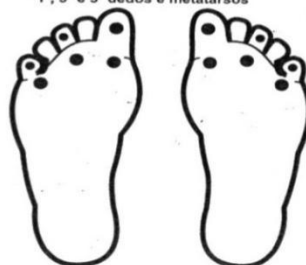
- Normal
- Diminuída
- Aumentada
- Pontos Pressão
- Abrasão

#### Encaminhamentos

- Neurologista
- Angiologista

#### Teste Sensibilidade

LOCAIS DE TESTE  
1°, 3° e 5° dedos e metatarsos



Modificado por Drª Tânia Moreira (Enfermeira/SMS)  
Manual de Hipertensão Arterial e  
Diabetes Mellitus - Ministério de Saúde - 2003

**ANEXO 26 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE**

<b>FICHA B - TB</b>		<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA</b>											<b>ANO</b>				
MUNICÍPIO  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		SEGMENTO  _ _ _		UNIDADE  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			ÁREA  _ _ _ _		MICROÁREA  _ _ _ _			NOME DO ACS:					
<b>ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE</b>																	
Identificação		Sexo	Idade	Meses												Outras Informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome   Endereço				Data da visita do ACS												Nº de Comunicantes	
				Toma medicação diária												Comunicantes < 5 anos	
				Reações indesejáveis													
				Data da última consulta													
				Exame de escarro													
				Comunicantes examinados													
				< 5 anos com BCG													
Nome   Endereço				Data da visita do ACS												Nº de Comunicantes	
				Toma medicação diária												Comunicantes < 5 anos	
				Reações indesejáveis													
				Data da última consulta													
				Exame de escarro													
				Comunicantes examinados													
				< 5 anos com BCG													
Nome   Endereço				Data da visita do ACS												Nº de Comunicantes	
				Toma medicação diária												Comunicantes < 5 anos	
				Reações indesejáveis													
				Data da última consulta													
				Exame de escarro													
				Comunicantes examinados													
				< 5 anos com BCG													

**ANEXO 26 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE (VERSO)**

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE																				
Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações				
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez					
Nome  Endereço			Data da visita do ACS														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	
Nome  Endereço			Data da visita do ACS														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	
Nome  Endereço			Data da visita do ACS														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	

## ANEXO 27 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE

<b>FICHA B - HAN</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>					ANO _ _ _ _ _
MUNICÍPIO  _ _ _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO  _ _	UNIDADE  _ _ _ _	ÁREA  _ _ _ _	MICROÁREA  _ _	NOME DO ACS:	

### ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações			
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Nome    Endereço			Data da visita do ACS														Nº Comunicantes		
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																
Nome    Endereço			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes			
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																
Nome    Endereço			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes			
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																

**ANEXO 27 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE (VERSO)**

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE**

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações			
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Nome  Endereço			Data da visita do ACS														Nº Comunicantes		
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																
Nome  Endereço			Data da visita do ACS														Nº Comunicantes		
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																
Nome  Endereço			Data da visita do ACS														Nº Comunicantes		
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																
Nome  Endereço			Data da visita do ACS														Nº Comunicantes		
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																

## ANEXO 28 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto <input type="checkbox"/>	2 Data da Notificação			
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código			
Notificação Individual	5 Agravadoença	Código (CID10)	6 Data dos Primeiros Sintomas		
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento			
	9 (ou) idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe			
	15 Agravadoença	Código (CID10)	16 Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito		
Notificação de Surto	17 Nº de Casos Suspeitos	18 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Casos Restritos a uma Mesma Família 2 - Casos Restritos a uma Escola/Creche 3 - Casos Restritos a um Hospital 4 - Casos Restritos a outra Instituição (alojamento, asilo, trabalho) 5 - Casos Dispersos no Bairro 6 - Casos Dispersos Pelo Município 7 - Casos Dispersos em mais de um Município 8 - Outros			
	19 Logradouro (rua, avenida...)	Código	20 Número		
Dados de Residência	21 Complemento (apto., casa, ...)	22 Ponto de Referência	23 UF		
	24 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito		
	25 Bairro	Código (IBGE)	26 CEP		
	27 DDD(9) Telefone	28 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	29 País (se residente fora do Brasil)	Código	
	33 Município/Unidade de Saúde	34 Cód. da Unid. de Saúde			
Notificante	35 Nome	36 Função	37 Assinatura		



# ANEXO 29 - LISTA NACIONAL DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA



ANEXO III

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DA BAHIA - FEVEREIRO/06 - (QUADRO 2 B)

Codigo	Município	Nome da Unidade	COC	Tipo de Relação		Natureza do postador				Data de Publicação do Decreto	Transf para FES		Valores a serem transferidos ao Fundo Estadual de Saúde	
				TCEP	Contrato de Meta	Municipal	Estadual	MS/AMB	Privado		TCEP Contrato Meta	Ajuda Co-financiada União		
20029	Alagoinhas	Hosp Regional Dante Billo	13097131/0001-08	X			X				a publicar	1.245.166,32	0,00	1.245.166,32
20020	Barra	Hosp. Geral Renato Costa	13097131/0004-19	X			X				a publicar	774.090,48	0,00	774.090,48
20100	Paulo de Santana	Hosp. Geral Cleiston Andrade/Hosp. Colônia Rodrigues Lopes	13097131/0001-41	X			X				2/4/2005	12.355.332,96	0,00	12.355.332,96
20170	Chauvinópolis	Hospital Regional de Chauvinópolis	13097131/0007-78	X			X				15/2/2005	2.797.582,08	0,00	2.797.582,08
20130	Ilhéus	Hosp. Regional Laís Viana Filho	13097131/0002-22	X			X				a publicar	1.267.500,00	0,00	1.267.500,00
20140	Itabuna	Hosp. Geral Mário Pereira Sobrinho	13097131/0040-38	X			X				5/7/2005	918.402,36	0,00	918.402,36
20180	Jacinto	Hosp. Regional Paulo Vitoriano	13097131/0004-38	X			X				a publicar	1.709.996,52	0,00	1.709.996,52
20180	Jacinto	Hosp. Regional de Jacinto	13097131/0001-27	X			X				a publicar	420.321,00	0,00	420.321,00
20230	Ponte Segura	Hospital Regional Laís Edvardo Magalhães	13097131/0001-41	X			X				a publicar	2.753.880,84	0,00	2.753.880,84
20330	Vitória da Conquista	Hosp Reg V. Conquista/Hosp. Afonso Patroto	13097131/0049-96 / 13097131/0060-60	X			X				4/11/2004	2.381.799,72	0,00	2.381.799,72
<b>TOTAL</b>												<b>26.624.072,78</b>	<b>0,00</b>	<b>26.624.072,78</b>

**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**PORTARIA Nº 5, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006**

Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003 e, considerando o disposto no Art. 4º da Portaria nº. 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1º Adotar a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, constante do Anexo I desta Portaria, incluindo-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.

Art. 2º A ocorrência de agravo iminente, caracterizado como a ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de contar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 3º As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

Parágrafo Único: A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

I. Serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas (e-notifica), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço [notifica@saude.gov.br](mailto:notifica@saude.gov.br) ou, diretamente pelo site eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço [www.saude.gov.br/evv](http://www.saude.gov.br/evv);

II. Serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas, 24 horas (Disque-Notifica) por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, sendo este serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possuam serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 4º Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo II desta Portaria, devem ser notificados em, no máximo, 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo único. A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 5º Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº. 6259 de 30 de outubro de 1973, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas no anexo I, II e III desta Portaria.

Parágrafo único. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de Entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 6º Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo III desta Portaria devem ser notificados, pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, conforme estabelecido no Art. 3º desta Portaria.

Art. 7º A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, obedecerá a padronização definida pela SVS/MS.

Art. 8º É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais de SUS.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 Fica revogada a Portaria nº. 33/SVS, de 14 de julho de 2001, publicada no DOU nº. 135, Seção 1, pag. 111, de 15 de julho de 2005.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR

ANEXO I

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

- I. Botulismo
  - II. Carbúnculo ou Antraz
  - III. Cólera
  - IV. Coqueluche
  - V. Dengue
  - VI. Difteria
  - VII. Doença de Crutzfeldt - Jacob
  - VIII. Doenças de Chagas (casos agudos)
  - IX. Doença Meningocócica e outras Meningites
  - X. Esquistossomose (em área não endêmica)
  - XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação
  - XII. Febre Amarela
  - XIII. Febre de Nilo Ocidental
  - XIV. Febre Maculosa
  - XV. Febre Tifoide
  - XVI. Hanseníase
  - XVII. Hantavirose
  - XVIII. Hepatites Virais
  - XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
  - XX. Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
  - XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana
  - XXII. Leishmaniose Visceral
  - XXIII. Leptospirose
  - XXIV. Malaria
  - XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
  - XXVI. Peste
  - XXVII. Poliomielite
  - XXVIII. Paralisia Flaccida Aguda
  - XXIX. Raiva Humana
  - XXX. Rubéola
  - XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita
  - XXXII. Sarampo
  - XXXIII. Sífilis Congênita
  - XXXIV. Sífilis em gestante
  - XXXV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
  - XXXVI. Síndrome Febril Ictero-hemorrágica Aguda
  - XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave
  - XXXVIII. Tétano
  - XXXIX. Tularemia
  - XL. Tuberculose
  - XLI. Varíola
- ANEXO II
- Doenças e Agravos de notificação imediata
- I. Caso suspeito ou confirmado de:
    - a) Botulismo
    - b) Carbúnculo ou Antraz
    - c) Cólera
    - d) Febre Amarela
    - e) Febre de Nilo Ocidental
    - f) Hantavirose
    - g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)

- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana

nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguma que viajou ao exterior

- m) Síndrome Febril Ictero-hemorrágica Aguda
- n) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- o) Varíola
- p) Tularemia

II. Caso confirmado de:

- a) Tétano Neonatal

III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

- a) Agravos imitados
- b) Difteria
- c) Doença de Chagas Aguda
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:

- a) Epizootias em primatas não humanos
- b) Outras epizootias de importância epidemiológica

**ANEXO III**

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre de Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- k) Sarampo
- l) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- m) Varíola
- n) Tularemia

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- a) Agravos imitados
- b) Doença de Chagas Aguda
- c) Difteria
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

**PORTARIA Nº 6, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006**

Institui Grupo de Trabalho para elaboração e implementação de plano de trabalho referente ao acompanhamento da saúde da população de Cidade dos Maimons.



O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº. 4.726, de 09 de junho de 2003 e, considerando as recomendações do relatório da Comissão Técnica Assessora, instituída pela Portaria nº. 896/MS, de 09 de maio de 2002, resolve:

Art. 1º Instituir Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar e implementar plano de trabalho para acompanhamento da saúde da população de Cidade dos Maimons, Município de Duque de Caxias/RJ, relacionado a exposição aos pesticidas organoclorados.

Art. 2º O Grupo de Trabalho será composto pelos representantes dos seguintes órgãos:

- I. Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde - CGVAM/SVS/MS
- II. Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS


## ANEXO 30 - GUIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES OU PROCEDIMENTO

 SUS Sistema Único de Saúde	SOLICITAÇÃO DE EXAMES OU PROCEDIMENTO	Secretaria Municipal de Saúde	 Princesa de Sertão SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FEIRA DE SANTANA	Nº 400476
NOME DO PACIENTE:		DATA DE NASCIMENTO:		DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
NOME DA MÃE:			REG. NASCIMENTO:	
ENDEREÇO DO PACIENTE:			CPF:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:				
EXAME(S) OU PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S):				
	CÓDIGO:		CÓDIGO:	
	CÓDIGO:		CÓDIGO:	
	CÓDIGO:		CÓDIGO:	
	CÓDIGO:		CÓDIGO:	
	CÓDIGO:		CÓDIGO:	
PROFISSIONAL SOLICITANTE: DATA ____/____/____		SMS - Secretaria Municipal de Saúde RMFS - Prefeitura Municipal de Feira de Santana AUTORIZAÇÃO DATA ____/____/____ FSA - Código _____ Exame Autorizado		SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS:
UNIDADE SOLICITANTE:		UNIDADE PRESTADORA:		CÓDIGO
DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO(S) EXAME(S): DATA ____/____/____ HORÁRIO: _____		ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL		
Assinatura e Carimbo do Prestador:		CASO NÃO ASSINE, APLICAR O POLEGAR DIREITO AO LADO		

## ANEXO 31 - RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS E/OU SUBSTÂNCIAS CONTROLADAS

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b>  UF <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> NÚMERO <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</div> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
_____ de _____ de _____	Paciente: _____  Endereço: _____  _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
_____ Assinatura do Emissor		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">POSOLOGIA</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</div> Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">CARIMBO DO FORNECEDOR</div> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>
		Nome do Vendedor _____ Data _____
Dados da Gráfica (Nome - Endereço Completo - CNPJ)		Numeração desta impressão de _____ a _____

## ANEXO 32 - FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL

ALMOXARIFADO		DATA ____ . ____ . ____	UNIDADE REQUISITANTE	TIPO DE MATERIAL <input type="checkbox"/> CONSUMO
		<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>REQUISIÇÃO DE MATERIAL</b>		
MATERIAL DE ESCRITÓRIO	CÓDIGO	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA	
ALMOFADA P/ CARIMBO				
BORRACHA BI-COLOR				
BLOCO DE PRÉ-NATAL				
BLOCO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA				
BLOCO RECEITUÁRIO				
BLOCO P/ MEDICAÇÃO CONTROLADA				
BLOCO P/ SOLICITAÇÃO DE EXAME				
BLOCO DE CITOPATOLOGIA				
BLOCO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO				
CANETA ESFEROGRÁFICA AZUL				
CANETA ESFEROGRÁFICA VERMELHA				
CARTOLINA				
CORRETIVO				
CLIPS Nº 0				
CLIPS Nº 2-0				
CLIPS Nº 3-0				
CLIPS NIQUELADO P/ PREVENTIVO				
FICHA CLÍNICA				
FITA ADESIVA GOMADA				
GRAMPEADOR				
GRAMPO P/ GRAMPEADOR				
LÁPIS GRAFITE Nº 02				
LIVRO ATA				
LIVRO DE PROTOCOLO				
PAPEL CARBONO				
PAPEL OFÍCIO				
PASTA C/ ELÁSTICO				
PASTA DE POLIETILENO				
PASTA RÁPIDA				
PASTA SUSPENSA				
PERFURADOR DE PAPEL				
PINCEL ATÔMICO AZUL				
PINCEL ATÔMICO PRETO				
PINCEL ATÔMICO VERDE				
PINCEL ATÔMICO VERMELHO				
PILHAS MÉDIAS				
PILHAS PEQUENAS				
RÉGUA PLÁSTICA 30 cm				
RÉGUA PLÁSTICA 50 cm				
TINTA P/ CARIMBO				





## ANEXO 34 - A2 – CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA

Relatório A2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										UF  __	
MUNICÍPIO (nome)				MUNICÍPIO (código)  _ _ _ _ _ _ _			SEGMENTO  _ _		ÁREA  _ _ _		ANO  _ _ _	
CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA												
SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
<i>M</i>	< 1											
	1 - 4											
	<i>A</i>	5 - 6										
	<i>S</i>	7 - 9										
	<i>C</i>	10 - 14										
	<i>U</i>	15 - 19										
	<i>L</i>	20 - 39										
	<i>I</i>	40 - 49										
	<i>N</i>	50 - 59										
	<i>O</i>	60 e mais										
	SUB-TOTAL											
<i>F</i>	< 1											
	1 - 4											
	<i>E</i>	5 - 6										
	<i>M</i>	7 - 9										
	<i>I</i>	10 - 14										
	<i>N</i>	15 - 19										
	<i>I</i>	20 - 39										
	<i>N</i>	40 - 49										
	<i>O</i>	50 - 59										
		60 e mais										
	SUB-TOTAL											
<b>TOTAL</b>												

	N°	%
Famílias cadastradas		▨
Pessoas cadastradas		▨
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde		

	N°	%
Crianças de 7 - 14 anos		▨
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos e mais		▨
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	N°	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
<b>ENERGIA</b>		
DESTINO DO	N°	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	N°	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	N°	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	N°	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		





## ANEXO 35 - A3 – CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO

<b>Relatório A3</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>	UF <input type="text"/>
MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código) <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/> ANO <input type="text"/>

### CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO TERRITORIAL

SEXO	FAIXA ETÁRIA	ÁREA										TOTAL	
<b>M A S C U L I N O</b>	< 1												
	1 - 4												
	5 - 6												
	7 - 9												
	10 - 14												
	15 - 19												
	20 - 39												
	40 - 49												
	50 - 59												
	60 e mais												
	SUB-TOTAL												
<b>F E M I N I N O</b>	< 1												
	1 - 4												
	5 - 6												
	7 - 9												
	10 - 14												
	15 - 19												
	20 - 39												
	40 - 49												
	50 - 59												
	60 e mais												
	SUB-TOTAL												
<b>TOTAL</b>													

	N°	%
Famílias cadastradas		▨
Pessoas cadastradas		▨
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde		

	NErro!	%
Crianças de 7 - 14 anos		▨
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos e mais		▨
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	NErro!	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
<b>ENERGIA ELÉTRICA</b>		
<b>DESTINO DO LIXO</b>	<b>NErro!</b>	<b>%</b>
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	N°	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
<b>ÁGUA UTILIZADA</b>	<b>NErro!</b>	<b>%</b>
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
<b>DESTINO DE FEZES/URINA</b>	<b>NErro!</b>	<b>%</b>
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		



ANEXO 36 - SSA2 – RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE

Relatório SSA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA								MÊS:		ANO:	
MUNICÍPIO (nome)			MUNICÍPIO (código):			SEGMENTO		UNIDADE			ÁREA		
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE													
MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	
C R I A N Ç A S	<b>Nascidos vivos no mês</b>												
	RN pesados ao nascer												
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g												
	<b>De 0 a 3 meses e 29 dias</b>												
	Aleitamento exclusivo												
	Aleitamento misto												
	<b>De 0 a 11 meses e 29 dias</b>												
	Com as vacinas em dia												
	Pesadas												
	Desnutridas												
	<b>De 12 a 23 meses e 29 dias</b>												
	Com as vacinas em dia												
	Pesadas												
	Desnutridas												
	<b>Menores de 2 anos</b>												
	Que tiveram diarreia												
	Que tiveram diarreia e usaram TRO												
	Que tiveram infecção respiratória aguda												
G E S T.	Cadastradas												
	Acompanhadas												
	Com vacina em dia												
	Fez consulta de pré-natal no mês												
	Com pré-natal iniciado no 1ºTRI												
< 20 anos cadastradas													

**ANEXO 36 - SSA2 – RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE  
(VERSO)**

MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	<b>Diabéticos</b> cadastrados											
	acompanhados											
	<b>Hipertensos</b> cadastrados											
	acompanhados											
	<b>Pessoas com Tuberculose</b> cadastradas											
	acompanhadas											
	<b>Pessoas com Hanseníase</b> cadastradas											
	acompanhadas											
<b>H</b>	Menores de 5 anos por pneumonia											
<b>O</b>	Menores de 5 anos por desidratação											
<b>S</b>	Por abuso de álcool											
<b>P</b>	Por complicações do Diabetes											
<b>I</b>	Por outras causas											
<b>T.</b>	<b>Total</b>											
	Internações em hospital psiquiátrico											
	<b>De menores de 28 dias</b>											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória aguda											
	Por outras causas											
<b>Ó</b>	<b>De 28 dias a 11 meses e 29 dias</b>											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória											
	Por outras causas											
<b>B</b>	<b>De menores de 1 ano</b>											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória											
	Por outras causas											
<b>I</b>	<b>De mulheres de 10 a 49 anos</b>											
	De 10 a 14 anos											
	De 15 a 49 anos											
	<b>Outros óbitos</b>											
<b>T</b>	<b>Total de óbitos</b>											
	<b>De adolescentes (10-19 anos) por violência</b>											
<b>Total de famílias cadastradas</b>												
<b>Visita domiciliar - ACS</b>												

## ANEXO 37 - PMA2 – RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO					
ATIVIDADES/ PRODUÇÃO			MARCADORES		
C O N S M É D I C A	residentes em outro município			Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
	residentes no município	< 1		Acidente Vascular Cerebral	
		1 - 4		Infarto Agudo do Miocárdio	
		5 - 9		DHEG (forma grave)	
		10 - 14		Doença Hemolítica Perinatal	
		15 - 19		Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
		20 - 39		Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
		40 - 49		Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
		50 - 59		Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
	60 e mais		RN com peso < 2500g		
Total			Gravidez em < 20 anos		
Total geral de consultas				Pneumonia em < 5 anos	
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura			Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
	Pré-Natal			Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino			Hospitalizações por abuso de álcool	
	DST/AIDS			Hospitalizações por complicações do Diabetes	
	Diabetes			Hospitalizações por qualquer causa	
	Hipertensão Arterial			Internações em Hospital Psiquiátrico	
	Hanseníase			Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
	Tuberculose			Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica			Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
	Radiodiagnóstico			Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
	Citopatológico cérvico- vaginal			Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	
	Ultrassonografia				
	Outros				
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado				
	Internação Hospitalar				
	Urgência/Emergência				
Internação Domiciliar					
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT			<b>VISITAS DOMICILIARES</b>	
	Visita de Inspeção Sanitária				
	Atend. individual Enfermeiro				
	Atend. individual outros prof. nível superior				
	Curativos				
	Inalações				
	Injeções				
	Retirada de pontos				
	Terapia da Reidratação Oral				
	Sutura				
T O S	Atend. Grupo - Educação em Saúde				
	Procedimentos Coletivos I (PC I)				
	Reuniões				
<b>Total</b>					